

Les sujets les plus âgés sont à risque de dénutrition, en raison des effets additionnés du vieillissement qui abaisse les réserves corporelles et des maladies chroniques qui épuisent ces réserves. Une surveillance systématique doit donc être réalisée.

Le poids est à mesurer de façon systématique chez tous les patients.

En cas de baisse de poids, il faut compléter le bilan en réalisant un MNA™ (*Mini Nutritional Assessment*) et un bilan nutritionnel.

Il faut connaître les besoins nutritionnels des sujets âgés pour mieux les conseiller.

Le vieillissement abaisse les réserves corporelles et de ce fait rend les sujets les plus âgés plus vulnérables à la dénutrition protéino-énergétique, surtout quand il existe des pathologies chroniques. Il faut observer ses patients et objectiver son impression clinique. En effet, juger que le patient est très maigre est une appréciation subjective de l'examineur, alors que « le patient a perdu du poids » est une donnée objective à considérer, selon son importance.

La surveillance de la nutrition est importante chez tous les sujets âgés et surtout chez les sujets à risque.

Il faut savoir reconnaître les sujets à risque de dénutrition :

- les sujets âgés à mobilité réduite et/ou faisant des chutes ;
- les sujets âgés isolés, vivant seuls ;
- les sujets âgés présentant un état dépressif, même minime ;
- les sujets âgés édentés ;
- les sujets atteints d'une démence ;
- enfin tous les autres sujets ayant eu un changement récent dans leur vie.

C'est pourquoi il faut peser tous les patients âgés, systématiquement et surtout les sujets à risque, et en cas de perte de poids, pratiquer un MNA™ et un bilan nutritionnel complet.

Poids

Toute perte de poids supérieure à 4 % par rapport à l'année précédente est cliniquement significative. Le malade doit avoir été pesé au cabinet médical (sur la même balance) pour pouvoir tenir compte de cette perte de poids, le poids habituel ne suffit pas. Il est donc important de peser au moins une fois par an les patients âgés, afin d'avoir des données précises de référence.

Il existe des balances où le sujet peut se tenir assis sur une chaise. Pour évaluer le poids, la taille doit être prise en compte. Si l'on ne peut le mesurer sous une toise, le patient connaît néanmoins sa taille d'adulte jeune, notée sur sa carte d'identité. Ceci permet de calculer l'IMC et de juger de la dénutrition.

Critères de dénutrition recommandés

- Perte de poids : $\geq 5\%$ du poids corporel 1 mois ou 10% en 6 mois.
- Et/ou IMC $< 21 \text{ kg/m}^2$ (IMC= poids/taille²).
- Et/ou albuminémie $< 35 \text{ g/L}$.
- et/ou MNATM $< 17/30$.

Pour lire l'indice de masse corporelle (IMC)

| IMC | Interprétation |
|--|---------------------|
| <i>Pour les personnes de moins de 70 ans</i> | |
| ≤ 16 | Dénutrition sévère |
| $16 < \text{IMC} \leq 18,5$ | Dénutrition modérée |
| $18,5 < \text{IMC} \leq 25$ | Poids normal |
| $25 < \text{IMC} \leq 30$ | Surpoids |
| $30 < \text{IMC} \leq 40$ | Obésité modérée |
| $\text{IMC} \geq 40$ | Obésité sévère |
| <i>Pour les personnes de plus de 70 ans</i> | |
| ≤ 16 | Dénutrition sévère |
| $16 < \text{IMC} \leq 21$ | Dénutrition modérée |
| $21 < \text{IMC} < 30$ | Poids normal |
| $\text{IMC} \geq 30$ | Surpoids |

D'après Lesourd B. Évaluation de la dénutrition sujet âgé. Cahier de Nutrition et Diététique 1999.

Statut nutritionnel évalué par le MNATM

S'il y a une perte de poids, et chez les sujets à risque de dénutrition, il faut réaliser un MNATM. Ce test est une méthode d'évaluation simple, rapide (15 minutes) et peu coûteuse du statut nutritionnel des personnes âgées.

Test du MNATM

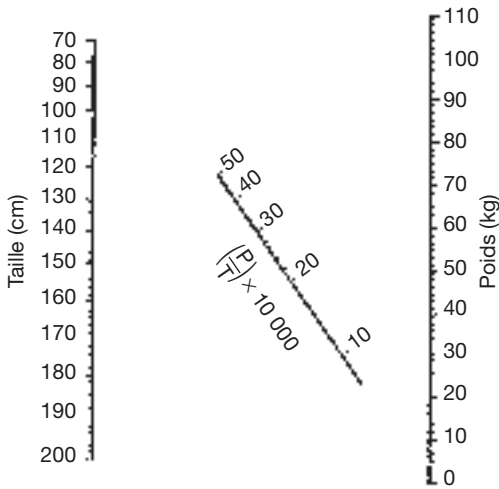
Comment le réaliser ?

Commencer par le MNATM dépistage de A à F.

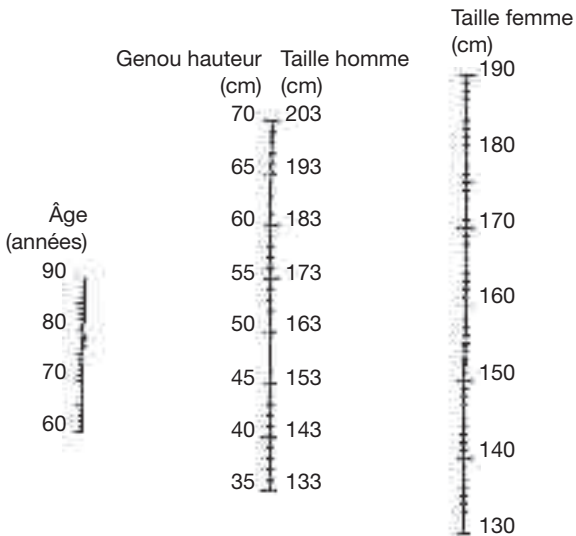
Dépistage

Il faut commencer par les questions A à F permettant de réaliser un dépistage de la dénutrition.

Il faut premièrement mesurer la taille et le poids du patient afin de déterminer son indice de masse corporelle (IMC) ou indice de Quételet (figure 3.1). Si la mesure de la taille ne peut se déterminer de façon fiable (si le patient ne peut se tenir debout ou présente une déformation ostéo-articulaire), il faut soit l'estimer à partir de la valeur inscrite sur la carte d'identité, ou celle dont le malade se souvient, soit l'estimer à partir de la mesure de la hauteur du genou (figure 3.2 ; hauteur talon-genou : figure 3.3).

**Figure 3.1****Indice de masse corporelle ou indice de Quételet.**

À l'aide d'une règle, joindre la taille et le poids du patient et lire l'indice de Quételet sur l'échelle centrale.

**Figure 3.2****Détermination de la taille à partir de la hauteur talon–genou.**

À l'aide d'une règle, joindre l'âge et la hauteur du genou du patient et lire la taille correspondante selon le sexe.

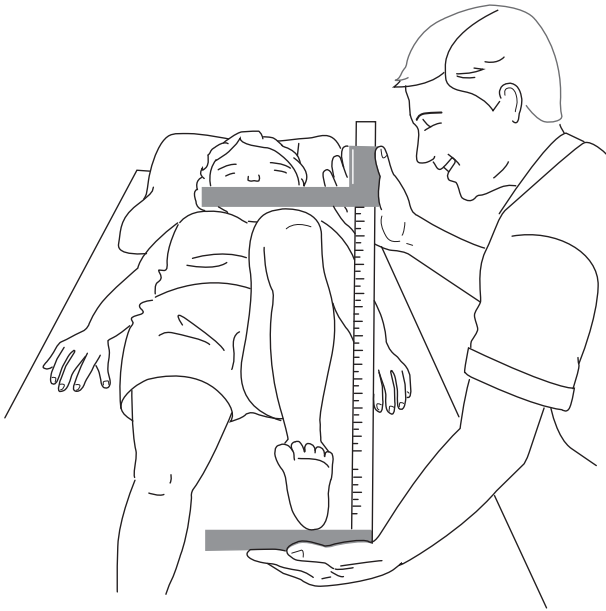


Figure 3.3
Hauteur talon–genou.

La perte de poids devra être estimée si un poids a été mesuré antérieurement sur la même balance.

L'interrogatoire permettra de compléter les notions de perte de poids et, si vous n'avez pas de poids antérieur, les notions d'appétit. La motricité, la présence d'un stress ou d'une maladie et les problèmes neuropsychologiques font partie de l'anamnèse.

C'est seulement selon le score du dépistage qu'il faudra ou non réaliser l'évaluation globale.

Un score de 12 points ou plus sur 14 est normal.

Un score de 11 points ou moins sur 14 doit faire continuer l'évaluation, car il existe une possibilité de dénutrition.

Évaluation globale

Il faut mesurer la circonférence brachiale (cm) au milieu de l'avant-bras et la circonférence du mollet selon les figures 3.4 et 3.5. La circonférence du bras est mesurée à mi-distance acromion–olécrane, repérée sur un membre supérieur fléchi à 90° . L'acromion est facilement repéré à sa partie postérieure. Les mesures sont ensuite réalisées sur le membre étendu le long du tronc, que le malade soit debout ou couché. La circonférence du mollet est mesurée à sa partie la plus large, perpendiculairement à l'axe de la jambe (cm), le genou faisant un axe de 90° (figure 3.6).

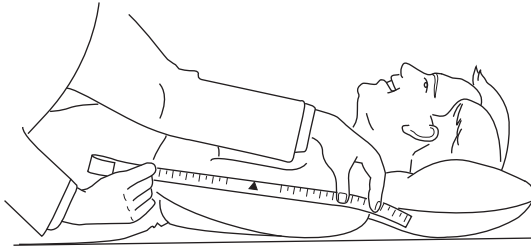


Figure 3.4
Identification du point de mesure du périmètre brachial.

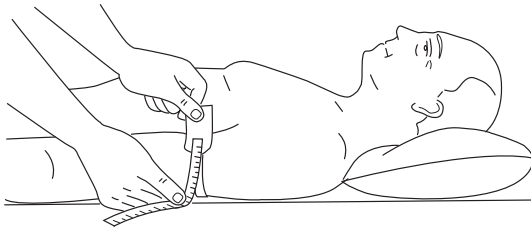


Figure 3.5
Périmètre brachial.

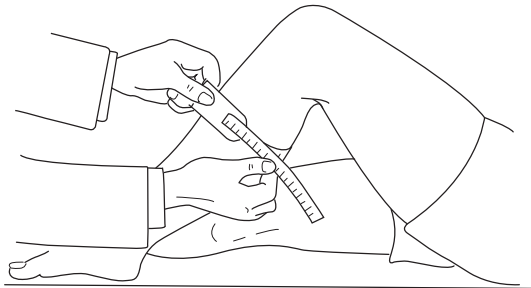


Figure 3.6
Circonférence du mollet.

Ensuite il faut remplir avec le patient ou sa famille les items du questionnaire MNA™ (G à R) comprenant, outre les indices anthropométriques, des informations sur l'autonomie du patient, les indices diététiques et l'évaluation subjective (figure 3.7). Si le patient présente des symptômes démentiels ou un syndrome dépressif, il est utile de demander ces renseignements à sa famille ou au personnel soignant.



Evaluation de l'état nutritionnel Mini Nutritional Assessment MNA™

| | | | |
|------|------------|---------------|-----------------------|
| Nom: | Prénom: | Sexe: | Date: |
| Age: | Poids, kg: | Taille en cm: | Hauteur du genou, cm: |

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie. Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

| Dépistage | |
|---|--|
| A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie | <input type="checkbox"/> |
| B Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids | <input type="checkbox"/> |
| C Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile | <input type="checkbox"/> |
| D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non | <input type="checkbox"/> |
| E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique | <input type="checkbox"/> |
| F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) ² en kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 | <input type="checkbox"/> |
| Score de dépistage (sous-total max. 14 points) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 12 points ou plus | normal pas besoin de continuer l'évaluation |
| 11 points ou moins | possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation |
| Evaluation globale | |
| G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile? 0 = non 1 = oui | <input type="checkbox"/> |
| H Prend plus de 3 médicaments 0 = oui 1 = non | <input type="checkbox"/> |
| I Escarres ou plaies cutanées? 0 = oui 1 = non | <input type="checkbox"/> |
| J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas | <input type="checkbox"/> |
| K Consomme-t-il? • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes? 0 = non 1 = oui | <input type="checkbox"/> |
| M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté | <input type="checkbox"/> |
| O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de nutrition | <input type="checkbox"/> |
| P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22 1,0 = CB > 22 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31 | <input type="checkbox"/> |
| Evaluation globale (max. 16 points) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Score de dépistage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Score total (max. 30 points) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Appréciation de l'état nutritionnel | |
| de 17 à 23,5 points | risque de malnutrition <input type="checkbox"/> |
| moins de 17 points | mauvais état nutritionnel <input type="checkbox"/> |

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA™ - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Saha A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
For more information : www.mna-elderly.com

Figure 3.7
Évaluation de l'état nutritionnel : Mini Nutritional Assessment (MNA™).

Interprétation

Il faut faire la somme des points du dépistage et de l'évaluation globale et évaluer le statut du patient selon l'échelle suivante :

- score total du MNA™ supérieur à égal à 24 : on peut considérer l'état nutritionnel comme satisfaisant ;
- score total compris entre 17 et 23,5 : il existe un risque de dénutrition ;
- score du MNA™ inférieur à 17 : il existe une dénutrition protéino-énergétique.

Actions à entreprendre

Score total du MNA™ supérieur à 24

On peut considérer l'état nutritionnel comme satisfaisant et on donne au sujet ou à sa famille des conseils nutritionnels afin de prévenir une dénutrition ultérieure, on continue à surveiller le poids. On oriente alors ailleurs la recherche de la cause de l'asthénie si elle existe, c'est aussi l'occasion de donner au sujet des conseils pour prévenir l'ostéoporose. La prévention de l'ostéoporose passe en effet par la pratique d'un exercice physique régulier, une bonne alimentation calcique (produits laitiers) et souvent par une supplémentation et un apport suffisant de vitamine D, pour réduire le risque de fracture.

Score total du MNA™ compris entre 17 et 23

Entre ces deux chiffres, on estime qu'il existe un risque de dénutrition. On intervient en rééquilibrant l'alimentation après une petite enquête diététique qui permettra de recueillir certains renseignements :

- *les apports alimentaires sont-ils en qualité et en quantité suffisante ?* Il faut s'attacher à découvrir les erreurs grossières d'alimentation : par exemple, certaines personnes âgées ne mangent plus que des tartines qu'elles trempent dans leur café au lait ;
- *le budget réservé à l'alimentation est-il suffisant ?* Ce sont souvent des problèmes économiques qui entraînent des restrictions alimentaires ; on peut alors conseiller l'utilisation des restaurants pour personnes âgées où les prix des repas sont calculés en fonction des revenus ;
- *les capacités d'approvisionnement sont-elles correctes, ainsi que la préparation, la fréquence et la régularité des repas ?* En cas de problèmes, on peut suggérer d'avoir recours à des livraisons de provisions ou de repas, ou aux services d'une aide ménagère si une aide plus globale est demandée ;
- *quelles sont les diètes prescrites ou suivies ; excluez-vous certains aliments ou groupes d'aliments ?* Beaucoup de personnes âgées pensent qu'à leur âge, il n'est plus utile de manger de viande par exemple ; il est également important de préciser les allergies, les intolérances, les apports en vitamines, en minéraux et autres suppléments, les changements récents des habitudes alimentaires, ainsi que la consommation d'alcool.

Si l'alimentation semble correcte, il faut chercher les autres causes possibles de malnutrition. Pour cela quelques questions complémentaires pourront être posées :

- *portez-vous un dentier ? Si oui, le mettez-vous pour manger ?* La dentition sera examinée. S'il existe des dents infectées, cariées ou douloureuses, ou encore une absence de dents, le patient devra être adressé à un dentiste. La dégradation

de l'état bucco-dentaire entraîne volontiers une insuffisance masticatoire, influençant la première phase de la digestion. Certains sujets ayant un dentier l'enlèvent cependant pour manger quand il est mal adapté. De plus, les sujets âgés adaptent souvent mal leur alimentation à leur capacité de mastication. Il faut aussi chercher d'autres causes possibles de malabsorption telles que les troubles de la déglutition, des problèmes digestifs ou la présence de diarrhée ou de constipation ;

- *prenez-vous des médicaments en ce moment et pour quelle maladie ?* Les médicaments pris en trop grand nombre sont anorexigènes, soit par leur effet propre, soit en raison du fait qu'ils sont absorbés souvent avant les repas, ou au cours du repas, avec la quantité d'eau nécessaire, ce qui induit une sensation de plénitude gastrique. Il faut rechercher la présence d'une pathologie intercurrente par un examen clinique complet. L'examen insistera sur l'apparence corporelle générale et l'aspect des phanères, la peau, les cheveux, les dents, les lèvres, la langue, mais aussi les yeux, la démarche, la sensibilité et la motricité.

Les sujets à risque doivent être surveillés tout particulièrement : poids, bilan biologique minimum et, s'ils existent, signes d'alerte.

Il faut bien sûr traiter et remédier à la cause de la dénutrition.

Si les apports sont inférieurs de 50 % aux besoins requis depuis une semaine, il faut prescrire les mesures nécessaires qui vont du conseil d'hygiène alimentaire jusqu'aux mesures d'assistance nutritionnelle spécifiques adaptées.

Il faut privilégier l'alimentation orale (collations, compléments). Chez ces patients dont le score au MNA™ est compris entre 17 et 23,5, l'anorexie est souvent peu sévère et la renutrition est en général acceptée. C'est le bon moment pour intervenir.

Si cela est impossible, il faut avoir recours à une nutrition parentérale, discontinue pour maintenir l'autonomie.

En cas de dénutrition débutante, il est préférable d'augmenter le nombre de repas, sous forme de petits repas fractionnés, plutôt que de vouloir faire ingérer une grande quantité ; il faut savoir améliorer le goût des aliments et leur diversité et proposer au maximum les aliments préférés du patient. Mais il n'est pas recommandé le grignotage permanent qui peut au contraire couper l'appétit.

En cas de dénutrition modérée ou si l'apport est nettement insuffisant, malgré les tentatives précédentes, il est souhaitable de se servir des produits de supplémentation orale. Il existe de nombreuses variétés industrielles hyperprotidiques et hypercaloriques dont les diverses présentations et le goût peuvent autoriser de nombreux choix (sous forme de boissons liquides, potages, crèmes yaourts, flans...). Leur avantage est d'apporter une bonne valeur énergétique et protidique sous un faible volume.

Score total du MNA™ inférieur à 17

À moins de 17, on peut conclure à une dénutrition protéino-énergétique : il faut alors demander un bilan biologique complémentaire (tableau 3.1). L'albumine (protéine nutritionnelle de longue demi-vie) et la protéine C réactive (CRP) peuvent aider à déterminer l'origine de la sévérité de la dénutrition, comme un syndrome inflammatoire, avec hypercatabolisme. Une albuminémie abaissée reflète une dénutrition relativement importante.

Tableau 3.1
Signes de dénutrition biologiques

| | Signes d'alerte | Sévère | Grave |
|-------------|-----------------|----------|----------|
| Albumine | 35 g/L | 30 g/L | 25 g/L |
| Préalbumine | 0,20 g/L | 0,15 g/L | 0,10 g/L |

La préalbumine pourrait être utilisée pour le suivi de la dénutrition. Cependant les efforts de renutrition peuvent être vains, si la dénutrition est grave ou liée à un hypercatabolisme avéré, les apports oraux sont alors plus difficiles, voire insuffisants, pour prévenir l'aggravation de la dénutrition. En effet, le sujet âgé ne peut pas augmenter ce qu'il absorbe, en fonction de l'augmentation de ses besoins et n'a plus de réserves pour pouvoir suppléer. Il faut alors discuter la mise en place d'une alimentation entérale supplémentée en vitamines et en minéraux, ainsi que l'utilisation de L-ornithine oxoglutarate monohydraté.

À retenir

Quand hospitaliser le patient ?

Si le MNA™ est inférieur à 17, l'albumine inférieure à 25 g/L, la préalbumine inférieure à 170 mg/L, et/ou la CRP et l'orosomucoïde augmentés, il est urgent d'hospitaliser le patient pour qu'il ait une assistance nutritionnelle artificielle (le plus souvent entérale).

Un cas particulier : la maladie d'Alzheimer

Plusieurs hypothèses tentent d'expliquer la perte de poids observée chez les patients atteints d'une maladie d'Alzheimer, sans pour l'instant trancher ; on peut penser que le programme européen conduit par le Pr B. Vellas apportera la réponse.

Deux théories s'opposent : la perte de poids serait soit la conséquence d'une carence des apports nutritionnels, soit le fait d'une augmentation des besoins énergétiques.

Blanford décrit quatre stades d'altération du comportement nutritionnel :

- stade I : ce sont des troubles passifs du comportement nutritionnel, ils concernent les patients présentant une démence modérée avec un *Mini Mental State* (MMS) de Folstein autour de 16. Ces sujets sont capables de manger seuls mais peuvent oublier des repas, ou se lever au cours d'un repas en oubliant de le terminer ;
- stade II : il concerne des patients qui ont besoin de façon intermittente d'être nourris et qui ne s'alimentent plus de façon autonome. Ces sujets ont un MMS inférieur à 16 et ne vont plus manger sans raison apparente. Il faut alors rechercher une pathologie intercurrente, et faire manger le patient. À ce

stade, il faut craindre une aggravation rapide de la maladie ; on doit en parler à la famille et à l'entourage et en cas d'aggravation des troubles se poser le problème de l'indication éventuelle d'une alimentation entérale, car à ce stade les troubles peuvent être encore réversibles ;

- stade III : le patient est complètement dépendant en ce qui concerne son alimentation, il s'agit en général de formes sévères de la maladie avec un MMS inférieur à 5. Le patient ne se nourrit plus que lorsqu'on le fait manger. S'il devient opposant et refuse de s'alimenter, certaines équipes proposent pendant une courte période l'alimentation par sonde gastrique, mais bien des équipes entraînées arrivent à nourrir ces patients normalement ;
- le stade IV correspond à un arrêt de l'alimentation. Il semble que ces patients présentent une véritable apraxie, c'est le stade terminal, où il est temps d'adopter une attitude palliative.

Rappel

Des infections qui traînent...

La malnutrition favorise l'apparition d'infections, en partie par le déficit immunitaire qu'elle induit en entraînant chez les sujets âgés, même en bonne santé, une diminution du nombre de lymphocytes matures CD3 et CD4, ainsi que des modifications fonctionnelles de lymphocytes T. L'immunité humorale est ainsi touchée. Les réponses anticorps sont amoindries chez les sujets âgés dénutris. Il s'agit donc d'un déficit immunitaire profond touchant l'immunité à médiation cellulaire et l'immunité humorale. Cette malnutrition favorise l'apparition de complications infectieuses au cours d'hospitalisation ou au cours d'une épidémie de grippe par exemple. La renutrition permet de restaurer les réponses immunitaires déficientes de ces sujets âgés : on peut ainsi parler d'« immuno-nutrition » (selon B. Lesourd).

Conseils diététiques

Questions habituelles du patient sur l'alimentation

De nombreux préjugés font de l'alimentation du sujet âgé normal un véritable casse-tête. En croyant bien faire, on peut multiplier les erreurs. Or une bonne nutrition est nécessaire pour un bon vieillissement et des apports nutritionnels variés et équilibrés peuvent prévenir certaines pathologies liées à l'âge.

Dois-je manger de la viande ? J'ai fini de grandir et je n'ai plus besoin de viande. C'est faux, même lorsque la croissance est terminée, l'organisme se renouvelle en permanence et en particulier les protéines. Il vous faut au moins 1 g de protéines par kg de poids et par jour.

Et le lait, est-ce bon à mon âge ? C'est bon pour les nourrissons, mais à mon âge... Il est important d'avoir un apport calcique régulier, surtout pour les

femmes à partir de l'âge de la ménopause, que ce soit sous forme de lait ou de produits laitiers (fromages, yaourts). On sait aujourd'hui que des apports alimentaires suffisants en calcium peuvent contribuer après la ménopause à la prévention de l'ostéoporose, responsable d'une très lourde pathologie : 50 000 fractures du col du fémur et tassements vertébraux chaque année ; un million de Français en souffrent. Le lait apporte du calcium, qu'il soit écrémé ou non.

Pourquoi me prescrire de la vitamine D pour la prévention de l'ostéoporose, l'alimentation suffit habituellement à l'apporter ? L'alimentation apporte habituellement peu de vitamine D, les aliments les plus riches étant les huiles de foie de poissons maigres, la chair des poissons gras, les œufs, le beurre et le foie. En hiver toutefois, elle contribue pour une part non négligeable à la fourniture de cette vitamine. La vitamine D provient en effet de la transformation sous l'influence des rayonnements ultraviolets, du 7-déhydrocholestérol cutané. Les apports recommandés varient selon les âges de 10 à 20 µg/j (soit 400 à 800 UI/L).

La viande rouge est réservée aux travailleurs de force, donc je n'en ai plus besoin ? Vous pouvez continuer à en manger, mais il faut savoir que le fait que la viande soit rouge ne la rend pas plus nourrissante que la viande blanche. Elle apporte des protéines, comme les autres viandes dont 100 g correspondant à 2 œufs, 1/2 L de lait ou 4 yaourts, différents fromages, ou 100 g de poisson.

Docteur, je ne peux plus mâcher à cause de mes dents, je ne peux donc plus manger de viande, par quoi la remplacer ? La viande peut facilement être hachée et garder ses propriétés, mais attention de la hacher au dernier moment pour éviter les risques de contamination. Pour varier votre alimentation, vous pouvez manger des œufs ou des filets de poisson.

Docteur, je ne peux plus mâcher les fruits frais, que faire ? De nombreux fruits peuvent facilement se mâcher, à condition d'être parfaitement mûrs, pour les autres le fait de les pocher dans un sirop les rend plus faciles à mâcher.

Docteur, croyez-vous qu'à mon âge, je dois faire plusieurs repas par jour, j'ai si peu d'activités ? Oui, d'autant plus qu'il est préférable quand on avance en âge, de faire plusieurs petits repas (petit déjeuner, midi, goûter, soir), la digestion n'en sera que plus facile.

Docteur, je ne mange plus de légumes frais parce que des rhumatismes aux mains me gênent pour les éplucher, et les conserves ou les produits congelés sont moins bons pour la santé ? Les conserves et plus encore les surgelés respectent la qualité des aliments, y compris la teneur en vitamines.

À mon âge dois-je moins manger ? Au contraire, les besoins caloriques ne diminuent pas, ils restent au moins équivalents à ceux de l'adulte à activité égale. À moins de 1800 kcal/j, il est impossible d'éviter certaines carences.

À mon âge je dois faire attention à ne pas manger trop gras, n'est-ce pas Docteur ? Manger trop gras, en particulier des graisses cuites, n'est pas recommandé. Mais il ne faut pas supprimer les graisses crues, car elles contiennent des acides gras dits essentiels, qui sont indispensables.

Et surtout mon cholestérol m'inquiète... À votre âge (+ 75 ans), il n'y a plus de raisons de s'en préoccuper, puisque vous n'avez pas d'antécédents car-

diovasculaires. Il ne faut surtout pas le supprimer de votre alimentation car il est indispensable à la bonne marche des cellules du cerveau, il sert aussi à fabriquer certaines hormones et même de la vitamine D. Une bonne hygiène de vie et une alimentation équilibrée suffisent à contrôler cet excès de cholestérol éventuel (qui est favorisé par l'obésité).

On trouve du fer dans les épinards et les sujets âgés manquent de fer ? Faux, la carence martiale des sujets âgés est le plus souvent liée à une pathologie qu'à un déficit alimentaire. En pratique, pour éviter la carence en fer d'un patient âgé, il faut veiller à maintenir une quantité suffisante de viande, poisson ou œufs dans la ration. Certains produits végétaux comme les légumes secs et les épinards sont assez riches en fer mais il est moins bien absorbé que celui provenant des produits animaux.

Conseils pratiques

La sarcopénie n'est pas inéluctable. Il est possible de « refaire du muscle », même à un âge avancé, en associant activité physique et apports protéiques adéquats : c'est-à-dire 1 g/kg/j, dont la moitié sous forme de protéines animales (jamais moins et beaucoup plus en cas de pathologie associée).

Pas de discipline alimentaire trop stricte : ne pas établir chez vos patients âgés une discipline alimentaire dans un but de prévention nutritionnelle ; celle-ci est efficace dans un délai de 20 à 30 ans, ce n'est donc pas à 65 ans qu'il faut commencer. Si un sujet âgé est arrivé en bonne santé à son âge, au mépris des règles de la diététique moderne, laissez-le tranquille. Attention aux régimes désodés stricts très anorexigènes. En revanche, il est toujours souhaitable de lui proposer de manger le plus diversifié possible, sans exclusion ni excès.

La personne à risque nutritionnel élevé a besoin d'un apport accru d'énergie et d'éléments nutritifs. En plus de conseils et d'encouragements, elle devrait recevoir une aide pour la préparation de ses repas (aide ménagère auxiliaire de vie), avoir recours à des services de repas à domicile ou être incitée à fréquenter un restaurant pour personnes âgées.

La personne à risque nutritionnel modéré a besoin de conseils et d'encouragements répétés pour améliorer son alimentation et prévenir la détérioration de son état nutritionnel.

La personne à risque nutritionnel faible doit quand même faire l'objet d'une surveillance. L'état nutritionnel des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile est généralement précaire et peut être facilement bouleversé. Tout changement de situation (perte d'un proche, grippe, hospitalisation...) risque d'amener une détérioration de l'état nutritionnel.

Remarque

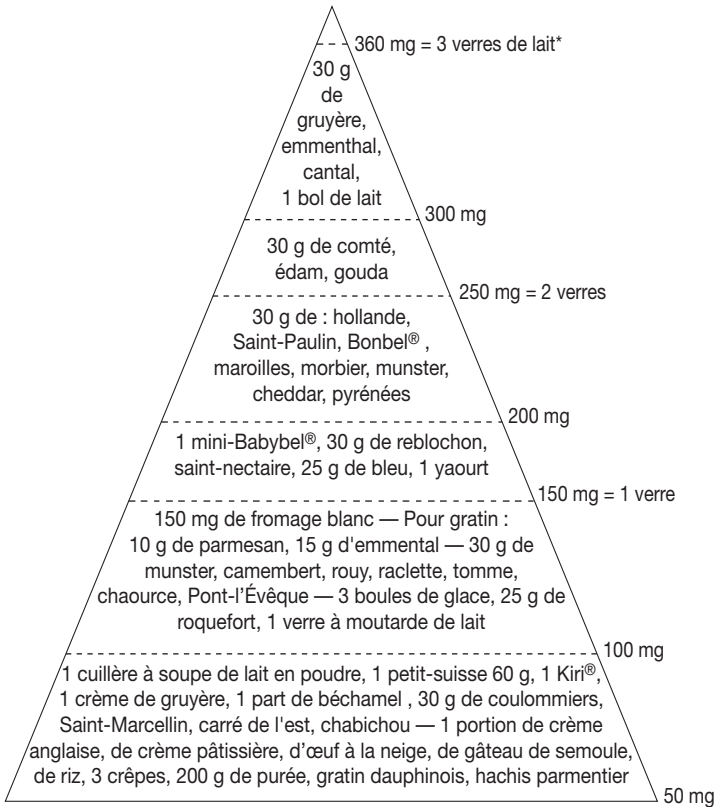
Le Centre de recherche et d'information nutritionnelle, 89 rue d'Amsterdam, 75008 Paris, met à votre disposition des dépliants et brochures sur : « Bien manger après 50 ans », « L'équilibre alimentaire », « L'alimentation des personnes âgées », « Ostéoporose et prévention nutritionnelle » et « Bien manger après 70 ans ».

Besoins nutritionnels

Calcium

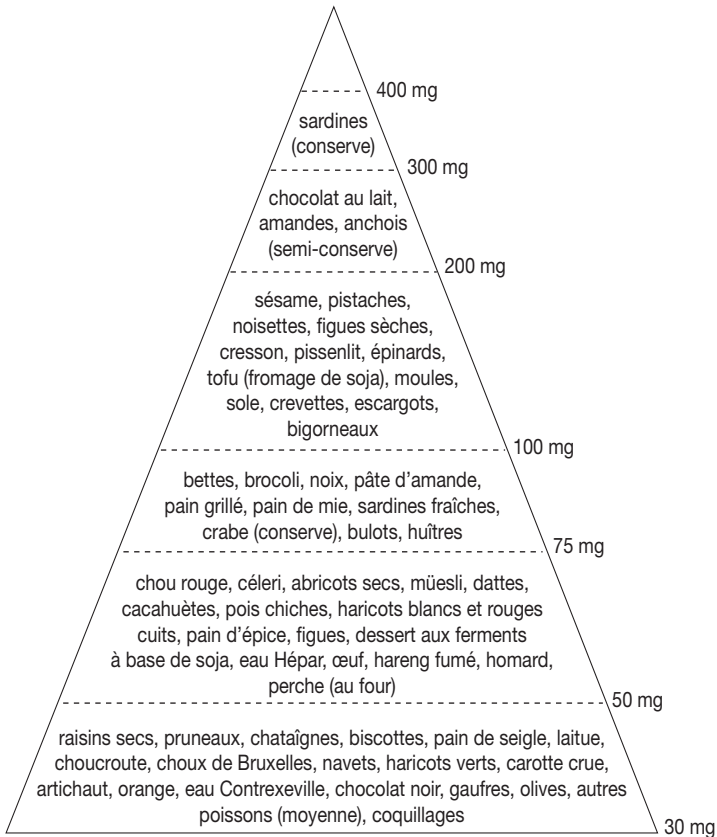
Les besoins en calcium de l'adulte varient de 900 à 1200 mg. Pour couvrir ses besoins calciques de manière adéquate, il suffit de consommer chaque jour trois à quatre parts de produits laitiers en variant leurs sources (figure 3.8).

La consommation de légumes, de fruits, d'œufs et de poissons complète les apports (figure 3.9). À titre d'exemple, 900 à 1000 mg de calcium correspondent à 1/2 L de lait plus 30 g d'emmental ou à 800 mL de lait (huit petits verres de 100 mL). Pour obtenir 1200 mg, on ajoute un yaourt ou deux verres de lait.



* Le verre de référence est un petit verre à moutarde d'une contenance de 100 mL (1 dL = 10 cL).

Figure 3.8
Pyramide du calcium dans les produits laitiers.

**Figure 3.9**

Pyramide du calcium dans les aliments autres que les produits laitiers (teneur pour 100 g d'aliments prêts à être consommés).

Rappel

Aliments riches en calcium

Il y a autant de calcium dans :

- 1/4 de litre de lait, soit un bol moyen
 - 2 yaourts
 - 5 petits suisses de 60 g
 - 300 g de fromage blanc
 - 80 à 100 g de camembert
 - 30 g d'emmental, comté, cantal, tomme, Saint-Paulin®, Bonbel®...
- Mais aussi dans 1 kg d'oranges ou 850 g de chou.

À retenir**Calcium et ménopause**

Les besoins calciques à la périménopause sont importants pour les femmes dont le capital osseux a tendance à décroître à partir de 35–40 ans. L'utilisation préventive du calcium est logique. Son absorption diminue avec l'âge et les sujets âgés sont incapables de s'adapter à des apports réduits. Les apports quotidiens spontanés sont généralement insuffisants (600 à 700 mg) pour maintenir un bilan calcique nul qui réclame des apports de 900 à 1000 mg avant la ménopause et 1200 à 1500 mg après. Une supplémentation en calcium peut réduire d'environ 50 % l'incidence des tassements vertébraux et des fractures du col fémoral.

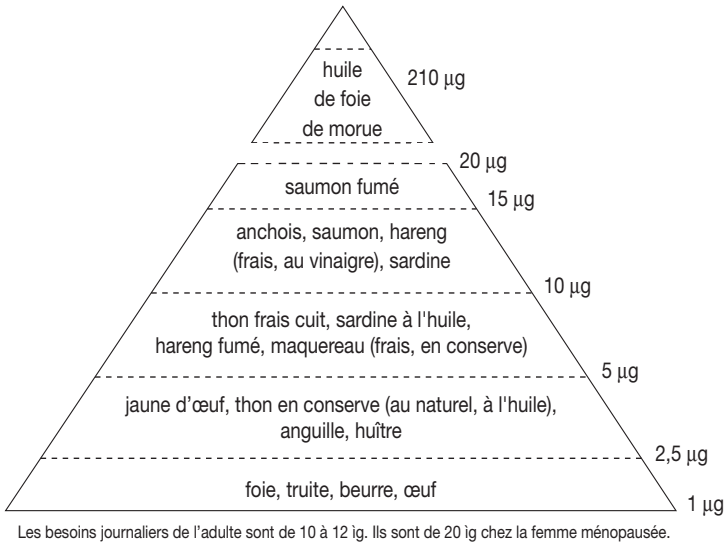
On peut également limiter cette perte et diminuer ainsi le risque de fractures du col du fémur, poignets, de tassements vertébraux, par un exercice physique régulier comme la marche en plein air, une alimentation riche en calcium (1200 mg au moins) et de la vitamine D.

Aliments riches en vitamine D

La vitamine D ou cholécalciférol a un rôle fondamental dans le « devenir » du calcium et du phosphore, tant au niveau de leur absorption intestinale que de leur absorption par l'os. C'est la clé de la fixation du calcium sur l'os et de son renouvellement. Avec l'âge, en raison de son vieillissement, la peau perd progressivement une partie de ses facultés de fabrication de la vitamine D. Le défaut de synthèse et l'insuffisance d'exposition solaire sont les causes de la déficience en vitamine D, sans oublier les insuffisances d'apport. Chez les adeptes du tout allégé, les sources les plus riches en vitamine D sont souvent supprimées (œufs, beurre, poisson gras). Il est important d'assurer un apport alimentaire (figure 3.10).

Besoins quotidiens

Comme chez l'adulte, les quantités journalières recommandées sont de 1800 à 2000 calories ou 30 kcal/kg. Les besoins en protéines sont de 1 g/kg/j. Mais il faut insister sur le fait que ces besoins augmentent lors des infections et des stress de nature diverse, si fréquents à cet âge, notamment les altérations gastro-intestinales qui réduisent l'utilisation digestive des protéines alimentaires.

**Figure 3.10**

Pyramide de la vitamine D (teneur pour 100 g d'aliments prêts à être consommés).

À retenir

Besoins quotidiens

Compte tenu de la répartition souhaitable en protéines, glucides et lipides, les besoins quotidiens correspondent à :

- 100 g de viande, poisson ou œufs
- 150 g de pain ou équivalent
- 250 g de pomme de terre ou équivalent
- 1/2 L de lait ou 2 yaourts
- 35 g de fromage
- 300 g de légumes
- 200 g de fruits
- 50 g de sucre
- 20 g d'huile et 20 g de beurre

Exemple de répartition dans la journée donné pour 2000 calories et 1200 mg de calcium.

En pratique

On peut retenir les équivalences suivantes : 100 g de viande apportent 18 à 20 g de protéines, de même que 100 g d'abats, de poisson ou de volaille, 2 œufs, 1/2 L de lait, 4 yaourts, 70 g d'emmental ou 90 g de camembert et 180 g de fromage blanc.

Pour en savoir plus

Sidobre B, Ferry M, Hugonot R. Guide pratique de l'alimentation. Paris: Hervas; 1997.