

Date : 19.05.2026 Lieu :	<input checked="" type="checkbox"/> Présentiel <input type="checkbox"/> Distanciel <input type="checkbox"/> Mixte
Participants CPTS : WANDER Fanny ; CONTENOT Adrien ; BAER LEGRAND Marie- Emanuelle ; CARPENTIER Audrey ; CHARPENTIER Sarah ; FRANCK Virginie ; KORKMAZ Jennifer ; LACOUR Anaïs	Participants extérieurs : Antoine Dorothee ; Auburtin Isabelle ; Bauer Hélène ; Becker Manon ; Blanchetête Virginie ; Boccaccini Alix ; Brauneissen Catherine ; Cochart Laurence ; Cornette Annie ; Gongloff Karen ; Gauge Sandrine ; Gluziki Angèlique ; Graillot Bérangère ; Guele Margaux ; Humbert Ronan ; Jacquin Sabine ; Jacquot Laura ; Larger Céline ; Le Guillou Auriane ; Mallegol Pauline ; Mervelay Véronique ; Ongaretti Catherine ; Ruch Margaux ; De Abreu Nathalie ; Thomas Joël ; Vernier Daniel ; Vintenon Océane ; Walter Nicolas
Heure début : 19h30	Heure fin : 22h30

## Synthèse des tables rondes interprofessionnelles sur la nutrition, la cognition / l'humeur et la mobilité chez les seniors

La présente synthèse a été élaborée à partir de l'ensemble des retranscriptions visibles des trois tables rondes interprofessionnelles. Elle vise à faire ressortir, pour chacune des thématiques abordées, les éléments de convergence exprimés par les participants, qu'ils relèvent du champ sanitaire, social, médico-social, associatif ou institutionnel. Elle reprend, pour chaque thème, une définition partagée, les problématiques identifiées, les solutions déjà mobilisables sur le territoire et, lorsque les échanges le permettent, les perspectives envisagées.

Les échanges montrent d'emblée que la nutrition, la cognition et l'humeur, ainsi que la mobilité, ne peuvent être pensées séparément. Les participants soulignent au contraire leur forte interdépendance dans le maintien de l'autonomie, de la qualité de vie et de la participation sociale des personnes âgées. Ils insistent également sur la nécessité de renforcer le repérage précoce des fragilités, d'améliorer l'interconnaissance entre acteurs et de rendre plus lisibles les ressources du territoire, afin d'éviter les ruptures de parcours, l'isolement et les prises en charge tardives.

## 1. Nutrition

### Définition partagée

Dans les échanges, la nutrition du senior est définie comme un déterminant majeur du vieillissement en santé, qui dépasse largement la seule composition des repas. Elle renvoie à la capacité de maintenir des apports adaptés aux besoins liés à l'âge, en particulier en protéines, afin de préserver la masse musculaire, prévenir la sarcopénie, limiter les chutes et soutenir l'autonomie. Cette définition partagée inclut aussi l'hydratation, les fibres, le rythme alimentaire, la texture des aliments, la santé bucco-dentaire, les troubles de la déglutition, l'évolution des goûts avec l'âge, ainsi que la dimension sociale et affective du repas. Le lien entre nutrition et activité physique est particulièrement souligné : les apports protéiques n'ont de sens, aux yeux des participants, que s'ils s'inscrivent dans une logique globale de maintien des capacités.

### Problématiques identifiées

Les problématiques repérées sont nombreuses et souvent intriquées. La première porte sur la dénutrition, souvent détectée tardivement, alors même que la perte de poids est présentée comme un signal d'alerte majeur, y compris chez des personnes en surpoids ou obèses. Les participants rappellent qu'avec l'âge, la perte pondérale correspond fréquemment à une fonte musculaire, avec des conséquences fonctionnelles importantes. Plusieurs facteurs de risque reviennent dans les échanges : diminution de l'appétit, attirance plus marquée pour le sucré, fatigue à cuisiner, simplification extrême des repas, recours croissant aux plats préparés industriels, isolement, veuvage, perte du plaisir de manger, difficultés de mastication, troubles dentaires, prothèses inadaptées, troubles de la déglutition, constipation, défaut d'hydratation, contraintes financières, accès limité aux courses ou aux aliments de qualité, ainsi que maintien de régimes anciens devenus inadaptés. Les participants soulignent aussi une méconnaissance fréquente des besoins en protéines et des sources protéiques autres que la viande. Enfin, plusieurs freins culturels ou psychologiques sont relevés : peur de grossir, banalisation de la maigreur chez le sujet âgé, faible attractivité d'ateliers centrés uniquement sur la nutrition, et insuffisance du repérage systématique hors de certains contextes de soins.

### Solutions existantes

Les solutions évoquées s'organisent d'abord autour du repérage : pesées régulières à domicile ou en consultation, observation des habitudes alimentaires, surveillance du contenu du réfrigérateur, attention portée à la perte de poids, et alerte du médecin traitant ou de la famille. Les participants mentionnent ensuite plusieurs réponses concrètes déjà mobilisées sur le territoire : portage de repas par des services d'aide à domicile ou des prestataires privés, accompagnement aux courses, aides financières via l'APA ou d'autres dispositifs départementaux, navettes et solutions de transport, recours à des traiteurs, restauration en résidence autonomie, ainsi que certains dispositifs facilitant l'accès à des produits alimentaires. Sur le plan nutritionnel, les échanges insistent sur l'enrichissement de l'alimentation ordinaire avant le recours aux compléments nutritionnels oraux : œufs, fromages, produits laitiers, crème, poisson, protéines végétales, adaptation des textures, collations et limitation du jeûne nocturne. Les CNO sont présentés comme des apports complémentaires, non comme des substituts systématiques, avec un intérêt à condition d'en expliquer l'usage et de préserver le plaisir de manger. Les ateliers associant activité physique adaptée et nutrition apparaissent également comme une solution pertinente, souvent mieux acceptée lorsqu'ils sont couplés à une entrée "sport" ou "bien-être" plutôt qu'à une approche strictement diététique. Enfin, certaines ressources locales, comme les jardins partagés, les dispositifs de transport ou les ateliers communaux, sont identifiées comme des leviers utiles, bien que leur accessibilité reste variable selon les territoires.

---

## Perspectives envisagées

Les perspectives formulées convergent vers un besoin de structuration plus lisible de la prévention nutritionnelle. Les participants expriment l'intérêt d'un discours commun entre professionnels, d'outils simples de repérage, d'une meilleure diffusion des informations sur les aides existantes et d'une implication plus visible des diététiciens dans le parcours des seniors. Il apparaît également nécessaire de développer des actions plus attractives, concrètes et territorialisées, notamment dans les petites communes, en couplant la nutrition à l'activité physique, à la convivialité ou à des ateliers pratiques. Plusieurs échanges laissent aussi entrevoir l'intérêt d'améliorer la cartographie des ressources locales, de soutenir les communes dans le montage de projets et de faire de la nutrition un axe plus pleinement intégré aux démarches de prévention du vieillissement. Au-delà de l'alimentation elle-même, les participants plaident pour une approche qui articule nutrition, mobilité, santé bucco-dentaire, isolement et accompagnement social.

## 2. Cognition / humeur

### Définition partagée

Les participants partagent une définition large des troubles cognitifs et de l'humeur chez les seniors. Les troubles de mémoire sont envisagés comme des altérations du fonctionnement quotidien pouvant se manifester par des oublis répétés, des erreurs de traitement, des pertes de repères, des absences, des difficultés à gérer l'organisation habituelle ou des mises en danger dans la vie courante. Les troubles de l'humeur apparaissent étroitement liés à cette thématique, soit comme manifestations associées aux troubles cognitifs, soit comme états susceptibles de les majorer, de les mimer ou de retarder leur repérage. Une idée forte ressort des échanges : il importe de distinguer le vieillissement ordinaire, les troubles cognitifs installés, les syndromes dépressifs, les troubles psychiatriques et les causes somatiques ou iatrogènes, dans une approche clinique prudente et globale.

### Problématiques identifiées

La première difficulté mise en avant est celle du repérage précoce. Les premiers signes sont souvent discrets ou banalisés : questions répétitives, oublis de rendez-vous, erreurs dans les prises médicamenteuses, désorientation, négligence corporelle, troubles du jugement, agressivité inhabituelle, difficulté à différencier le jour et la nuit ou encore situations de danger dans les déplacements. Ces signes sont fréquemment observés par les infirmiers, aides à domicile, acteurs sociaux, proches ou élus locaux bien avant d'être verbalisés en consultation. Les participants insistent sur le déni ou la banalisation, tant du côté des familles que des personnes concernées, avec une forte réticence à entrer dans une démarche d'évaluation. Le manque de temps médical, la consultation centrée sur un autre motif, le caractère tabou des troubles de mémoire, la peur de déranger, le refus d'exposer sa vulnérabilité ou la confusion entre troubles cognitifs, troubles psychiques et traits de personnalité compliquent encore l'orientation. Les échanges soulignent également le poids des syndromes dépressifs du sujet âgé, parfois atypiques, et rappellent que certaines situations attribuées à tort à une démence relèvent en réalité d'une dépression sévère, d'un syndrome de glissement ou d'une cause somatique. Enfin, la difficulté d'accompagner les familles est très présente : sentiment de culpabilité, peur de la tutelle, demande de solutions immédiates à un stade avancé, fatigue des aidants et défaut d'information sur les ressources disponibles.

### Solutions existantes

Les solutions identifiées s'appuient d'abord sur l'alerte et la coordination. Le médecin traitant reste l'interlocuteur le plus souvent mobilisé, mais les échanges montrent aussi le rôle majeur des infirmiers, des structures de coordination, des consultations mémoire, des gériatres, des équipes mobiles de gériatrie, des acteurs du champ psychiatrique pour les troubles de l'humeur ou du comportement, ainsi que des CCAS et

des dispositifs d'appui. Le programme ICOPE est cité comme un outil structurant de dépistage et d'évaluation graduée, mobilisable par des professionnels, des aidants et parfois par les personnes elles-mêmes. Les participants mentionnent aussi des ressources d'accompagnement telles que les ateliers mémoire, la Maison des aidants, France Alzheimer, les assistantes sociales, le DAC, ainsi que des dispositifs plus ciblés contre l'isolement et la détresse psychique, comme le STAPA ou MonaLisa. La place de l'accompagnement des aidants ressort comme centrale, tout comme la nécessité de laisser du temps à l'acceptation, de faire émerger les signes d'alerte sans brusquer, et de construire progressivement le recours. Les échanges soulignent enfin que l'enjeu n'est pas seulement diagnostique : il s'agit surtout d'éviter les ruptures, de sécuriser le quotidien, d'orienter au bon moment et de mieux articuler soutien médical, social, psychologique et familial.

## Perspectives envisagées

Les perspectives exprimées visent avant tout à mieux partager les repères entre professionnels et à rendre plus lisible le parcours d'orientation. Les participants souhaitent disposer de supports d'information simples, de contacts clairement identifiés et d'une meilleure visibilité des partenaires du territoire afin de ne pas laisser les familles seules face à des situations qui s'aggravent. Ils insistent aussi sur l'importance de former les acteurs de première ligne au repérage des signes d'alerte et à la distinction entre cognition, humeur, causes somatiques et fragilités sociales. Plusieurs interventions plaident pour une approche moins cloisonnée, qui considérerait davantage le lien entre troubles cognitifs, isolement, dépression, mobilité, nutrition et conditions de vie. Enfin, l'enjeu de prévention apparaît central : il s'agit de parler plus tôt de ces fragilités, d'outiller davantage les aidants et les intervenants non médicaux, et de développer des réponses graduées, acceptables et facilement mobilisables avant les situations de crise.

## 3. Mobilité

### Définition partagée

La mobilité est appréhendée de manière très large par les participants. Elle recouvre la capacité physique à se lever, marcher, se transférer, utiliser une aide technique ou se déplacer dans son domicile, mais aussi la possibilité réelle d'accéder à l'extérieur, aux soins, aux commerces, aux ateliers, à la vie sociale et aux liens ordinaires du quotidien. Elle est associée à l'autonomie, à la liberté, à l'indépendance, à la santé physique et mentale, ainsi qu'au maintien de la participation sociale. Les échanges montrent que la perte de mobilité ne se limite donc pas à une limitation fonctionnelle : elle peut entraîner isolement, renoncement, dépendance et, selon les mots employés par certains participants, une forme de "mort sociale".

### Problématiques identifiées

Les difficultés identifiées portent à la fois sur les capacités motrices, l'environnement et l'organisation territoriale. Les participants évoquent la perte de marche, le risque de chute, les obstacles dans le domicile, l'insuffisance d'aides techniques, l'absence d'aménagements ou leur mise en place trop tardive. Ils soulignent également le poids des difficultés de transport, particulièrement dans les zones rurales, pour se rendre à l'hôpital, à des ateliers, faire ses courses ou maintenir un lien social. La question de la conduite automobile apparaît comme un point de tension majeur : retirer la voiture à une personne âgée est vécu comme une perte brutale d'autonomie et peut avoir des effets psychiques importants. D'autres problématiques ressortent fortement : refus des aides à domicile, difficulté à intervenir chez quelqu'un qui reste maître chez lui, manque de formation de certains intervenants, tendance à faire à la place de la personne plutôt qu'à entretenir ses capacités restantes, coût ou complexité des dispositifs de transport, et faible culture de prévention. Les participants insistent aussi sur les effets en cascade : lorsqu'une personne ne bouge plus ou ne peut plus sortir, cela dégrade la nutrition, l'humeur, la cognition, l'accès aux soins et la charge des aidants.

## Solutions existantes

Les solutions recensées relèvent de plusieurs registres complémentaires. Sur le plan du soin, les kinésithérapeutes sont identifiés comme des acteurs centraux pour le bilan, la rééducation, l'évaluation du risque de chute, la mise en place d'aides techniques à la marche et le maintien des transferts et déplacements utiles à la vie quotidienne. Les infirmiers, médecins, ergothérapeutes et dispositifs de coordination jouent un rôle de repérage, d'alerte, d'adaptation du domicile et d'orientation. Plusieurs actions de prévention et de remise en mouvement sont aussi mentionnées : activité physique adaptée, ateliers communaux, danse assise, clubs de marche, Prescri'mouv' et autres initiatives territoriales visant à réengager les seniors dans le mouvement. Concernant les déplacements, les participants citent divers dispositifs : accompagnement aux courses par les auxiliaires de vie, transports adaptés, aides relevant de la MDPH ou de la PCH, solutions locales de navette, et recours à des prestations comme Sortir Plus dans certaines situations. D'autres réponses relèvent de la lutte contre l'isolement, par exemple via STAPA ou MonaLisa, lorsque la perte de mobilité entraîne aussi des conséquences psychiques et sociales. Enfin, certaines communes mettent en place des aménagements de l'espace public, comme des bancs sur les parcours du quotidien, et les échanges soulignent l'importance de l'accessibilité des trottoirs et des cheminements pour rendre la mobilité réellement possible.

## Perspectives envisagées

Les perspectives formulées dans les échanges vont vers une approche plus préventive, coordonnée et territorialisée de la mobilité. Les participants plaident pour un meilleur recensement des ressources existantes, une circulation plus fluide de l'information entre professionnels, élus, associations et familles, ainsi qu'un appui renforcé aux petites communes pour développer des actions adaptées. Il apparaît également nécessaire de promouvoir plus tôt l'activité physique, de mieux former les intervenants au maintien des capacités plutôt qu'à la substitution systématique, et de développer des réponses concrètes à la question des transports en milieu rural. Les échanges suggèrent aussi qu'une politique de mobilité favorable aux seniors ne peut être seulement sanitaire : elle doit intégrer l'urbanisme, l'accessibilité, les aides techniques, l'accompagnement social et la lutte contre l'isolement. Enfin, plusieurs interventions montrent l'intérêt d'une vigilance plus précoce aux signes de retrait, de ralentissement ou de limitation des déplacements, avant qu'ils ne deviennent des facteurs majeurs de dépendance.

## Conclusion

Au total, ces trois tables rondes mettent en évidence une vision partagée du vieillissement comme processus global, dans lequel les fragilités nutritionnelles, cognitives, psychiques et motrices s'alimentent mutuellement. Les participants décrivent un territoire riche de ressources, mais encore insuffisamment lisible pour les professionnels de première ligne, les aidants et les personnes âgées elles-mêmes. Ils expriment une forte volonté de coopération interprofessionnelle et de meilleure articulation entre champs sanitaire, social, médico-social, associatif et communal. La synthèse des échanges plaide ainsi pour un repérage plus précoce des vulnérabilités, une information plus accessible sur les recours existants, un soutien renforcé aux aidants et le développement d'actions de prévention concrètes, attractives et adaptées aux réalités locales. Plus largement, elle invite à considérer la personne âgée dans toutes les dimensions de sa vie quotidienne, en veillant à préserver autant que possible ses capacités, ses choix et sa place dans la vie sociale.

Pour illustrer les réponses des participants, un nuage de mots a été créé pour chaque thématique (voir ci-dessous).



