

Vulnérabilité et avance en âge : dépendance, dénutrition et dépression

Nathalie ACHIN, Célia CREMA, Élodie SANCHEZ

Université de Bourgogne

En 2015, les personnes âgées de plus de 60 ans représenteront près d'un tiers de la population française, soit environ 24,8 millions de personnes (Blanpain *et al.*, 2010). Aujourd'hui, la majorité de ces personnes vit à domicile et environ 5 % vivent en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Sous l'appellation « personnes âgées », on trouve une multitude de situations, dont l'hétérogénéité est telle qu'on peut considérer qu'il y a plusieurs âges dans le « troisième âge ». Bien que le vieillissement puisse conduire à un certain état de vulnérabilité, il ne constitue en rien une pathologie. Dans certains cas, avec l'avancée en âge et sous l'effet de ces différents facteurs, on voit des pathologies apparaître et se développer : c'est notamment le cas de la dénutrition et de la dépression.

Dans ce contexte, cette communication aura pour objectif de proposer une approche de la vulnérabilité du sujet âgé grâce à l'analyse de ces deux problématiques de santé. Tout en caractérisant la dépendance de la personne âgée, nous mettrons en parallèle les résultats obtenus par le biais de deux études différentes et respectivement consacrées, l'une aux critères sociodémographiques des individus âgés dépressifs et l'autre à l'étude des facteurs de dénutrition du sujet âgé.

Dans un premier temps, nous nous attacherons à identifier les facteurs de risque pouvant conduire à ces situations de vulnérabilité. L'accent sera mis ensuite sur les formes d'exposition spécifiques de la personne âgée aux vulnérabilités psychique et nutritionnelle. Enfin, nous centrerons notre analyse sur les stratégies permettant de prévenir ces différentes formes de vulnérabilité qui, sans être irréversibles, laissent peu de place à une éventuelle sortie de la vulnérabilité.

1. Vulnérabilités nutritionnelle et psychique du sujet âgé : facteurs de risques endogènes et exogènes

D'un point de vue médical, la notion de vieillissement décrit un ensemble de processus qui diminuent progressivement la capacité d'adaptation de l'organisme aux conditions variables de son environnement. La donnée biologique permet d'expliquer comment le vieillissement a des répercussions sur les facteurs physiologiques, physiopathologiques mais également psychiques. À certains égards, on peut donc dire que le vieillissement est un processus qui s'exprime de la même manière chez tous les individus. Or, il n'existe pas une vieillesse, mais des vieillesse. Le caractère multiforme de la vieillesse et des pathologies nutritionnelle et psychique du sujet âgé s'expliquent aussi par des facteurs exogènes.

Depuis quelques décennies, le modèle culturel industriel qui régissait notre monde depuis le XIX^e siècle cède peu à peu le pas à un nouveau système de référence (Guillemard,

2003). Les nouvelles normes d'intégration sociale deviennent la forme physique, la performance, l'apparence, la jeunesse (Béraud, 2010). Parallèlement, dès les années 1940, la dépression est devenue le syndrome que les psychiatres observent chez la plupart de leurs patients. Depuis les années 1970, la dépression est devenue le trouble psychologique le plus répandu. Elle est comprise, d'un point de vue sociologique, comme une réaction à la multiplication des repères moraux, au progrès de l'individualisme dans le monde occidental (Ehrenberg, 2006). Selon Bernard Quentin (Quentin, 2011/3), dans notre société, « *le jeunisme est devenu normatif* » et cela même pour les personnes âgées : « *Le choix posé est clair : l'hyperactivité ou la mort* ». Dans nos sociétés occidentales, les seniors sont des acteurs sociaux à plein temps¹ et ils occupent une place importante dans les sphères économiques et affectives de l'univers familial. Mais, avec l'avancée en âge, on observe un accroissement de la dépendance. Dans le domaine gérontologique, la dépendance est définie comme le besoin d'aide des personnes de 60 ans ou plus pour accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne : l'âge moyen à la dépendance est de 78 ans pour les hommes et de 83 ans pour les femmes (Drees, 2006). Cette perte d'autonomie fonctionnelle liée à l'âge a un impact sur l'alimentation des personnes âgées : la difficulté à préparer des repas peut les conduire vers la dénutrition.

1.1. Vieillesse et vulnérabilité nutritionnelle

La dénutrition est une pathologie qui concerne 4 à 10 % des personnes âgées vivant à domicile de manière autonome (Wallace et *al.*, 1995), 25 à 30 % des personnes âgées vivant à domicile, mais bénéficiant d'une aide pour les activités quotidiennes (Christensson et Unosson, 1999), et 30 à 90 % des personnes âgées institutionnalisées (Crogan et Pasvogel, 2003) ou hospitalisées (Paillaud et *al.*, 2004). Quel que soit le lieu de vie, le diagnostic de ce trouble nutritionnel est établi par un médecin grâce au *Mini Nutritional Assessment* (Guigoz, Vellas et Garry, 1996), une échelle reposant sur un questionnaire et des mesures anthropométriques qui permettent d'obtenir une évaluation de l'état nutritionnel du sujet. Ce trouble nutritionnel peut avoir de lourdes conséquences (dysfonctionnement du système immunitaire, fragilité osseuse, augmentation de la morbidité infectieuse, des infections nosocomiales et des risques de chutes, d'hospitalisation et de mortalité). En outre, ce processus de « réactions en chaîne » aggrave la dénutrition et le déficit immunitaire, ce qui conduit à un cercle vicieux, difficile à casser. L'image d'une « spirale de la dénutrition » (Ferry et *al.*, 2007) illustre parfaitement la manière dont l'état nutritionnel peut engendrer ou renforcer la fragilité du sujet âgé. De multiples facteurs peuvent être à l'origine de la dénutrition (Dupin et *al.*, 1992) :

- des facteurs physiologiques liés au vieillissement tels que la diminution des capacités physiques (réflexes et coordination musculaire) et sensorielles ;
- des facteurs physiopathologiques liés aux maladies ;

¹ Clubs, associations, voyages, reprise d'études, garde des petits-enfants, consommations...

- des facteurs psychiques tels que l'altération de l'état cognitif ;
- des facteurs sociaux.

Ainsi, compte tenu de la prévalence et des conséquences lourdes de ce phénomène, on comprend aisément pourquoi la prévention de la dénutrition est devenue un enjeu majeur de santé publique. Le Plan national nutrition santé, lancé en 2001 a, entre autres, pour objectif de réduire de 20 % la dénutrition des personnes âgées.

D'autres formes de vulnérabilité peuvent être associées au vieillissement, notamment au plan psychologique, lorsqu'une pathologie dépressive se développe.

1.2. Vieillesse et vulnérabilité psychique

La dépression nerveuse, définie comme un « *état caractérisé par une humeur dépressive durable associée à une perte d'intérêt et de plaisir* » (Debray, 1992), s'exprime par divers symptômes tels que la perte d'énergie et de plaisir, un ralentissement psychomoteur et des manifestations somatiques (perte d'appétit, insomnie...) qui persistent durant au minimum 15 jours pour qu'un diagnostic de dépression soit posé. Chez l'individu âgé, l'estimation de la prévalence de ce trouble est de 1 à 4 % pour les épisodes dépressifs majeurs, selon le DSM-IV¹, et de 8 à 16 % pour les symptômes dépressifs (Helmer, Montagnier et Pérès, 2004). Étant donné que la tristesse est perçue comme un phénomène inhérent de la vieillesse, seulement 15 à 50 % des patients âgés déprimés seraient diagnostiqués (Helmer, Montagnier et Pérès, 2004).

Chez les sujets âgés, les facteurs de risque sont multiples. La dépression est liée à la dégradation de l'état de santé, à la dépendance physique et à la comorbidité, notamment avec des pathologies somatiques qui constituent des facteurs prédisposant (Lefebvre des Noettes, 2002). Les facteurs sociaux jouent un rôle non négligeable dans la survenue de la dépression, notamment les deuils et les ruptures familiales (fragilisation par les pertes sociales et affectives telles que le veuvage et le départ des enfants du foyer). De même, la diminution des ressources qui peut provoquer chez certains sujets âgés un état d'insécurité matérielle et de dépendance à l'égard des descendants, peut aussi être mise en cause dans l'apparition du phénomène dépressif.

2. La vulnérabilité du sujet âgé : les formes d'exposition spécifiques

2.1. Vieillesse et dépendance

La notion de dépendance a été appliquée pour la première fois aux personnes âgées en 1973², mais il faut attendre 1997 pour que les « personnes âgées dépendantes » apparaissent comme une catégorie bien déterminée dans la législation française (Ennuyer, 2003).

¹ *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.*

² Dans un article de Robert Hugonot, paru dans *Le Monde*, intitulé « Prévenir la dépendance ».

En 2002, l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) est entrée en vigueur. Elle s'adresse aux personnes âgées de 60 ans ou plus, qui doivent affronter une situation de perte d'autonomie, résidant à domicile ou en établissement. Fin 2007, en France métropolitaine, parmi les 1 064 000 bénéficiaires de l'APA, 61 % résident à domicile et 39 % en établissement (Drees, juin 2010). La catégorie « personnes âgées dépendantes » ne correspond pas à une tranche d'âge bien déterminée, puisqu'une personne de 80 ans peut être en pleine possession de ses moyens alors qu'une autre de 65 ans peut présenter une forme de dépendance physique et/ou psychique (Ennuyer, 2003). De la même manière qu'il existe plusieurs vieillesse, il existe plusieurs formes de dépendance qui peuvent être cumulatives.

Lorsque la dépendance se traduit par une perte d'autonomie fonctionnelle, la réalisation de certaines activités quotidiennes devient plus difficile, notamment dans le domaine alimentaire, avec des conséquences notables sur le statut nutritionnel de la personne âgée.

2.2. Les effets de la perte des capacités physiques sur l'alimentation des personnes âgées

Les résultats présentés ici sont extraits du projet Aupalesens¹ : une enquête nationale, quantitative et pluridisciplinaire, dont l'objectif est de lutter contre la dénutrition du sujet âgé. Pour être recrutés, les volontaires devaient être âgés de plus de 65 ans et être cognitivement aptes à répondre aux différents questionnaires. L'état cognitif des sujets a été mesuré au moyen du *Mini Mental State Examination* (Folstein et Mc Hugh, 1975) au moment du recrutement, et seuls les sujets obtenant un score supérieur ou égal à 21/30 ont été retenus. En outre, les sujets ont été recrutés selon quatre situations de vie : à domicile de manière autonome, à domicile avec une aide hors plan alimentaire (ex. : aide au ménage ou au repassage), à domicile avec une aide alimentaire pour les courses et/ou les repas (complétée ou non par une aide hors plan alimentaire) et en institution. Pour cette enquête fondée sur la participation de volontaires sains, la représentativité statistique de notre échantillon ne faisait pas partie des critères d'inclusion, mais les ratios âge et sexe ont été équilibrés pour être au plus proche de la réalité nationale. Au total, ont été retenues 559 personnes âgées de plus de 65 ans (dont 464 vivant à domicile, avec ou sans aide, et 95 vivant en institution). La population enquêtée est composée de 31 % d'hommes et 69 % de femmes, ayant en moyenne 79 ans ($\pm 8,15$ ans), vivant majoritairement seuls (61,5 % des sujets dont 41,7 % de sujets veufs, 10,7 % de sujets divorcés et 9,1 % de sujets célibataires) et principalement issus de la classe moyenne (anciens employés, professions intermédiaires et cadres représentent 81 % des sujets).

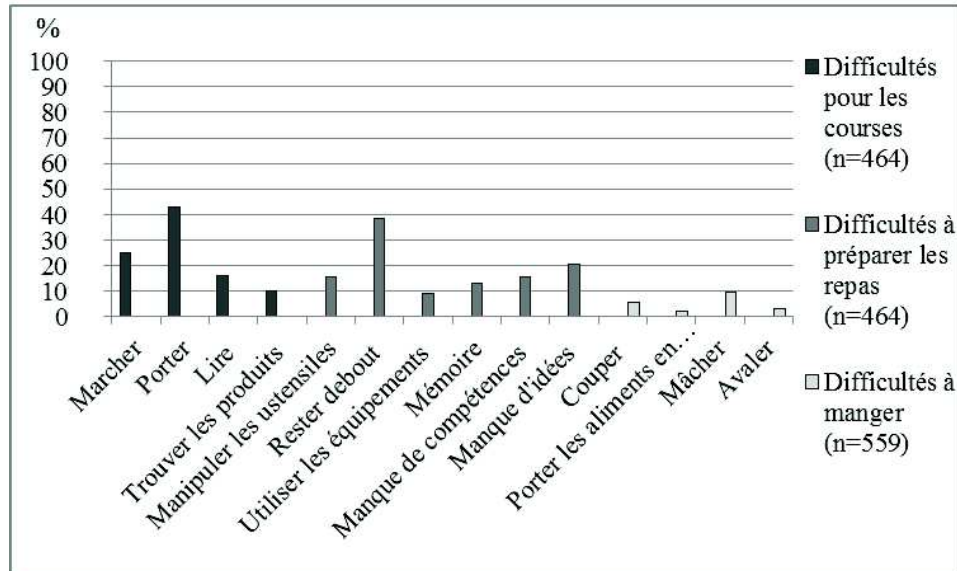
Parmi les différents paramètres étudiés, on s'est intéressés aux difficultés rencontrées par les personnes âgées lors de la réalisation de différentes activités alimentaires : courses, préparation alimentaire et repas. Les sujets vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)² ont été exclus des résultats concernant les courses et

¹ Appel d'offre ALIA, 2010-2014, numéro de contrat : ANR-09-ALIA-011-02.

² N=95.

la préparation des repas car ce sont des activités auxquelles ils ne participent pas. Ce travail met en avant la prédominance des difficultés d'ordre fonctionnel.

FIGURE 1 : PROPORTION DE SUJETS AYANT DES DIFFICULTÉS POUR LES ACTIVITÉS ALIMENTAIRES ET NATURE DE CES DIFFICULTÉS



Ces résultats illustrent les effets que peut avoir la perte des capacités physiques sur les activités alimentaires. À notre connaissance, seules quelques études qualitatives ont abordé cette question. Parallèlement, nous avons mesuré le statut nutritionnel des sujets avec le *Mini Nutritional Assessment*¹ (Guigoz, Vellas et Garry, 1996) et leur niveau de capacités physiques avec le *Short Physical Performance Battery*² (Guralnik, Simonsick, Ferrucci, Glynn, Berkman, Blazer et al., 1994). Nous avons ainsi pu observer que la diminution des capacités fonctionnelles est associée à une diminution du statut nutritionnel, et réciproquement³ (Anova Test). Chaque score permettant d'expliquer à hauteur de 40 %⁴ la variabilité de l'autre. De même, la présence de difficultés d'ordre physique (marcher, porter et rester debout) est associée à une baisse du statut nutritionnel⁵ et des performances physiques⁶. Ces conclusions montrent comment la perte d'autonomie physique inscrit la personne âgée dans un contexte de vulnérabilité et de fragilité alimentaire qui tend à la surexposer au risque de dénutrition. Parallèlement, la dépression peut avoir des conséquences sur l'appétit et la prise alimentaire.

¹ MNA.

² SPPB.

³ $p < 0.001$.

⁴ $R^2_{ajusté} = 0,406$.

⁵ $p < 0.001$.

⁶ $p < 0.001$.

Ainsi, elle est également considérée comme un facteur de risque aggravant de dénutrition chez la personne âgée (Ferry et al., 2007).

2.3. La dépression : le cas des personnes âgées vivant en institution

Au moment de l'institutionnalisation, certaines personnes âgées peuvent développer un syndrome dépressif qui sera déterminant sur leur état de santé et leur qualité de vie. C'est pourquoi nous nous sommes attachée à analyser les caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées vivant en institution afin de déterminer qui sont les sujets les plus exposés au risque de dépression pour comprendre les raisons de cette vulnérabilité particulière.

TABLEAU 1 : CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ÉCHANTILLON (% , N = 202)

		Dépression	Pas dépression
Sexe	Femme	54	46
	Homme	34	66
<i>Âge d'arrivée dans l'établissement</i>	Moins de 60 ans	0	100
	60-69	70	30
	70-79	33	67
	80-89	54	46
	90-99	51	49
<i>PCS (Professions et catégories socio-professionnelles)</i>	Agriculteurs exploitants	36	64
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	33	67
	Cadres et prof. intellectuelles supérieures	33	67
	Professions Intermédiaires	65	35
	Employés	54	46
	Ouvriers	39	61
	Sans activité professionnelle	46	54
<i>Situation matrimoniale</i>	Marié	57	43
	Célibataire	39	61
	Veuf	46	54
	Divorcé/séparé	40	60
<i>Présence d'un conjoint</i>	Marié	57	43
	Sans conjoint	45	55
<i>Enfants</i>	Non	34	66
	Oui	51	49
<i>GIR (groupe iso-ressources)</i>	1	37	63
	2	40	60
	3	39	61
	4	56	44
	5	20	80
	6	14	86
<i>MMS (Mini Mental State Examination)</i>	24 à 30	38	62
	Moins de 24	40	60
<i>Temps passé dans l'établissement pour personnes âgées</i>	Moins de 1an	77	23
	1-4ans	40	60
	5-9ans	35	65
	10 ans et plus	55	45

Nous avons analysé les éléments biographiques relevés dans les dossiers médicaux de 202 résidents d'établissements pour personnes âgées (78 dans une MAPA¹ et 124 dans un EHPAD² de Dijon) : 97 individus de l'échantillon étaient diagnostiqués « dépressifs » par les médecins, c'est-à-dire qu'avait été détecté un ou plusieurs épisodes dépressifs à un moment ou un autre de leur séjour dans l'établissement. L'âge moyen d'entrée des sujets est de 83,51 ans, l'âge médian à l'arrivée est de 85,5 ans. La durée moyenne de séjour est de 3,5 ans (3,51 ans). Les femmes représentent plus des deux tiers de notre population (70,79 %).

Les tendances observées montrent l'influence du sexe sur la dépression : les femmes sont plus enclines à développer un syndrome dépressif (54 % des femmes de l'échantillon sont dépressives), alors que, au contraire, les hommes seraient, en proportion, plus protégés contre cette pathologie (seulement 34 % hommes sont dépressifs). La différence observée est significative au vu des corrélations entre les deux variables « sexe » et « dépression »³. La situation familiale est elle aussi liée à la dépression : les personnes sans enfant sont nettement moins dépressives que celles qui ont des enfants (66 % des individus sans enfant ne sont pas dépressifs, alors que les personnes qui ont des enfants sont 51 % à être dépressives⁴) et ce, indépendamment du nombre d'enfants. En ce qui concerne la situation matrimoniale, on remarque que les personnes n'ayant pas de conjoint (célibataires, veuves et divorcées) sont moins dépressives (55 % de non-dépressifs), tandis que les individus mariés ont tendance à être plus dépressifs (57 % le sont)⁵. Les dossiers médicaux dans lesquels les données ont été collectées ne précisant pas si les personnes célibataires vivent seules ou non, nous nous sommes référée au statut matrimonial « administratif » des sujets. L'âge d'arrivée dans l'établissement est aussi incriminé dans l'apparition du syndrome dépressif : ce sont les individus entrés le plus précocement dans l'établissement qui sont les plus soumis à la dépression. On trouve 70 % de dépressifs chez les 60-69 ans, 33 % de dépressifs chez les 70-79 ans, 54 % de dépressifs chez les 80-89 ans, tandis que les individus de 90-99 ans sont 51 % à être dépressifs. Enfin, la profession que les sujets ont exercée est aussi en cause : les employés et les individus ayant exercé des professions intermédiaires subissent le plus le phénomène de dépression. Nous sommes une fois de plus face aux limites des dossiers médicaux dans lesquels il n'est précisé que la dernière profession exercée, ce qui ne nous renseigne aucunement sur les trajectoires professionnelles des sujets.

Les résultats que nous avons présentés ici montrent l'importance des caractères d'ordre sociodémographique dans la pathologie dépressive. Seulement, définir les caractères sociaux propres aux individus dépressifs ne suffit pas si les résultats obtenus n'ont aucune utilité

¹ Maison d'accueil pour personnes âgées.

² Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

³ $r = -0,16$; $p < 0,05$.

⁴ La corrélation entre les deux variables « enfants » et « dépression » est significative : $r = 0,16$; $p < 0,05$.

⁵ La corrélation entre les variables « conjoint » et « dépression » est significative : $r = 0,10$; $p < 0,05$.

pratique. L'important est de pouvoir prévenir l'apparition de la dépression en détectant les populations à risques.

3. Comment agir pour limiter ces formes de vulnérabilité ?

3.1. Prendre en charge la dépendance du sujet âgé

À l'heure actuelle, en France, on constate des limites au système de prise en charge de la dépendance : montant insuffisant de l'APA, disparités entre départements, complexité des réglementations, épuisement des aidants familiaux (CNSA, 2007).

D'une manière générale, on peut opposer deux logiques de prise en charge : la première privilégie l'aide informelle, avec un fort engagement familial, alors que la seconde privilégie l'autonomie des proches avec une part plus active d'aide formelle (Caradec, 2012). On constate l'importance de la sphère familiale dans le mode d'organisation de la prise en charge. Dans un contexte de vieillissement de la population, il apparaît essentiel de réfléchir à une amélioration du système de prise en charge de la dépendance afin de répondre au mieux aux besoins des personnes âgées dépendantes et de leurs aidants. En effet, le vieillissement de la population laisse entendre une augmentation considérable du nombre de personnes âgées souffrant d'incapacité. Si l'état de santé reste identique d'ici à 2030, la population des Européens dépendants âgés de plus de 75 ans pourrait augmenter de 72 % et, selon l'hypothèse d'une amélioration de l'état de santé, cette population augmenterait de 41 %. Cette augmentation de la population âgée dépendante devrait également s'accompagner d'une mutation structurelle puisque, d'ici à 2030, la population dépendante sera plus souvent composée de couples dont les deux membres souffriront d'incapacité et/ou ayant potentiellement besoins d'aidants familiaux (Gaymu *et al.*, 2008).

3.2. Prévenir la dénutrition et conserver l'autonomie physique

En France, l'essentiel de la population âgée vit à domicile et de manière relativement autonome. Dans ce contexte, elle ne bénéficie pas toujours d'un suivi nutritionnel adapté. Or, on sait qu'il est très difficile pour un individu en état de dénutrition de retrouver son statut nutritionnel initial. Ainsi, la conduite d'actions préventives est primordiale pour limiter l'apparition de cette pathologie. D'un point de vue nutritionnel, les recommandations établies par le Conseil national de l'alimentation (CNA) préconisent une alimentation diversifiée et, surtout, un maintien du plaisir à manger. Le CNA considère également qu'il faut améliorer le dépistage de la dénutrition en sensibilisant les professionnels de santé à la nécessité d'un suivi régulier du poids des personnes âgées. D'un point de vue physique, le Plan national nutrition santé recommande la pratique d'une activité physique adaptée à raison de 30 minutes par jour. Les bénéfices d'une activité physique régulière sont multiples : elle augmente la force musculaire, améliore la souplesse, l'équilibre et la coordination, préserve les fonctions cardiaques et respiratoires et, *in fine*, l'autonomie du sujet âgé. Or, nous avons vu comment la perte d'autonomie physique pouvait avoir un impact sur la réalisation des activités alimentaires. Ainsi, en adoptant une alimentation adaptée à leurs besoins et en pratiquant régulièrement une activité physique, les personnes âgées ont la possibilité de conserver une certaine autonomie et de limiter le risque de dénutrition.

3.3. Limiter le risque de dépression

Les symptômes dépressifs sont fréquents chez le sujet âgé et diminuent de façon significative la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Pouvant devenir chronique et générer de nombreuses rechutes, le pronostic de la dépression est mauvais : augmentation de la morbidité physique et risque important de passage à l'acte suicidaire (Clement *et al.*, 1999).

Pourtant, des possibilités de traitement existent : il est important de détecter cette pathologie chez les personnes âgées. Définir les caractéristiques sociales susceptibles d'influencer l'apparition de la dépression pourrait permettre l'élaboration d'une échelle rendant possible la détection des personnes âgées qui ont le plus de risques de développer une dépression. Afin de déterminer cette « clientèle » de la dépression, nous proposons d'introduire une telle échelle, composée de différents indices que nous aurons déterminés au préalable, à l'aide de nos résultats. En accordant un certain nombre de points à chaque facteur favorisant la dépression (comme le fait d'être une femme par exemple) et à chaque facteur protecteur (être un homme) et en additionnant les indices, donc les points, on obtient un score total qui ciblera les sujets les plus vulnérables à la dépression.

Ainsi, à l'aide de données socio-démographiques, il est possible de dépister les populations les plus à risques. Le personnel hospitalier pourrait utiliser un tel indicateur, afin de mettre en place des actions de prévention auprès des populations concernées.

Conclusion

De nombreux facteurs contribuent à la vulnérabilité du sujet âgé. En effet, la dépendance qui peut accompagner l'avancée en âge ou l'apparition de certaines pathologies, telles que la dépression ou la dénutrition, sont des éléments qui tendent à surexposer la personne âgée au risque de vulnérabilité. La réciproque est également vraie, car la vulnérabilité psychologique, sociale ou économique du sujet âgé constitue un terrain favorable à l'apparition de nombreuses pathologies.

Ainsi, nous avons pu voir comment la perte d'autonomie physique, qui accompagne souvent la dépendance liée à l'âge, pouvait avoir un impact sur la réalisation des différentes activités alimentaires et, *in fine*, augmenter le risque de dénutrition des personnes âgées. De même, lorsque les individus âgés deviennent dépendants au point de devoir séjourner dans des établissements spécialisés, la pathologie dépressive est un trouble qui peut aggraver un état de santé déjà précaire.

Les conséquences du vieillissement en termes de coût sont indéniables ; il est donc indispensable de comprendre la vulnérabilité du sujet âgé pour mieux la prévenir.

Bibliographie

- BÉRAUD C., 2010, « Individualisation », *in* Paugam Serge (dir.), *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, Puf, p. 73-74.
- BLANPAIN N. et CHARDON O., 2010, « Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans », Paris, *Insee Première*, n° 1320, 4 p.

- BRUCKNER P., BROWN W., 2005, "Is Exercise Good for You?", *The Medical Journal of Australia*, vol. 183, n° 10, p. 538-541.
- CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA), 2007, *Rapport annuel*.
- CARADEC V., 2012, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement : domaines et approches*, Paris, Armand Colin.
- CHRISTENSSON L., UNOSSON M., EK A.CH., 1999, "Malnutrition in Elderly People Newly Admitted to a Community Resident Home", *The Journal of Nutrition Health and Aging*, n° 3, p. 133-139.
- CONSEIL NATIONAL DE L'ALIMENTATION (CNA), 2005, *Avis n° 53*.
- CROGAN N., PASVOGEL A., 2003, "The Influence of Protein-Calorie Malnutrition on Quality of Life in Nursing Homes", *Journal of Gerontology*, series A: Biological Sciences and Medical Sciences, vol. 58, n° 2, p. 159-164.
- DANNEFER D., PHILLIPSON CH., 2010, *The SAGE Handbook of Social Gerontology*, Los Angeles, Sage Publications.
- DEBRAY Q., 1992, *Vivre avec une dépression*, Monaco, Éditions du Rocher.
- DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), 2010, « Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA », *Études et résultats*, n° 730, 8 p.
- DUPIN H., CUQ J.-L., MALEWIAK M.-I., LEYNAUD-ROUAUD C., BERTHIER A.-M., 1992, *Alimentation et nutrition humaines*, Paris, ESF.
- EHRENBERG A., 2006, « Dépression », in S. Mesure et P. Savidan (dir.), *Dictionnaire des sciences humaines*, Paris, Puf.
- ENNUYER B., 2002, *Les malentendus de la dépendance : de l'incapacité au lien social*, Paris, Dunod.
- FERRY M., ALIX E., BROCKER P., CONSTANS TH., LESOURD B., MISCHLICH D., PFITZENMEYER P. et VELLAS B., 2007, *Nutrition de la personne âgée*, Paris, Elsevier-Masson, 3^e édition.
- FOLSTEIN M.F., FOLSTEIN S.E., MCHUGH P.R., 1975, "'Mini Mental State': A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician", *Journal of Psychiatric Research*, vol. 12, n° 3, p. 189-198.
- FRÉMONT P., 2002, « Les dépressions du sujet âgé », *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie (NPG)*, janvier-février, p. 4-16.
- GAYMU J., 2008, « Équipe FELICIE », *Population et sociétés*, Paris, Ined, n° 444, 4 p.
- GUIGOZ Y., VELLAS B., GARRY PH.J., 1996, "Assessing the Nutritional Status of the Elderly: The Mini Nutritional Assessment as Part of the Geriatric Evaluation", *Nutrition Reviews*, vol. 54, n° 1, p. 59-65.

GUILLEMARD A.-M., 2003, *L'âge de l'emploi. Les sociétés face à l'épreuve du vieillissement*, Paris, Armand Colin.

GURALNIK J., SIMONSICK E., FERRUCCI L., GLYNN R., BERKMAN L., BLAZER D. *et al.*, 1994, "A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Functions: Association with Self-Reported Disability and Prediction of Mortality and Nursing Home Admission", *The Journals of Gerontology*, Series A-biological Sciences and Medical Sciences, n° 49, p. 85-94.

HELMER C., MONTAGNIER D. et PÉRÈS K., 2004, « Épidémiologie descriptive, facteurs de risque, étiologie de la dépression du sujet âgé », *Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement*, vol. 2, suppl. 1, septembre, p. 7-12.

KUATE-DEFO B., 2005, « Facteurs associés à la santé perçue et à la capacité fonctionnelle des personnes âgées dans la Préfecture de Bandjoun au Cameroun », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 34, n° 1, p. 1-46.

PAILLAUD E., MERLIER I., DUPEYRON C., SCHERMAN E., POUPON J., BORIES PH.N., 2004, "Oral Candidiasis and Nutritional Deficiencies in Elderly Hospitalised Patients", *The British Journal of Nutrition*, vol. 92, n° 5, p. 861-867.

PAYETTE H., COULOMBE C., BOUTIER V., GRAY-DONALD K., 2000, "Nutrition Risk Factors for Institutionalization in a Free-Living Functionally Dependent Elderly Population", *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 53, n° 6, p. 579-587.

QUENTIN B., 2011, « Comme tout le monde, et comme personne », *Gérontologie et société*, n° 138(3), p. 99-112.

THUNE I., BALLARD-BARBASH R., FRIEDENREICH CH., SLATTERY M., 2006, "Obesity and Body Composition", in D. Schottenfeld, J.F. Fraumeni, Jr. (eds.), *Cancer Epidemiology and Prevention*, Oxford-New York, Oxford University Press, 3^e éd.

WALLACE J.I., SCHWARTZ R.S., LACROIX A.Z., UHLMANN R.F., PEARLMAN R.A., 1995, "Involuntary Weight Loss in Older Outpatients: Incidence and Clinical Significance", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 43, n° 4, p. 329-337.