Année 2018/2019 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Emmanuelle FOUASSIER

Née le 26/06/1988 à Chambray-Lès-Tours (37)

Les déterminants des choix alimentaires des femmes de 75 ans et plus : étude qualitative auprès de 12 patientes d'Indre-et-Loire.

Présentée et soutenue publiquement le **30 Avril 2019** devant un jury composé de :

Président du Jury :
Professeur François MAILLOT, Médecine interne, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :
Professeur Bertrand FOUGERE, Gériatrie, Faculté de Médecine – Tours
Professeur Régis HANKARD, Pédiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Blandine HARDILLIER, Médecine générale - Marchenoir

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - *1966-1972*
Pr André GOUAZE - *1972-1994*
Pr Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*
Pr Dominique PERROTIN – *2004-2014*

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Christian BONNARD
Pr Philippe BOUGNOUX
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr Alain GOUDEAU
Pr Noël HUTEN
Pr Olivier LE FLOCH
Pr Yvon LEBRANCHU
Pr Elisabeth LECA
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Alain ROBIER
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P.BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET - J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – D. ROYERE - A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....Cardiologie
AUPART Michel.....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....Cardiologie
BALLON Nicolas.....Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....Pharmacologie clinique
BERNARD Anne .....Cardiologie
BERNARD Louis .....Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ....Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....Biochimie et biologie moléculaire
BODY Gilles .....Gynécologie et obstétrique
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....Physiologie
BRILHAULT Jean.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....Urologie
BUCHLER Matthias.....Néphrologie
CALAIS Gilles.....Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent .....Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques.....Parasitologie, mycologie
COLOMBAT Philippe.....Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand .....Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....Anatomie
DIOT Patrice.....Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri .....Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal .....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....Réanimation
FAUCHIER Laurent .....Cardiologie
FAVARD Luc.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....Gériatrie
FOUQUET Bernard.....Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOGA Dominique.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUPILLE Philippe .....Rhumatologie
GRUEL Yves.....Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge .....Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....Urologie
HALIMI Jean-Michel.....Thérapeutique
HANKARD Régis.....Pédiatrie
HERAULT Olivier .....Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....Biologie cellulaire
LABARTHE François .....Pédiatrie
LAFFON Marc .....Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....Pneumologie

MARRET Henri .....Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....Rhumatologie
ODENT Thierry.....Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe .....Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles .....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck .....Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....Physiologie
REMERAND Francis .....Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....Génétique
VAILLANT Loïc.....Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....Anatomie
VOURC'H Patrick.....Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
POTIER Alain.....Médecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David.....Physiologie
BARBIER Louise.....Chirurgie digestive
BERHOUET Julien.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe.....Biostat., informatique médical et technologies de communication
BRUNAULT Paul .....Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie .....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....Biophysique et médecine nucléaire
FAVRAIS Géraldine .....Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....Néphrologie
GOUILLEUX Valérie.....Immunologie
GUILLON Antoine.....Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille .....Immunologie
IVANES Fabrice .....Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine .....Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....Biochimie et biologie moléculaire

REROLLE Camille.....Médecine légale
ROUMY Jérôme.....Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....Néphrologie
TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess.....Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences
BOREL Stéphanie.....Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse.....Médecine Générale
MONJAUZE Cécile.....Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe.....Médecine Générale
SAMKO Boris.....Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves.....Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice.....Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
LE PAPE Alain.....Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie
DELORE Claire.....Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle.....Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie
LALA Emmanuelle.....Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel.....Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale
BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur François Maillot,

Pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de ma thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Régis Hankard,

Pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail et de siéger dans mon jury. Soyez assuré de mon plus profond respect et veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le Professeur Bertrand Fougère,

Pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail et de siéger dans mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde considération ainsi que mes vifs remerciements.

A Madame le Docteur Blandine Hardillier,

Pour ta passion pour ton métier, pour m'avoir initiée à la médecine générale et m'avoir soutenue durant les étapes de ma vie... Je suis profondément touchée que tu aies accepté de te lancer dans cette aventure à mes côtés. Merci pour tes conseils et ta disponibilité tout au long de ce travail.

A JB, à notre Amour, à ta présence auprès de moi, à ton soutien inconditionnel, à notre histoire, à notre vie ensemble.

A mes parents, à tous nos moments précieux, je vous aime tellement. Merci d'être à mes côtés chaque jour de ma vie.

A ma soeur, à notre enfance, à notre passion commune pour la nature et les animaux ! A ton courage, à ta force de ne pas faire comme tout le monde. Je t'aime et je suis fière de toi.

A mes grands-parents, à tous les souvenirs gravés.

A mon oncle et ma tante, à Delphine et Sarah, loin des yeux mais pas loin du coeur...

A Nathalie, Charles, Anaïs, Rapha et Pierre, à votre soutien et à nos week-end nature-animaux-belote ! A toute ma famille...

A Betty, Pascal, Mamie, Papi, Arthur, Rebecca, Alban, Hector, Valérie, Hugo, Laurence, Véro, Jean-Paul, Barbara, Capucine, Loulou, Nico, Monique, Jean-Claude... A cette magnifique famille qui m'a accueillie chaleureusement et simplement, et que j'aime.

A Anne-Cé, mon somon, ma presque-soeur, à notre complicité et notre amitié précieuse depuis les bancs du collège.

A mes amis, ma deuxième famille... Camille, Mathilde, Clém, Arnold, Cilu, Guigui, Hannah, Const,, Amélie, Jérôme, Max, Lucie, Daisy, Tistba, Nono, Pierre, Anne-So, Gus, Clo, Paul, Tété, Marie, Bobo, Antoine, Françou, Morgane, Loulou, Féfé, Margaux, Chouchou, Gui, Claro, PA, Elise, Gatoun, Kakou, Ben doo, Armelle, Pauline, Antoine, Lothie, Quentin... et à tous les autres qui sont dans mes pensées, à cette chance précieuse que j'ai de vous avoir à mes côtés !

A Aurore, Renaud, Merwan, Junien... A tous mes co-internes et à toutes les équipes rencontrées pendant l'internat.

Aux maîtres de stage et aux médecins hospitaliers, pour m'avoir accompagnée avec bienveillance et m'avoir transmis vos connaissances lors de l'internat.

Aux Docteurs Cécile Renoux et Maxime Pautrat, au Professeur Jean-Pierre Lebeau, pour m'avoir aidée à la méthodologie qualitative.

Aux Docteurs Edouard de Germay, Christian Rafin, Alain Aumaréchal, à Nathalie, Claude, Anne, Tiphaine, Sandrine, Isabelle, pour m'avoir permis de commencer sereinement les remplacements de médecine générale.

A toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette étude, pour votre accueil et votre sourire.

A Buster et Lila, mes fidèles compagnons, et à tous les animaux qui ont partagé ma vie.

RESUME

Introduction : L'alimentation est au cœur de la stratégie globale du " bien vieillir ". La prévalence de la dénutrition est estimée entre 4 et 10 % des personnes âgées à domicile. Les femmes de 75 ans et plus sont à risque de dénutrition et leur rôle quotidien concernant l'alimentation est majeur. L'objectif était d'explorer les déterminants des choix alimentaires des femmes de 75 ans ou plus, autonomes à domicile, en Indre-et-Loire, afin de mieux cibler notre discours de médecin généraliste.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 femmes de 75 ans et plus, autonomes à domicile. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale et analyse thématique du contenu.

Résultats : Sept grands types de déterminants qui conditionnent les choix alimentaires de ces femmes ont été mis en évidence : cognitifs, sensoriels, sociaux, environnementaux, les sources d'information, les croyances nutritionnelles et la santé.

Discussion : Le plaisir, éprouvé par les sens mais aussi par la remémoration de souvenirs et par la convivialité, était le principal déterminant des choix alimentaires de ces femmes. Les déterminants cognitifs et sociaux étaient majeurs, au détriment des déterminants purement sensoriels. La dimension " santé " de l'alimentation était un critère notable. La symbolique autour des aliments, ainsi que leurs habitudes, étaient ancrées dans leur quotidien et étaient difficilement modifiables.

Conclusion : L'alimentation est le support de représentations mentales. Les choix alimentaires des femmes de 75 ans et plus sont conditionnés par un ensemble de déterminants individuels et collectifs, qu'il conviendrait de rechercher lors d'une consultation annuelle dédiée de médecine générale, pour prévenir l'installation insidieuse de la dénutrition.

Mots clés : choix alimentaires, femmes, gériatrie, médecine générale, étude qualitative.

ABSTRACT

Introduction : Food is at the heart of the overall strategy of "aging well". The prevalence of undernutrition is estimated between 4 and 10% of elderly people at home. Women aged 75 and over are at risk of undernutrition and their daily role in food is major. The goal was to explore the determinants of food choices for women aged 75 and over, independent at home, in Indre-et-Loire, in order to adapt in a better way our speech as a general practitioner.

Method : Qualitative study by semi-structured interviews with 12 women aged 75 and over, independent at home. Recording the interviews, full transcription and thematic analysis of their content.

Results : Seven main types of determinants that affect the food choices of these women have been highlighted : cognitive, sensory, social, environmental, nutritional beliefs, sources of information and health.

Discussion : The pleasure, felt by the senses but also by the recollection of memories and by the conviviality, was the main determinant of the food choices of these women. Cognitive and social determinants were major, to the detriment of purely sensory determinants. The " health " dimension of food was a significant determinant. The symbolism around food, as well as their habits, were rooted in their daily lives and were difficult to change.

Conclusion : Food is the support of mental representations. The food choices of women aged 75 and over are conditioned by a set of individual and collective determinants, which should be sought during a dedicated annual consultation of general medicine, to prevent the insidious installation of undernutrition.

Keywords : food choices, women, geriatrics, general medicine, qualitative study.

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PNA : Programme National pour l'Alimentation

MMS : Mini Mental State

INRA : Institut National de la Recherche Agronomique

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION ……13

II. MATERIELS ET METHODE……..15

1. Type d'étude……15
2. Population……15
3. Recueil des données……16
4. Analyse des données……17

III. RESULTATS……..18

1. Les déterminants cognitifs……19
2. Les déterminants sensoriels……22
3. Les déterminants sociaux……25
4. Les déterminants environnementaux……29
5. Les sources d'information……32
6. Les croyances nutritionnelles…… ……34
7. Le déterminant « Santé »…… 40
8. La perception de l'alimentation……42

IV. DISCUSSION……..44

1. Concernant les résultats……44
2. Forces et limites de l'étude……56

V. CONCLUSION……..58

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES……..60

ANNEXES……64

Annexe 1 : Glossaire……64
Annexe 2 : Lettre d'information aux patientes……65
Annexe 3 : Trame d'entretien……66
Annexe 4 : Verbatims à partir du compte rendu de terrain de l'entretien n°4……68

I. INTRODUCTION

Vieillir est un phénomène universel, continu et irréversible qui ne constitue en rien une pathologie. Il n'existe pas " une vieillesse ", mais une infinité de " vieillissements " (1).

L'amélioration des conditions de vie, dont l'alimentation, les progrès de la médecine et le changement des mœurs sont, entre autres évolutions, les raisons qui permettent aux individus de vivre plus longtemps, notamment les femmes qui ont une espérance de vie plus longue que les hommes (2). L'augmentation de l'espérance de vie et l'état de santé des jeunes retraités rendent moins pertinent le seuil de vieillesse de 65 ans initialement utilisé par l'OMS (3,4). C'est autour de l'âge de 75 ans que la santé se dégrade, entraînant des vulnérabilités durables (4).

Selon l'INSEE, les plus de 75 ans représenteraient 9,3% de la population générale au 1er janvier 2019 (soit 11 % de femmes et 7,5 % d'hommes) (5). En 2030, ils représenteront 12,2% de la population nationale puis 17,9% en 2070 (6). Dans les années à venir, le vieillissement de la population va exposer notre société à de grands enjeux économiques et d'organisation de la santé (7). Ce gain d'espérance de vie serait d'autant plus bénéfique si les individus conservaient leur autonomie physique et mentale.

De nombreux travaux ont mis en avant le rôle déterminant des facteurs nutritionnels pour retarder le vieillissement usuel et prévenir, ou du moins limiter, la survenue des pathologies liées au vieillissement (8,9). Malgré l'existence de recommandations nutritionnelles disponibles et prônées par le PNNS et le PNA, la prévalence de la dénutrition est estimée entre 4 et 10 % chez les personnes âgées à domicile (3,7,10,11). Elle est à l'origine d'une augmentation de la morbidité, de la mortalité et d'une dégradation de la qualité de vie (12,13). L'étude SOLINUT a révélé une nette diminution des apports énergétiques avec l'âge que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Parmi 62 sujets consommant moins de 1 500 kilocalories par jour, 88,7% étaient des femmes (âge moyen 81,9 ans) (1).

Les femmes septuagénaires et octogénaires sont nées durant une période où mari et femme tenaient des rôles différenciés. La femme se voyait généralement attribuer un rôle familial, notamment autour de la préparation des repas. Il semble donc intéressant de cibler cette population, à risque de dénutrition, et dont le rôle quotidien concernant l'alimentation est majeur.

L'évaluation du statut nutritionnel chez les personnes âgées, quelles que soient leurs conditions de vie, est primordiale que ce soit en terme de prévention comme à la mise en place d'interventions précoces. Cependant, en Médecine Générale, elle est rarement effectuée. Pourtant, 72 % des médecins généralistes considèrent l'éducation nutritionnelle comme étant de leur responsabilité (14). Pour Monique Ferry *et al.*, c'est en amont de la survenue de l'isolement et de la dénutrition que nous devons agir (1).

L'objectif de ce travail était d'explorer les déterminants des choix alimentaires des femmes de 75 ans et plus, autonomes à domicile, en Indre-et-Loire, afin de mieux cibler notre discours de médecin généraliste, pour prévenir l'installation insidieuse de cette dénutrition.

II. MATERIELS ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête qualitative*[1] menée par entretiens semi-dirigés*. La recherche qualitative étudie les phénomènes complexes dans leur milieu naturel, s'efforce de leur donner un sens, et de les interpréter au travers des significations que les gens leur donnent. Le raisonnement est inductif, contrairement au raisonnement déductif où l'on vérifie statistiquement une hypothèse.

2. Population

Certaines patientes ont été recrutées dans la patientèle de médecins généralistes lors de remplacements de l'enquêteur, d'autres par connaissance. Lorsqu'une patiente répondait aux critères d'inclusion, l'enquêteur lui proposait de répondre à un entretien concernant l'alimentation, sans autre précision, afin qu'elle ne puisse pas réfléchir aux thèmes abordés. Il lui remettait alors une lettre d'information (Annexe 2).
Aucun refus de la part des patientes sollicitées n'a été exprimé. Un rendez-vous était alors fixé, avec leur accord oral.

Les *critères d'inclusion* étaient :
- Etre une femme de 75 ans ou plus,
- Vivre à domicile,
- Ne nécessiter aucune aide à domicile,
- Avoir un niveau cognitif considéré comme suffisant (pas de pathologie cognitive connue dans le dossier médical),
- Une pathologie chronique maximum.

Les *critères d'exclusion* étaient :
- Régime prescrit par un professionnel de santé en rapport avec une pathologie.

[1] Les mots suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire (Annexe 1).

- Pathologie aiguë en cours.
- Diagnostic de pathologie cognitive dans le dossier médical.
- Non autonome à domicile.

Les *critères de variation* étaient :
- Le mode de vie,
- La nationalité,
- La zone d'habitation (rurale, semi-rurale, urbaine). Elle était définie comme rurale lorsque la commune avait une population de moins de 2000 habitants, semi-rurale entre 2000 et 5000 habitants, et urbaine au-delà de 5000 habitants.
- La profession exercée,
- L'IMC,
- La consommation de produits issus du potager personnel.

3. Recueil des données

Douze entretiens individuels* semi-dirigés ont été réalisés de Janvier à Septembre 2018. Le nombre d'entretiens a été déterminé par la saturation* des données.

La trame d'entretien* a été préalablement définie à partir de données de la littérature et d'hypothèses émises par l'enquêteur (1,15-18). Elle a été modifiée et enrichie au fur et à mesure des entretiens, en fonction du discours des patientes (Annexe 3). Elle comportait huit questions principales, et des questions de relance si les patientes ne couvraient pas les points importants. Cinq thèmes principaux ont été abordés :

· Introduction : Question " brise-glace " afin d'initier la discussion et le contexte.
· thème 1 : Les habitudes.
· thème 2 : Les connaissances nutritionnelles.
· thème 3 : Le poids.
· thème 4 : L'influence de l'environnement.
· Conclusion : La perception de l'alimentation.

Les différents thèmes n'ont pas forcément été abordés dans l'ordre, pour que l'entretien soit le plus fluide possible en fonction des réponses des patientes.

Les entretiens ont été réalisés à leur domicile, à l'exception de deux, réalisés sur le lieu d'exercice de leur bénévolat, dans une salle au calme. Après accord oral de chaque patiente, ils ont été intégralement enregistrés avec un dictaphone numérique, et anonymisés. Ils ont été retranscrits* intégralement mot à mot, au fur et à mesure, afin de constituer les verbatims* et de ne perdre aucune donnée. Les hésitations, silences, rires ont également été précisés. Un échantillon de verbatims figure en annexe (Annexe 4). Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés par un unique enquêteur.

4. Analyse des données

Une analyse thématique* du contenu a été réalisée selon plusieurs étapes (19). Dans les verbatims d'un même entretien, un mot ou un groupe de mots signifiant a été repéré, constituant un code ouvert*. Les codes* similaires ou apparentés ont été catégorisés* en thèmes. Ces thèmes ont ensuite été articulés entre eux, en thèmes et sous-thèmes, dans un arbre thématique final. Cette troisième opération permettait d'avoir une représentation structurée du contenu analysé. L'enquêteur a procédé ainsi pour chacun des entretiens, et a enrichi au fur et à mesure son arbre thématique.

La thématisation était continue : chacun des entretiens étant analysé linéairement, du début à la fin, pour une identification progressive et exhaustive des thèmes. Le codage des verbatims et l'interprétation ont été supervisés par le directeur de thèse.

La saturation des données a été observée au neuvième entretien, et a été confirmée par la réalisation de trois entretiens supplémentaires.

Une déclaration à la CNIL a été faite avant de débuter les entretiens (numéro 2017_105).

III. RESULTATS

Douze patientes ont été interviewées. L'âge moyen était de 79 ans (variant de 75 à 87 ans). Les caractéristiques des participantes sont détaillées dans le *Tableau 1.* La durée moyenne des enregistrements était de 34 minutes avec des extrêmes de 18 à 51 minutes.

Tableau 1 : Caractéristiques des patientes interrogées.

Patiente	***Age***	***Nationalité***	***Mode de vie***	***IMC***	***Profession exercée***	***Pathologie chronique***	***Zone d'habitation***	***Potager***
P 1	75	Française	Seule	20	Cadre	0	semi-rurale	NON
P 2	81	Française	Seule	25	Caissière	1	urbaine	NON
P 3	77	Portugaise	Seule	20	Femme de Ménage	1	rurale	OUI
P 4	77	Française	Seule	24	Assistante Maternelle	1	semi-rurale	NON
P 5	87	Française	Seule	23	Institutrice	1	urbaine	NON
P 6	76	Portugaise	En couple	24	Ouvrière	1	semi-rurale	NON
P 7	75	Française	En couple	19	Ouvrière	0	rurale	OUI
P 8	86	Française	En couple	24	Secrétaire	1	urbaine	NON
P 9	80	Française	En couple	26	Aide-soignante	1	urbaine	NON
P 10	75	Française	En couple	27	Comptable	1	rurale	OUI
P 11	87	Française	En couple	19	Secrétaire	1	semi-rurale	NON
P 12	79	Française	En couple	23	Buraliste	1	urbaine	NON

IMC = Indice de Masse Corporelle

1. Les déterminants cognitifs

L'enfance et la tradition

La période de l'**enfance** était un thème constant lors des entretiens. *" La cuisine de l'enfance elle reste "* (P3). La référence à la **cuisine de leur maman** était récurrente et connotée émotionnellement. *" Parfois je dis à mon mari je me rappelle ma mère quand on faisait un lapin à la cocotte, moi j'ai beau faire un lapin je trouve qu'il n'a pas le même goût ! "* (P7). Ces plats, habituellement consommés dans l'**enfance**, étaient définis comme **familiers.** *" Je préfère rester comme j'ai été élevée si vous voulez, avec des viandes qui me sont familières "* (P1). Ils étaient **simples** à cuisiner car les produits étaient **habituels** et facilement **identifiables.** " *Pareil quand je fais ma mayo je la prépare en avance, je ne mets jamais de sel et de poivre, je mets ma moutarde point final "* (P10). Ils étaient cuisinés à l'âge adulte pour la famille, ou quand les enfants étaient encore à la maison. Les patientes se sentaient **sécurisées** par la consommation de ces aliments. " *C'est ce qui me guide en fait, la cuisine de mon enfance, de ma maman "* (P1).

La consommation de certains aliments rappelait aux patientes des **souvenirs**, connotés **positivement**... *" Quand on était à la ferme y'avait des pommes, des pommiers, mon père faisait faire du cidre c'était bon j'aimais bien ! On prenait à la paille dans le pressoir, on allait boire les jours de presse "* (P11) ; ou bien **négativement...** *" Certains nouveaux légumes, il y en a qui ressortent comme les topinambours, les choses comme ça qu'on mangeait pas à l'époque, qu'on pensait que c'étaient des légumes plutôt pour les cochons "* (P1) ; *" Ah non j'veux pas les sucrettes ça me rappelle trop la guerre "* (P2).

Les plats **non familiers** étaient considérés **complexes**. Il était difficile d'intégrer les **" nouveaux aliments "** au quotidien. *" Le tofu j'ai essayé, j'en ai racheté là justement pour remplacer la viande un jour par semaine, mais je sais pas trop comment le cuisiner "* (P11). La nourriture " moderne " n'était **pas rassasiante**, et considérée **trop chère.** *" Un petit bout de truc, c'est tout petit c'est les couleurs et puis un petit trait là comme ça une signature ! [Elle mime l'assiette] Qu'est-ce que t'as à manger alors que ça coûte la peau des fesses, ah moi j'aime pas ça ! "* (P4).

Elles étaient attachées à la cuisine de leur **région** ou de leur **pays d'origine.** *" Des plats de chez nous j'y suis attachée, par exemple des plats avec de la morue qu'ils font pas ici, que nous on fait. Je les cuisine encore, quand mon fils vient "* (P3). Ces plats étaient surtout reproduits lors des moments **conviviaux**, en famille, mais rarement au quotidien car trop copieux, ou nécessitant des produits qu'elles n'achetaient qu'occasionnellement. *" Le bœuf mode, la blanquette à l'ancienne, le civet de lapin au vin rouge, quand je fais ça tout le monde se régale ici, mais j'en fais une fois par an "* (P12).

Elles pensaient que **l'alimentation de l'enfance** avait des répercussions sur la vie d'adulte. *" Pour moi quand tu es petit tu te prépares à ce que tu vas être plus tard "* (P1). Finalement, leur **éducation alimentaire** restait ancrée dans leurs **habitudes** actuelles. *" Moi j'ai eu des parents qui nous ont rendus responsables très jeunes donc ils nous ont appris qu'il y a des choses qui ne se font pas aussi bien dans la nourriture que dans la boisson "* (P5).

L'effet générationnel

Toutes les patientes étaient nées durant la **Seconde Guerre Mondiale**. Elles avaient spontanément évoqué cette période de **restriction** qui avait clairement influencé leur rapport à l'alimentation. *" Ba moi j'pense qu'on a ça parce que moi j'ai connu la guerre quand même 44 ba oui... Alors vous savez on est marqués... On est marqués quelque part. "* (P2). Elles relataient une période où l'accès à la nourriture était difficile et elles mangeaient ce qui était **disponible**, sans se plaindre. *" 44-45 après la guerre on n'avait rien, j'ai vu des fois manger des tartines de saindoux à 4 h, on s'y habituait "* (P4) ; *" Comme les ragoûts avec la sauce blanche, on était habitués on trouvait ça bon, et puis ça remplissait l'estomac, tu repartais à l'école t'avais pas le ventre vide "* (P4). Elles n'avaient de toute façon **pas le choix** de consommer autre chose. *" J'aimais le goût, on m'aurait donnée de l'huile d'olive j'aurais mangé de l'huile d'olive, j'allais pas dire à ma mère " ah non je veux de la cuisine au beurre ! " Elle aurait dit mais d'où tu sors toi! "* (P5).

Toutes les patientes avaient grandi à la **campagne**, quelque soit leur pays d'origine. La nourriture de leur enfance était **simple**, **locale** et considérée **saine**. Leurs parents cuisinaient ce qui était disponible selon la **saison.** *" Et une nourriture saine, mon père faisait son jardin, c'étaient des légumes, ma mère faisait des lapins, des poules, on mangeait ce qu'on avait sous la main "* (P4). Elles revendiquaient **l'absence d'utilisation de pesticides** lors de leur enfance *" J'ai vécu au soleil, c'était tout du bio parce qu'à l'époque y'avait pas de pesticides, y'a 87 ans y'avait pas de pesticides "* (P5) ; ce qu'elles considéraient comme une chance et comme un **facteur protecteur** contre la survenue de maladie à l'âge adulte. *" Je pense que mon enfance a été une très bonne chose pour ma santé "* (P5).

A l'inverse, d'autres considéraient la période de guerre et de restriction alimentaire comme étant à l'origine d'une **mauvaise croissance osseuse** dans l'enfance, et ayant pour conséquence des **pathologies osseuses** à l'âge adulte. *" Vous savez moi j'étais une enfant de la guerre, j'étais jeune, on n'avait pas une alimentation pendant cinq ans très très bonne, d'ailleurs j'ai eu des problèmes d'os plus tard "* (P8). Malgré cela, elles considéraient que les enfants de leur génération étaient plus **résistants physiquement** que ceux d'aujourd'hui... *" Moi j'ai pas pris de médicament du tout quand j'étais jeune, jusqu'à 18 ans j'ai jamais été malade, et même si on était un peu malade ça passait comme ça avec des herbes et autre chose! On était plus résistants " (P6)*... et **moins difficiles** ! *" Nous on n'était pas si difficiles que ça, ma mère elle faisait ce qu'elle voulait. Je pense que c'est générationnel. "* (P9).

Toutes les patientes continuaient de manger fréquemment des **abats**, aliment beaucoup consommé à l'époque. *" Par contre je mange du foie, une fois par mois à peu près. C'est une habitude. C'est vieux "* (P2) ; *" Je mange du foie, avant-hier j'ai mangé des rognons, que je me suis achetée, j'adore les abats, que j'achète chez le p'tit charcutier du coin "* (P5). L'**huile de foie de morue**, consommée dans l'enfance en tant que substitut thérapeutique, permettait de **renforcer leur organisme**. *" Quand j'étais petite, je mangeais pas beaucoup, fallait donner de l'huile de foie de morue parce que ça donnait de la force "* (P3). Certaines faisaient encore des **cures** pour préserver leur capital en **Vitamine D.** *" J'ai fait une cure au printemps et une au mois d'octobre, et ba je me fais une cuillère à café tous les jours ça fait 6 semaines à peu près. J'ai rien besoin d'autre! Et puis je vais vous dire ma peau elle est au top! "* (P10).

Elles ne toléraient pas le **gâchis alimentaire** actuel engendré par la production, qu'elles considéraient aberrant. *" C'est trop gaspillé, qu'est-ce que ça peut jeter ! Quand on voit dans les poubelles ou dans les supermarchés ! "* (P4) ; *" Et puis on ne jette pas, ça me tient à cœur " (P6).* Elles avaient la volonté de **transmettre ces valeurs** à leurs enfants. *" Et puis mes enfants je les ai élevés comme ça et puis ils sont comme ça aussi "* (P4).

Les femmes de cette génération avaient un rôle central pour la **préparation des repas**. Celui-ci était soit apprécié, soit subi et donc vécu comme une **contrainte**. *" Et puis mon mari il est beaucoup moins difficile qu'il était, parce qu'il fallait pas manger deux fois de suite la même chose, donc c'était la cuisine la cuisine "* (P6). Le **mari** avait, quant à lui, un rôle prépondérant dans le choix des menus. La plupart des patientes vivant en couple avouaient **s'adapter** en priorité aux goûts de leur mari. *" Par contre mon mari, par exemple, il n'aime pas la morue, il n'aime pas l'agneau. Alors c'est des choses que je ne mets jamais au menu, je m'adapte en fonction de lui "* (P11). D'autres décidaient de **s'adapter** l'un à l'autre et d'**alterner** les choix. *" On mange pareil mais on se force à manger pareil "* (P7).

2. Les déterminants sensoriels

Le plaisir par le goût

Les patientes tenaient à ce que l'alimentation soit un **plaisir quotidien.** *" Le plus important c'est de se faire plaisir "* (P9). Elles ne se forçaient donc pas à consommer des aliments non appréciés. *" Je ne m'oblige pas à manger. Même si par exemple on me disait il faut manger des gâteaux parce que c'est bon pour la santé je sais pas si j'en mangerais "* (P5). Elles s'affranchissaient de certaines **contraintes diététiques**. *" Vous savez quand j'achète un tournedos il y a le gras ba j'le mange. C'est pas un problème ! Le gras du jambon j'adore ça je le mange aussi "* (P3). Le but du repas était aussi de **faire plaisir** à son entourage. *" ça nous fait aussi plaisir qu'à eux quand on voit que les gens sont contents "* (P6).

Elles aimaient **expérimenter de nouveaux goûts**." *Alors je goûte et si ça ne me plaît pas je n'y retourne pas, ça je n'en refais pas! Je fais en fonction du goût."* (P12).

Les dents !

Un **bon état dentaire** permettait de continuer à **manger comme avant**, sans rien avoir à exclure. Elles le considéraient **nécessaire** pour leur permettre de choisir les aliments sans tenir compte de la **texture**. *" Il faut bien mâcher, avoir des bonnes dents ! "* (P9) ; *" Moi ce sont mes vraies dents et ça coupe bien ! "* (P11). Sinon, elles étaient obligées de s'adapter. *" Parce que je ne peux plus croquer avec mes dents donc je les passe au mouli persil. "* (P2).

Le bien-être

Le **confort digestif** était un des critères majeurs de leurs choix : un aliment entraînant un inconfort était évité voire exclu. *" Maintenant je fais attention aussi au pain je me suis rendue compte que ça me donne mal au ventre "* (P4). Une consommation de **légumes** et de **fruits** permettait un meilleur **transit**, critère de **bien-être.** *" Je prends un kiwi [...] C'est comme ça je fais pour aider mon transit et me sentir bien "* (P6) ; *" Mais sinon on peut dire qu'on mange de tout et on a un transit parfait, c'est justement depuis qu'on mange des légumes, des fruits, salade le soir. "* (P11).

Elles respectaient leur **satiété** et préféraient consommer en **petites quantités** pour ne pas éprouver d'**inconfort**. *" A sa faim mais pas trop, si on est gavés en sortant de table c'est pas bien. Il faut sentir qu'on a mangé mais il ne faut pas être gêné. Plutôt le confort digestif "* (P12). Le respect de leurs **sensations corporelles** avait, selon elles, un impact positif sur la **santé** et leur permettait de se **sentir bien**. *" Je suis bien quand je mange du poisson [...] ça me fait du bien, ça me renforce, j'aime bien. "* (P3).

Le corps

Les **modifications du corps** en vieillissant pouvaient être **difficiles à accepter** pour certaines. *" Je voudrais perdre 10 kilos, je me vois grosse olalala ! Ça m'énerve vous pouvez pas savoir ! [...] J'ai tellement été habituée à être mince que l'aspect physique me dérange "* (P4).

Pour d'autres c'était une **normalité**, ce qui leur permettait de se sentir bien dans leur tête. Le vieillissement permettait de **s'affranchir** des contraintes actuelles de beauté. " *Parce que comme tout le monde j'ai été très mince j'ai été jolie j'ai été tout. Maintenant j'ai grossi j'ai vieilli j'ai grossi et alors... mais alors ça n'est plus du tout mon problème !!!* " (P5).

Elles avaient conscience que leur alimentation avait **changé en vieillissant**. " *Je mange différemment en vieillissant, quand on est jeune on en entend moins parler donc on fait moins attention* " (P6). La **perte d'appétit** et l'**amaigrissement** étaient considérés **normaux**. " *J'ai appris à être moins gourmande, en prenant de l'âge ça vient automatiquement* " (P12). Elles considéraient avoir **moins besoin de manger** même si elles avaient une **activité physique régulière** " *Maintenant j'en mange qu'une [tranche de viande], parce que je n'éprouve plus le besoin, et pourtant je suis active, je fais mon jardin* " (P10) ; contrairement aux **hommes**. " *Ils vont faire du bois, eux vers 9h-9h30 ils se font des œufs ou des rillettes, du pâté, mais après c'est dur comme travail* " (P7).

Vieillir était synonyme de **fragilité.** " *Parce que quand tu vieillis t'as tous les soucis de santé qui te tombent sur le coin du nez !* " (P10). Elles se devaient donc d'être **vigilantes** quant à leur alimentation, pour **se protéger.** " *Ton corps a quand même besoin d'être alimenté, t'es obligée de l'alimenter donc ce qu'il y a, c'est qu'il faut faire attention à ce que tu manges* " (P10).

Le corps et **l'esprit** étaient indissociables pour l'une des patientes. " *Autrement et ba là-dedans ça va plus aller [elle me montre sa tête] [...] Manger équilibré pour moi c'est pouvoir rester bien dans ma peau et bien dans ma tête* " (P5). Le corps était aussi imprégné de leur **histoire**, **témoin de leur vie**. Il était de leur devoir d'en **prendre soin** car il n'était pas échangeable. " *Vous le garderez toute votre vie, et c'est la seule chose que vous garderez toute votre vie, tout le reste ça ne fera que passer, sauf votre corps, alors il faudra le garder en bon état, alors il faudra tout faire pour qu'il soit en bonne santé, le corps et là-dedans [elle me montre sa tête].* " (P5).

3. Les déterminants sociaux

Les habitudes

Les habitudes les **rassuraient** et leur permettaient d'avoir **confiance en leurs choix.** *" Ce sont des habitudes que j'ai, je trouve que c'est mieux de manger, enfin c'est peut-être pas mieux c'est dans ma tête à moi ! "* (P7). Les habitudes étaient **ancrées dans leur quotidien** et étaient **difficilement modifiables.** *" Par exemple je suis bien persuadée, j'en suis sûre même si vous essayez vainement de me prouver que j'ai tort "* (P5) ; *" Mais c'est réservé pour le midi, mon mari des fois il me demande pourquoi, ba je lui dis parce que c'est comme ça ! [rires] Pas le soir ! "* (P7).

Le veuvage et la solitude

Le **veuvage** constituait une étape cruciale dans la modification de leurs habitudes alimentaires. " *Ah oui c'est sûr je fais pas des cuisines comme je faisais quand mon mari était là, je faisais quand même des plats des ragoûts des trucs comme ça, que maintenant j'en fais pas "* (P3). La **solitude** du repas devenait source de **tristesse**, et ne faisait que renforcer leur sentiment d'**exclusion.** *" C'est la solitude, de te retrouver toute seule devant ton assiette et tout, je sais pas c'est pas agréable. "* (P2).

La plupart des patientes veuves, ou vivant seules, avaient tendance à **moins manger** et à **expédier leur repas** car elles avaient **moins d'appétit**. Elles consacraient **moins de temps à la cuisine** que lorsqu'elles vivaient en couple. *" Oui on se nourrit moins bien, on ne cuisine plus. On n'a plus envie [...] On fait des trucs vite fait "* (P2) ; *" La motivation c'est d'être à deux, si t'es seule tu cherches pas. Et t'as pas faim "* (P10). Certaines mangeaient simplement parce qu'il fallait **se nourrir pour vivre.** *" Je vais pas vous dire que c'est un plaisir non plus de manger. On se force en vieillissant. Parce qu'il faut manger sinon et ba j'men passerais bien. "* (P2).

L'alimentation pouvait aussi être une source de **réconfort** face à la **solitude** ou à **l'inquiétude,** et entraîner des **grignotages.** *" La nourriture c'est un petit peu mon refuge [...] je suis souvent stressée donc j'ai plus tendance à manger [...] enfin c'est pas de la faim c'est plutôt l'envie de grignoter "* (P16). Une des patientes veuves avouait trouver un **réconfort** en buvant tous les

soirs un apéritif pour oublier sa solitude. L'alcool devenait alors un **échappatoire**, une alternative au **moment redouté de dîner seule.** *" C'est souvent le soir devant la télé vous savez je m'ennuie, c'est un réconfort vous voyez [...] ça passe un petit moment, t'oublies tout, tu regardes la télé tu bois ton p'tit rhum et voilà "* (P12).

Pour d'autres, le veuvage permettait de **se libérer de la contrainte de cuisiner**, rôle parfois **imposé** durant la vie familiale. *" Quand je me suis retrouvée veuve y'a bientôt 40 ans, je n'ai plus voulu cuisiner. J'ai dit j'ai fait la bouffe pendant 27 ans, je n'veux plus prendre une casserole ! "* (P5). Une seule des patientes veuves interviewées **déjeunait quasiment tous les jours au restaurant** car elle n'aimait pas cuisiner. *" Et puis je mange dehors parce que j'aime pas faire la cuisine alors souvent je mange dehors, je mange le plat du jour parce que mes moyens ne me permettent pas d'aller chez Barrier [rires] tous les jours ! "* (P5). L'alimentation restait pour elle un **plaisir**, même seule. Elle voulait continuer à **bien manger** et **prendre soin d'elle**. *" Seule ou accompagnée, j'ai pas besoin de quelqu'un je suis très bien toute seule "* (P5).

Des normes sociales à respecter

L'alimentation nécessitait une **organisation** au quotidien. Certaines patientes, même seules, considéraient le repas comme un moment **privilégié** de leur journée, dont elles devaient profiter. *" Parce que manger pour moi c'est un plaisir, bien que je sois assez souvent seule, je mange là dans ma cuisine, je regarde les gens en bas qui passent et je trouve que c'est un bon moment de manger ! "* (P5). Le repas était **ritualisé** et encadré par des **normes sociales** : il devait être pris **à table**, **assise** confortablement, en respectant les **horaires** du **petit-déjeuner**, **déjeuner** et **dîner**. *" Sur ce plan là je trouve qu'il faut se mettre à table, c'est un moment de détente, faut pas aller grignoter machin en marchant, c'est pas bien. Le moment est important, pas pour vraiment manger, mais il y a des horaires, c'est l'heure faut le faire parce qu'il faut manger "* (P12). Il ne fallait **pas sauter de repas**. *" Maintenant je ne me verrais pas sauter un repas."* (P9). Une des patientes considérait l'alimentation comme une **discipline de vie** à suivre et à maintenir, afin de prendre **soin de soi**. *" Nan nan nan nan je m'aime! Je m'aime j'veux durer longtemps et en bonne forme! [...] J'ai l'air comme ça mais je suis très organisée et très disciplinée. "* (P5).

Le **petit-déjeuner** était toujours composé des mêmes aliments chaque jour, ce qui leur permettait de " tenir " jusqu'à l'heure du déjeuner. *" Moi je reste sur mon lait et mon café ça a toujours été comme ça [...] J'ai jamais faim après dans la matinée."* (P7) ; *" Je prends un café noir et puis j'ai du pain grillé et puis un fromage blanc et puis c'est tout ça suffit, tous les matins."* (P9).

Les **collations** n'étaient majoritairement pas considérées nécessaires *" Sinon je ne mange jamais en dehors des repas "* (P4) ; *" Pour moi c'est pas bien, c'est pas nécessaire "* (P6). Une patiente en consommait dans la matinée et dans l'après midi, selon son **ressenti.** *" Je prends quelquefois à 10 h une collation si j'ai pris mon petit déjeuner très tôt le matin, sinon non je vais jusqu'à midi. Je prends une biscotte ou un truc comme ça, avec un fruit par contre, simplement si j'ai faim "* (P12).

Le **déjeuner** restait, pour toutes les patientes, le repas **le plus copieux** de la journée. Il était souvent composé d'un **plat principal**, d'un **fromage** et d'un **dessert** mais rarement d'une entrée. *" L'entrée j'en mange pas souvent parce que si j'en mange après je mange pas le plat, j'ai pas assez d'appétit pour manger les deux "* (P3) ; *" Mon gros menu c'est le midi "* (P4). C'était lors de ce repas qu'elles consommaient le plus de **protéines**, systématiquement d'**origine animale** (le plus souvent **viande blanche** ou **poisson** et/ou **produits laitiers**). " *Et puis à midi faut que je me fasse un bon repas à midi, faut que je mange soit poisson soit viande avec des légumes"* (P3); *" Enfin on mange quand même fromage le midi tous les jours "* (P7). C'était aussi le moment de la journée où elles pouvaient s'autoriser **quelques écarts** : aller au restaurant, manger un dessert gourmand plutôt qu'un fruit, inviter du monde à la maison et donc **manger plus**. *" L'autre jour j'ai eu ma fille à déjeuner et mes petits-enfants, j'avais préparé un poulet rôti, avec des haricots verts et des petites pommes de terre grenailles, en entrée [...] tout ce qui est crudités [...] puis après y'a le fromage, salade et puis j'avais fait un dessert. "* (P4).

Le **dîner** était, pour toutes, un repas qui se devait d'être **léger**. Il était composé d'une **soupe de légumes** (plutôt l'hiver) ou de **crudités** (durant les beaux jours) en plat principal, accompagné d'une petite portion de **protéines** animales et parfois d'un **fruit**. *" Et puis après le soir, je mange une soupe [...] des fois je mange qu'une sardine "* (P3) ; *" Et puis le soir l'hiver on fait un potage et pas grand chose, une tranche de jambon et puis un yaourt. C'est toujours comme ça "* (P10). Le but

étant pour chacune de ne pas ressentir **d'inconfort digestif** avant d'aller se coucher. *" ça me surcharge pas l'estomac pour la nuit et puis tout ça "* (P4).

La convivialité

C'était avant tout le moment de **partage** et de **rupture avec les habitudes** qui était le plus apprécié. *" Depuis que j'ai rencontré mon ami, je trouve que le repas est plus agréable, de manger à deux c'est plus agréable que de manger seule "* (P1) ; *" C'est plus festif pour le week-end ou si on a des amis bien sûr un dimanche on fait un p'tit extra ! "* (P8). La nourriture était relayée au **second plan** *" Le plaisir de manger c'est manger avec des personnes, passer une bonne après-midi, pas forcément manger comme des malades mais d'être ensemble et partager un moment "* (P6) ; mais les repas étaient en général plus **copieux** *" J'ai eu mes cousins de Luynes et ba on a fait un extra, j'avais fait une entrée, j'avais mis une cuisse de canard confite, salade fromage et dessert mais là c'est exceptionnel, que si on est que tous les deux le dimanche on mange comme d'habitude "* (P8) ; et accompagnés d'**alcool** *" et puis les bulles c'est pour les occasions "* (P9). Le **goûter** avec les petits enfants, ou avec des invités, était un moment qui les incitait aussi à manger plus. *" Mais à 4 h c'est très rare ou alors c'est que j'ai quelqu'un, j'ai fait un gâteau, je vais prendre une petite part de gâteau mais c'est exceptionnel "* (P4).

Aller au restaurant, même seule, permettait de rencontrer des gens et de passer un agréable moment. L'alimentation permettait alors de générer des **liens sociaux.** *" L'autre jour un monsieur est venu s'asseoir à côté de moi, on a fait la causette. Moi ça me dérange pas "* (P3).
Cela permettait aussi de se faire plaisir en mangeant des **aliments non consommés habituellement.** *" Mon alternative c'est d'aller au restaurant, et puis au restaurant je mange pas pareil "* (P5) ; *" Je prends souvent des frites comme j'en fais rarement chez moi "* (P3).

4. Les déterminants environnementaux

La folie alimentaire

L'**industrialisation alimentaire** n'était pas considérée comme un progrès mais comme une **folie**, entraînant une **abondance alimentaire** aberrante. *" Vous avez vu la folie qu'il y a maintenant pour les fêtes ! Faut acheter, faut acheter, y'a ci, y'a du chapon, y'a de la dinde, y'a tout ça tout ça faut voir la folie que c'est "* (P3). L'identification de l'**origine** des produits de l'**industrie** était difficile. " *La viande rouge on sait pas trop d'où elle vient. Les poulets vous savez ça doit être du poulet industriel "* (P3) ; *" Non je sais pas ce qu'il y a dedans, non là véritablement, j'aurais un enfant que je nourrirais tous les jours je ne lui achèterais pas de la mousseline "* (P5). Elles n'avaient **pas confiance** en cette industrie *" Y'en a beaucoup qui viennent d'Espagne et elle est déjà un peu trafiquée, ils mettent d'autres huiles moins chères dedans, ah oui oui oui ! " (P3) ;* et la **rejetaient** majoritairement " *En fait je pense qu'il ne faut pas les acheter en grande surface "* (P1). Elles auraient voulu plus de **sécurité alimentaire**. *" Et ils font pas le nécessaire avant et au bout de 10 ans ils disent ba fallait pas [...] le poulet s'il est élevé aux hormones..."* (P6).

Une patiente avouait varier au maximum les produits pour éviter **l'accumulation de toxiques** alimentaires. *" Alors on essaye de manger un petit peu de tout "* (P6). Certains **scandales sanitaires** comme " la vache folle " restaient en mémoire. *" De la viande rouge encore moins, depuis la vache folle ba ... "* (P6). Une des patientes restait méfiante quant à l'élevage des saumons, car la notion d'**élevage** était **péjorative** dans son esprit. *" Par exemple avant je pensais que le saumon était pêché en mer et tout ça, maintenant on sait que c'est de l'élevage"* (P6).

Les patientes étaient **tristes** de voir comment la production de l'alimentation avait évolué. *" Ce qui m'attriste dans l'alimentation aujourd'hui c'est ça "* (P1). Elles étaient **pessimistes** et avaient peur pour la génération future.*" Les gens s'abîment et abîment la santé de leurs enfants aujourd'hui en mangeant comme ça "* (P1) ; *" ça me fait pas peur pour moi mais pour les plus petits "* (P6).

Elles considéraient certains **progrès alimentaires bénéfiques** sur la santé, en gardant toujours une part de **doute**. *" Avant y'avait la tuberculose et toutes ces saletés, y'avait des asticots dans la viande. Avant mais qui n'avait pas le ténia ??! ... On avait tous des poux et le ténia! On nous soignait avec les moyens du bord, c'était dégueulasse. Aujourd'hui y'a plus de ténia, y'a plus rien, les viandes sont saines. Mais y'a peut-être autre chose ! [rires] "* (P5).

La quête d'une alimentation simple, locale et respectueuse

Elles avaient confiance en l'**artisanat local**, elles préféraient acheter des **produits frais** en **circuit court** (artisan indépendant, marché, ferme). *" Parce que le boulanger, c'est son métier, en principe quand il te vend un pain complet c'est un pain complet "* (P1) ; *" J'achète au marché. J'achèterais dans certaines grandes surfaces j'avoue que là je me poserais peut-être des questions "* (P5). Elles consommaient les produits du **potager** et du **verger** (l'été le plus souvent) si elles en avaient un. *" Tant que j'ai je mange que ça, j'ai encore des carottes là dans le champ [...] l'été des pêches des poires des trucs que j'ai dans le jardin "* (P3) ; *" Des fruits on en achète peu puisque j'ai les kiwis, les kakis, les pommes, les poires alors j'achète oranges et bananes. Tous les midis on mange nos fruits. "* (P10). Le respect de la consommation des produits de **saison** était récurrent, leur garantissant des produits de **meilleure qualité nutritionnelle**. *" C'est plus en fonction de l'arrivage. J'essaye de manger des produits de saison déjà parce que maintenant c'est reconnu que c'est mieux pour plein de choses "* (P7).

Parfois, le **lieu d'approvisionnement** ne leur permettait pas de faire tout ce qu'elles voulaient, puisqu'elles étaient **dépendantes de leur entourage** pour aller faire leurs courses. " *Des fois je vais au marché mais j'ai pas de voiture donc ma fille m'emmène. C'est bien et c'est pas cher mais bon maintenant je n'y vais plus trop. "* (P4).

Elles ne consommaient pas de **plats préparés**, mettant en cause notamment les **additifs**. " *Mais alors quand tu vois ce qu'ils mettent dedans pour conserver, c'est automatique pour conserver ils sont bien obligés d'en mettre! "* (P10) ; " *Tous les plats préparés et tout ça, je suis complètement contre, ça carrément, parce qu'il y a des additifs, c'est pas bon du tout. "* (P12).

Elles préféraient acheter et **cuisiner elles-mêmes** des **produits bruts**, de **qualité**, afin de mieux **identifier** ce qu'elles mangeaient. Elles le définissaient d'ailleurs comme la **vraie** alimentation. *" Je fais des plats simples avec des produits, que je pense du moins être du vrai "* (P5); *" Je n'achète aucun plat préparé. Je fais tout moi même "* (P11). Elles privilégiaient la **qualité** du produit à sa quantité. *" Comme je suis toute seule j'en achète moins mais je peux me permettre d'acheter un peu de meilleure qualité "* (P4) ; " *Manger moins et manger meilleur "* (P10).

Elles considéraient qu'une bonne alimentation passait par le **respect des animaux** et de **l'environnement**. *" Si on respectait déjà aussi la nature, les animaux, on produirait moins de merdes donc les gens en mangeraient moins "* (P1). De plus, certaines **convictions personnelles** pouvaient entraver la consommation d'animaux *" Je sais pas, je pense toutes ces histoires d'abattage d'animaux et tout, ça me dégoûte un peu quand même "* (P1) ; *" On ne mange pas de cheval parce que mon mari n'aime pas au sujet du cheval, par conviction "* (P7).

Elles évoquaient l'**agriculture biologique**, qu'elles considéraient **bénéfique** mais **trop chère**. *" Ba je pense que le bio ça peut être que bon mais je ne pourrais pas aller au bio tout le temps, c'est trop cher "* (P6). Une des patientes précisait cependant qu'avoir une **bonne alimentation** n'était pas en rapport avec la **richesse.** *" Faut pas manger n'importe quoi. Dans le temps on n'était pas riche, même maintenant je suis pas riche mais enfin je pourrais manger d'autres choses, mais on mangeait quand même équilibré "* (P3).

5. Les sources d'information

Les patientes évoquaient en premier lieu les **médias** (reportages TV et presse)**.** *" C'est des notions que je vois quand je regarde la télé, que je bouquine mes journaux " (P4) ; " C'est vrai que dans les revues de nutrition ils conseillent plutôt les viandes blanches [...] Et je regarde des émissions à la télé. C'est toujours très intéressant, on apprend tout un tas de choses "* (P11).
La lecture de **magazines** ou **revues** adaptés à leur âge permettait, pour certaines, de découvrir des aliments qu'elles n'auraient pas consommés autrement, ou de **nouvelles informations** concernant l'alimentation. *" Je suis abonnée à femme actuelle senior. Y'a de tout là dedans, déclaration d'impôts... recettes... jamais sans mon pain de mie..."* (P11) ; *" J'ai découvert beaucoup d'aliments avec ça et cuisiner aussi d'une certaine façon "* (P12).
D'autres pensaient qu'ils incitaient plutôt à la **consommation**. *" Tout ce qu'on voit dans les magasins, les reportages tout ça, faut acheter ! "* (P3).

Seulement une patiente avait évoqué spontanément les **" 5 fruits et légumes "** du PNNS, véhiculé par les **magazines** et la **télévision.** " *C'est comme les légumes, bon je mange peut-être pas 5 fruits et légumes par jour mais je m'en approche, j'essaye de le faire [...] vous prenez le journal, pour Intermarché ou autre ils font des réclames et puis en dessous ils mettent l'annonce, la télé aussi, mais ça fait longtemps que j'le sais "* (P4).

Certaines pouvaient se sentir continuellement **leurrées** par les informations véhiculées. L'alimentation devenait alors source de **tracas** et de **méfiance**. *" On sait pas quoi manger parce qu'on mange ça et puis au bout de quelques jours on entend parler y'a ci y'a ça "* (P6). Les informations qu'elles entendaient pouvaient parfois être **choquantes** et engendrer une **anxiété** permanente pour prendre une décision. *" Faut pas regarder ces émissions, capital et tout le bazar, faut pas regarder ça ! Ça vous fout le moral en vrac ! Ah merde l'autre jour j'ai regardé les crêpes mais c'est plus des crêpes c'est une espèce de mixture ! "* (P5).

L'entourage avait un rôle important dans les conseils alimentaires : le mari, les enfants, les amis... *" C'est de choses que j'entends et puis mes enfants aussi, ils me disent des fois "maman fais ci fais ça ""* (P6) ; *" Parce que depuis que mon fils me dit que quand on a des douleurs faut éviter les laitages alors moi j'en mange pas beaucoup "* (P12)... le marchand ! *" Ça a des propriétés très intéressantes, et ça le marchand de légumes me l'a dit "* (P12).

Enfin, le **médecin généraliste** n'avait **aucune place** pour les conseils alimentaires. Soit elles n'en parlaient pas avec lui, soit elles n'étaient pas du tout d'accord avec lui et la discussion n'était alors pas engagée. *" Des fois mon médecin il me demande ce que je mange, je lui dis et puis c'est tout. Il me dit " s'il y a quelque chose qui vous fait mal vous ne le mangez pas ", ba j'dis " ba oui ba ça s'il y a quelque chose que je peux pas manger je ne le mange pas! " [rires] "* (P3). Le **manque de temps ressenti** et l'**incompréhension du médecin généraliste** face à la prise de poids étaient deux critères évoqués. *" Tu vas chez le médecin on te dit sans arrêt " Madame vous êtes trop grosse ou Madame y'a ci, Madame y'a ça ""* (P10). Une seule patiente évoquait un **conseil alimentaire** d'un gastro-entérologue qu'elle continuait de suivre. *" Et puis on voit le médecin qui nous dit " faut prendre beaucoup d'antioxydant, parce que vous c'est vos gènes " [...] et maintenant je vais vous dire, vous voyez ma boîte de sel ? Et ba ça va faire 2 ans qu'on l'a! Je cuisine tout au curcuma "* (P10).

Il ressortait finalement que **leur propre avis** restait **décisionnaire** malgré toutes les informations qu'elles recevaient. *" J'entends ça à la télé m'enfin j'en prends et j'en laisse "* (P8) ; *" Et puis je lis pas mal de trucs alors bon on fait une balance."* (P11). La majorité avait **confiance** en leurs **choix** et en leurs **convictions** au sujet de l'alimentation. *" Chaque jour, dans la semaine j'ai tout ce qu'il me faut "* (P5) ; *" On mange tellement bien, enfin je suppose qu'on a une alimentation assez saine "* (P8). Elles considéraient que l'alimentation ne devait pas être une source de **stress** permanente et qu'elles devaient suivre leur **instinct** et leur **ressenti** pour choisir les produits. *" Non je mange sain, quand j'achète des patates et ba je crois que c'est des patates, peut-être que c'est pas des patates hein! "* (P5); *" Je ne me force pas à manger parce qu'on me dit que c'est bien "* (P8).

6. Les croyances nutritionnelles

Concernant les protéines :

Les protéines étaient synonymes d'**énergie** pour les **muscles** *" Pour moi c'est plus pour les muscles, pour l'énergie "* (P1) ; et d'apport de **vitamines.** *" C'est bon pour ma santé! Ça m'apporte la vitamine ceci, la E, la B, la D là tout le bazar ! "* (P5).

Toutes les patientes évoquaient principalement les protéines d'origine **animale** : la **viande**, le **poisson** et les **oeufs**. *" Je sais que l'apport en protéines il en faut [en parlant de la viande] "* (P9). Pour la plupart, elles étaient cependant majoritairement réduites à la **viande** exclusivement. *" Ba j'pense qu'il me faut un peu quand même de protéines dans mon repas, c'est pour ça que j'en mange en fait, pour avoir un apport pour l'organisme, mais je n'en mange pas beaucoup de la viande rouge, rarement "* (P1). Pour certaines, la consommation de viande était considérée **nécessaire**. *" On mangeait de la viande parce que fallait manger de la viande pour le corps qui a besoin de la viande "* (P3) ; *" Mon mari lui mange de la viande tous les midis quoi, moi c'est pas que c'est mauvais j'en mange parce qu'il faut "* (P9). Pour d'autres **non**, elles pouvaient s'en passer au quotidien. *" Moi vous voyez je serais plutôt végétarienne totale [...] Et puis ce n'est pas nécessaire pour moi, j'ai l'impression que je ne manque de rien "* (P11).

La viande évoquée représentait le plus souvent la **viande rouge** *" J'en mange pas beaucoup de viande à vrai dire, je mange plutôt de la viande blanche, de la viande rouge très rarement "* (P1).

La **viande rouge** était un des aliments le plus porteur de **significations,** contrairement à la viande blanche**.** Symbole de **richesse**, elle était rarement consommée dans l'enfance. *" Nous là-bas, mes parents et puis tous les gens, on n'avait pas les moyens d'en acheter. Ba on mangeait du poulet, du lapin et puis c'est tout ! On n'a jamais mangé du boeuf "* (P3).

Elle était synonyme de **santé**, d'**équilibre** et de **force.** *" Plutôt vecteur d'équilibre, force, santé, dans tous les sens du terme, de la cervelle et du reste "* (P5). Pour toutes, elle restait réservée aux **travailleurs de force**, aux **hommes** ou aux **jeunes**. *" Manger de la viande [rouge] deux fois par jour, ça n'existe pas aujourd'hui on n'a pas besoin, à moins qu'on soit un travailleur de force "* (P5) ; *" D'autant plus qu'on n'a plus d'activité donc on a besoin de moins de viande. C'est pas comme quand on était plus jeunes, on mangeait beaucoup plus de viande."* (P7).

La viande rouge était réputée **riche en fer**. *" Ba je sais pas mon petit-fils par exemple a trop de fer donc lui la viande rouge faut arrêter. Donc plutôt les réserves en fer "* (P12).

Celles qui considéraient que la **viande rouge** était **indispensable** à l'organisme, en consommaient **une à deux fois par semaine maximum.** *" Mais une fois semaine c'est suffisant, parce qu'on trouve dans la viande rouge certains éléments dont le corps a besoin et on le trouve que dans la viande rouge "* (P12) ; *" On mange très peu de viande rouge, une fois par semaine uniquement, beaucoup de viande blanche "* (P11).

Paradoxalement, la plupart avait nettement **diminué leur consommation**, car elles ne l'**appréciaient pas** *" Et puis moi avant j'aimais bien la viande rouge, maintenant j'aime moins. J'en mange quand même mais ça me dit rien "* (P7), ou la considéraient **mauvaise pour la santé** en grande quantité *" Faut pas trop manger de viande rouge... ça doit pas être très très bon, enfin je suppose "* (P8).

Certaines éprouvaient même du **dégoût** rien qu'à la vue du sang. *" Que sous mes dents c'est mou et puis qu'il y a du sang qui sort, ça me dégoûte ! Y'a rien à faire "* (P4) ; *" Parce que la viande rouge je n'aime pas voir le sang dans mon assiette ! "* (P8).

La **viande blanche** (porc, volailles, lapin...) était largement choisie par rapport à la viande rouge. *" C'est plus facile de manger de la viande blanche tous les jours que de la viande rouge "* (P12) ; *" Par contre j'aime bien le poulet, le lapin, ou une côtelette de dinde, on en fait plusieurs fois par semaine "* (P8). Elles consommaient des œufs à la place de la viande. *" Je prends des oeufs, à la place de la viande "* (P2) ; *" On mange des œufs une fois par semaine, pour remplacer la viande "* (P11).

Le **poisson** avait meilleure réputation : il était **meilleur pour la santé**, riche en **oméga-3** et en **calcium.** *" Je mange pas mal de poisson, je pense que ça peut m'apporter autre chose que la viande ou les légumes, ça donne du calcium, de l'oméga-3 ou je sais pas quoi "* (P4) ; *" Et en plus c'est meilleur pour la santé. La lotte, le maquereau, la sardine, tout ça c'est très conseillé, c'est des oméga-3 "* (P11). Il était réputé bon pour la **mémoire**. *" J'ai mangé beaucoup de poisson, je suis sûre que c'est ce qui m'a fait du bien à la mémoire! On en mangeait au moins 4 fois par semaine! "* (P5).

Etre **végétarien** signifiait manger des aliments à base de **soja**, alternative aux protéines animales*. " J'ai pas trop étudié le problème pour ne faire que végétarien, parce qu'à ce moment là il ne faut manger que du soja, du tofu "* (P11).

Concernant le " gras " :

Certaines patientes citaient le **" gras "**, connoté **négativement** (la charcuterie, la couenne), qu'elles préféraient **éviter** de consommer. *" Sinon j'évite le gras, tout ce qui est graillon "* (P2) ; *" Du gras de porc, on sait que c'est très mauvais "* (P6). Il était également associé à la **prise de poids** et au **cholestérol**. *" Parce que la charcuterie...je pense que ça peut amener du cholestérol et tout ça [...] mais bon je pense que quand on en mange trop, déjà ça fait grossir "* (P7). Le " gras " restait, pour d'autres, un vecteur de **force** et de **plaisir**, mais il devait toujours être consommé **sans excès.** *" Faut pas en manger beaucoup mais je mange un petit peu de gras, et puis ça doit être bon quand même, pas manger de gras du tout faut en manger un petit peu " (P3) ; " Si on mange du jambon on enlève le gras, ce qui est un tort parce qu'il faut en manger un petit peu je pense "* (P8).

Le **beurre** était consommé **cru** la plupart du temps, en **petites quantités.** *" Pas de beurre. J'aime ça mais je m'en sers pas pour la cuisson et j'en rajoute quelquefois un morceau dans une purée. Le beurre on le mange avec des radis "* (P11). Il était considéré riche en **vitamines** *" Euh le beurre le matin quoi un tout petit peu parce qu'il faut quand même pour la vitamine! "* (P5), mais **faisait grossir** *" Du beurre j'en mange jamais, ça fait grossir "* (P6). Sa **cuisson** était redoutée. *" Puis j'évite quand même de cuire au beurre, parce qu'il faut surtout pas que ton beurre noircisse, c'est très mauvais, ils disent que c'est ce qu'il y a de plus mauvais "* (P10).

L'huile d'olive était le grand vainqueur : elle était largement préférée et consommée par toutes. Certaines par **tradition** " *Je cuisine à l'huile d'olive, en Algérie on faisait avec ça "* (P9), d'autres parce qu'elles la considéraient **meilleure pour la santé** par rapport au beurre. *" Ce qu'on entend parler c'est que l'huile d'olive ça fait moins de mal en tout cas, pour moi c'est mieux "* (P6) ; *" Je mets huile d'olive et un peu de beurre, mais souvent plus d'huile d'olive, j'entends dire que c'est meilleur "* (P7).

Les huiles de **colza**, de **noix** et de **tournesol** avaient également **bonne réputation.** Elles étaient citées pour l'assaisonnement des salades *" Autrement c'est de l'huile de colza que j'prends pour mes salades. Elle est bonne l'huile de colza aussi "* (P2).

Les **produits laitiers** évoquaient plutôt le **" gras "** que les protéines. *" Oui, enfin du gras j'appelle du gras, c'est des matières... ba si on a besoin d'un peu de matières grasses, il y a des matières grasses dans le fromage "* (P1). Ils pouvaient être rejetés à cause d'une mauvaise **tolérance digestive**, notamment le **lait de vache.** *" Ça fait maintenant 2 ans, c'est plus facile à digérer, mais bien entendu il est plus cher, c'est 1.70 euros le litre donc on en boit moins. [en parlant du lait de chèvre] "* (P10).

La consommation de **lait de vache** était responsable, chez une des patientes, de **douleurs articulaires.** *" Ah non parce que ça me réveille les douleurs articulaires, que je n'ai pas autrement... J'évite les laitages depuis un moment, je mangeais des yaourts, je n'en mange plus du tout. "* (P12). Il était alors remplacé dans ce cas par des produits d'**origine végétale**, ou d'une **autre origine animale.** *" Je prends aussi du lait d'amande et puis des yaourts à la chèvre ou brebis parce que je le digère mieux " (P4) ; " Quand j'ajoute de la crème dans des gâteaux ou autre, je préfère justement les crèmes de soja, d'amande, lait de coco. J'utilise beaucoup ça "* (P11).

Ils restaient quand même appréciés par certaines et consommés **une à deux fois par jour** sous forme de **fromage** ou **yaourt** le plus souvent. *" Si je mange un yaourt je mange pas de fromage mais j'en mange qu'à midi "* (P3) ; *" Je sais que le fromage c'est bon donc je mange du fromage et je bois du lait tous les matins. "* (P5).

D'autres se forçaient à en manger une fois par jour car elles les considéraient bons pour le **renforcement des os** (ostéoporose). *" déjà j'ai de l'ostéoporose, je garde pas le calcium [...] Je me force à manger aussi un peu de fromage, avant j'en mangeais jamais, j'en mange toujours un petit bout le midi, jamais le soir "* (P6). Les produits laitiers avaient, pour certaines, la réputation de **faire grossir** et de favoriser le **cholestérol**. *" J'aime ça mais bon je me disais je suis assez forte comme ça j'ai pas besoin [rires] de ces trucs là, en plus que j'ai du cholestérol, donc j'en mangeais pas* " (P6). Les **yaourts 0%** ne faisaient pas grossir. *" Donc j'en achète des 0 % parce qu'il me l'a dit. Parce que pour moi ça fait grossir sinon "* (P6).

Concernant le sucre :

Les sucres évoqués étaient les **sucres rapides** et **raffinés**. *" Je sais que le sucre il n'y a pas que les morceaux de sucre ou les bonbons ou la confiture et tout ça. Il y en a dans les plats préparés "* (P4). Ils étaient vecteurs d'**énergie**. *" Euuuuuuh.... de l'énergie "* (P1). Le sucre était associé à la **gourmandise**. *" Et heureusement pour moi que je ne suis pas gourmande parce que si en plus j'aimais le sucre, je ne pourrais plus rentrer dans mon ascenseur ! "* (P5) ; *" J'ai jamais été gourmande je ne suis pas une grosse mangeuse de dessert. J'aime les viennoiseries mais pas le reste! Ah si les tartes! "* (P12). Il était connoté **négativement : prise de poids, diabète, obésité**. *" Le sucre ça me fait penser au diabète, à l'obésité, aux conséquences "* (P5).

Certaines avaient la volonté de **diminuer** leur consommation. *" Au lieu d'acheter un sucre normal, on s'est mis aux petits carrés de sucre et on en prend plus qu'un donc maintenant mes confitures je ne les fais plus qu'à 500 grammes qu'avant c'était 800-900 grammes "* (P10). D'autres évoquaient le **besoin** d'en consommer lors du goûter. *" J'ai besoin de sucre de toute façon, à 16 h maintenant que j'ai pris l'habitude j'ai besoin de manger quelque chose de sucré "* (P1). La prise du **dessert** (fruit le plus souvent) du déjeuner pouvait alors être **décalée au goûter.** *" Je sais, enfin soi disant, que le sucre ne se consomme pas au repas principal comme là à midi mais plutôt vers 16h au goûter. Donc c'est ce que j'applique maintenant, je prends mon sucre au goûter "* (P1).

Les **féculents** et le **pain** étaient classés au même titre que les sucres raffinés, donc plutôt **évités**. Ils avaient la réputation surtout de **faire grossir** *" Donc j'essaye de pas manger trop de féculents, j'en mange une fois dans la semaine, parce qu'en principe ça fait grossir. Les patates aussi [...] Le pain, j'en mange pas beaucoup ça doit faire grossir je pense "* (P9) ; et pour certaines, d'être **mauvais** pour la santé (consommation maximale : **1 à 2 fois par semaine**) *" Même dans les pâtes, il y a du sucre, c'est du sucre lent comme ils appellent. J'en mange pas beaucoup "* (P4) ; " *Avant on mangeait pas mal de féculents, quand je dis " avant " c'était il y a 15-20 ans. Mais là depuis plus de 10 ans, on mange beaucoup plus sain, plus léger "* (P12).

Les **légumineuses** avaient **meilleure réputation**, mais paradoxalement devaient être consommées **une fois par semaine**, comme les féculents. " *Pour moi, j'entends parler que tous ces légumes secs c'est très bon pour la santé. Comme les lentilles, donc on devrait faire au moins une fois par semaine ce serait bien* " (P6).

Quelques exemples d'idées reçues :

Le **vin rouge** était réputé **protecteur cardio-vasculaire**. *" Mon cardiologue avait dit qu'il fallait mieux que je boive un petit peu de vin rouge que pas du tout. C'est conseillé pour ceux qu'ont des problèmes cardiaques. Parce qu'il y a des tanins je ne sais quoi dedans qui sont excellents "* (P11). Il était synonyme de **renforcement de l'organisme.** *" Le vin rouge c'est bon hein, en mangeant ça fait du bien, je sens qu'au niveau du corps ça fait du bien, surtout quand on mange un plat chaud, si on boit un petit coup de vin rouge ça fait du bien au moral et au corps! "* (P3) ; *" C'est un petit fond de verre pour me donner des forces, comme on en a de moins en moins! "* (P6).

L'eau citronnée tiède avait pour fonction de nettoyer le **foie** (considéré comme un organe de stockage et de régulation). *" Alors je prends mes citrons [...] Mais je n'ai plus de vésicule biliaire donc ça nettoie le foie, c'est pour ça que de temps en temps je le fais, mais faut quand même mettre de l'eau, sinon ça décape! "* (P10).

Les **cacahuètes** et **l'huile d'arachide** étaient **cancérigènes.** *" Mais ça c'est un peu cancérigène à ce qu'il paraît, tout ce qui est cacahuète, parce que l'huile d'arachide c'est des cacahuètes "* (P11).

7. Le déterminant « Santé »

Les patientes reconnaissaient des **vertus thérapeutiques** à l'alimentation : elles considéraient qu'une bonne alimentation les aidait à **se protéger**, à **se soigner** et à **mieux récupérer** face à des pathologies aigues. *" Je pense que j'aurais peut-être pas réagi comme j'ai réagi, je pense que j'ai une alimentation assez saine, bon ba je pense que c'est ça qui m'a sauvée "* (P8). Une **bonne alimentation** était synonyme de **santé** et de **longévité.** *" Pour être debout sur mes pattes le plus longtemps possible "* (P5) ; *" Pour moi, ça permet d'avoir moins de maladie, parce que tout ça c'est très bon pour la santé "* (P10). Elle avait également un **rôle positif sur les émotions**. " *Bien manger apporte un bon moral "* (P9). Une bonne alimentation permettait d'augmenter ses **performances** au travail. *" C'est sûr que quand on se nourrit bien on est plus efficaces c'est vrai, dans le travail, dans tout [...] Donc le bien manger c'est efficace pour bien travailler "* (P9).

Les patientes qui avaient tendance à prendre facilement du poids adoptaient certaines **stratégies** pour maintenir un **poids stable** : supprimer le petit-déjeuner de temps en temps, supprimer l'entrée ou la collation même si l'envie était ressentie, consommer de tout mais en **petites quantités**. *" Et des fois le matin je vais prendre que mon thé, ça dépend pour essayer de stabiliser mon poids "* (P4) ; *" Parce que j'ai tendance à prendre du poids alors je ne mange plus d'entrée "* (P10). Le poids devait rester **stable** pour être en **bonne santé** et se sentir bien. *" Bien sûr je veux pas grossir mais je cherche pas du tout à maigrir "* (P5) ; *" Depuis une vingtaine d'années je maintiens toujours mon poids "* (P6).

Elles pouvaient se sentir **stigmatisées** car elles avaient des difficultés à trouver des vêtements confortables, à leur taille. *" Ba pour s'habiller, je suis déjà pas grande donc s'il faut prendre une grande taille ça m'arrive aux genoux ! "* (P6) ; *" Ba je vais vous dire c'est qu'on a des problèmes pour s'habiller et j'ai toujours eu ces problèmes là "* (P10). Certains **facteurs individuels,** tel que l'inégalité face à la prise de poids, étaient vécus comme une **injustice.** *" Quand on a tendance à grossir tout ce qu'on peut manger, tout nous fait de l'effet "* (P6).

L'excès était considéré pathologique : le **surpoids** et **l'obésité** étaient synonymes de **mauvaise santé.** *" Ah non je me serais jamais laissée aller devenir obèse "* (P5). Il existait des

répercussions sur les organes, notamment le cœur, le foie, ainsi que sur les **articulations**. *" Une personne obèse ne peut pas être en bonne santé, forcément tous ses organes, enfin je suis pas toubib' mais le foie tout ça, ça doit être rempli de graisses "* (P1) ; *" Vous savez qu'un kilo représente 4 kilos sur ton genou donc 3 fois 4 ça fait 12 kilos [...] Le surpoids ça donne des maladies de cœur "* (P10).

L'aspect physique était un **indicateur de santé**. *" Quand je vois mon fils qui est fort... je me dis qu'il est vraiment en surpoids et puis j'ai peur pour sa santé "* (P4). La **fermeté** du corps était associée à une meilleure santé. *" Quelqu'un de rond peut avoir encore des formes fermes, un corps ferme donc en bonne santé pour moi* **"** (P1).

Les patientes considéraient qu'il existait une part de **responsabilité individuelle**, puisque les gens ne s'astreignaient pas à cette **discipline de vie** qu'était l'alimentation. *" Soit qu'on est malade soit... on est malade d'une autre façon en ne s'astreignant pas à la plus élémentaire des disciplines "* (P5). Mais également une part de **responsabilité collective**, avec toute la " **malbouffe** " disponible actuellement, qui ne faisait qu'inciter les gens à consommer moins bien. *" C'est un phénomène de société. Il faut produire, il faut gagner de l'argent, on pousse les gens à la consommation en fait "* (P1) ; *" On le dit c'est ce qu'on bouffe aujourd'hui, tous ces pains sucrés, ces sodas "* (P5).

Cette " malbouffe " (plats préparés, additifs, fast-food, excès de sucres, de sel, de charcuterie...) était responsable du développement de **pathologies** telles que le **diabète**, le **cholestérol**, l'**obésité**. *" Il y a des gens qui sont toujours malades mais c'est la malbouffe, faut pas chercher plus loin "* (P12) ; " *Faut pas... consommer trop de sucre pour le diabète ça doit pas être très très bon, enfin je suppose "* (P8).

Dans tous les cas, le **surpoids** entraînait des **conséquences néfastes** lors du vieillissement. *" Moi je trouve qu'il faut faire attention à son poids, surtout quand on vieillit, parce que le cœur, si vous êtes trop fort, en prend un coup, vous êtes plus essoufflé "* (P8).

Les patientes avaient abordé d'elles-mêmes l'importance de **l'activité physique** dans leur quotidien, en plus de leur alimentation, pour être **en forme**, maintenir un **poids stable** et rester en **bonne santé**. *" Il faut garder une activité, tous les gens que j'ai vu s'arrêter, ne rien faire chez eux ou être devant la télé, ils sont morts "* (P10) ; *" Attention ma p'tite fille faut pas croire que j'me défonce, j'me suis jamais défoncée dans ma vie, j'en fais 2 km par jour : 1 km le matin, 1 km le soir [...] Je le fais pour la santé tiens pardi ! Alors là oui je m'oblige je dois le dire "* (P5).

8. La perception de l'alimentation

Manger équilibré...

Par équilibre alimentaire, elles entendaient une alimentation **variée**, **sans exclusion.**

" Et puis pour le corps c'est meilleur, plutôt que de manger toujours la même chose ! On va pas manger des patates matin, midi et soir ! " (P3).

" Et ba vous savez ça m'est restée, donc implicitement je mange équilibré parce que je sais que c'est bon pour la santé " (P5).

" Manger de tout mais en petites quantités. De tout, de tout, de tout " (P8).

Trois repas par jour…

" Un petit déjeuner le matin, déjeuner et dîner et c'est tout. Pas d'en cas, rien du tout " (P2).

" D'abord il faut essayer de respecter les horaires aussi pour les repas c'est important " (P12).

Des produits simples, authentiques et de qualité...

" Pour moi bien manger ce sont des ingrédients frais, bons, de qualité, à faire soi même " (P10).

Se faire plaisir...

" C'est vrai que c'est un plaisir de manger, voilà, pour moi c'est le plaisir " (P11).

" Si vous vous faites plaisir, vous vous sentez beaucoup mieux dans votre peau et forcément avec la santé " (P1).

En partageant ce moment...

" Le plaisir de manger c'est manger avec des personnes, passer une bonne après-midi, pas forcément manger comme des malades mais d'être ensemble et partager un moment " (P6).

Mais rester raisonnable...

" Savoir s'arrêter quand on n'a plus faim " (P4).

" Ne pas aller se saouler, ne pas trop manger, ne pas trop boire ou fumer [...] moi je dis point trop n'en faut " (P5).

Respecter et écouter son corps...

" Manger équilibré c'est respecter son organisme " (P1).

" Ne pas manger certaines choses qu'on sait qui nous font du mal " (P6).

Pour se sentir bien...

" Manger équilibré c'est manger de manière à se sentir bien déjà " (P1).

" Bien manger ba pour moi c'est pouvoir rester bien dans ma peau et bien dans ma tête. C'est une finalité " (P5).

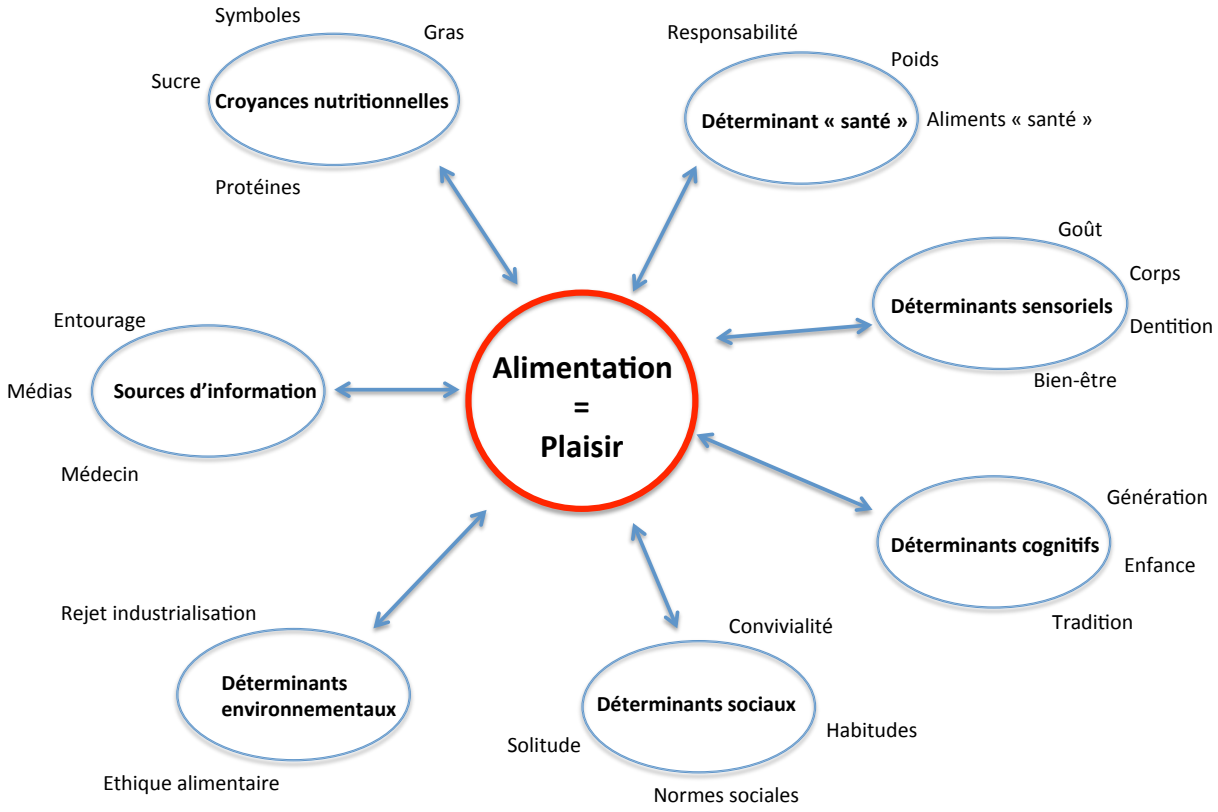
Etre en bonne santé...

" Moi c'est manger pour la santé, pour être debout sur mes pattes le plus longtemps possible, et pouvoir résister quand on traverse la vie, on a des coups comme tout le monde, et ba pouvoir y faire face. Bien se construire. " (P5).

... Et ne pas se tourmenter.

" Il faut manger pour vivre mais pas vivre pour manger " (P11).

ARBRE THEMATIQUE FINAL



IV. DISCUSSION

1. Concernant les résultats

Le plaisir éprouvé grâce aux souvenirs, au goût et à la convivialité

Le ***plaisir*** était le principal déterminant des choix alimentaires. Il était véhiculé par le **goût**, mais il était également intimement lié à la **représentation en mémoire** que les femmes se faisaient des aliments.

C'était d'abord la notion de ***mémoire individuelle*** qui ressortait :

Le comportement alimentaire évolue avec l'âge. Cependant, les **préférences sensorielles** se construisent au cours des premières années de la vie et sont ensuite **difficiles à changer** (20). L'**éducation alimentaire** et la **familiarité** des aliments conditionnaient les choix futurs des femmes de façon marquée, notions retrouvées également dans l'article de Saadi Lahlou de 2005 " *Peut-on changer les comportements alimentaires ?* " et dans une étude de l'INRA de 2010 (21,22).

L'**identité culturelle** et/ou **régionale** était un déterminant notable, d'autant plus important lors des repas préparés pour un **évènement** familial ou amical. Cette notion était également retrouvée dans l'étude de Séverine Gojard et Anne Lhuissier, " *Monotonie ou diversité de l'alimentation : les effets du vieillissement* ", qui mettait en avant l'influence de l'**origine géographique** sur le modèle alimentaire adopté par les personnes âgées (23).

La notion de mémoire individuelle était indissociable de celle de ***mémoire collective*** *:*

L'**effet générationnel** était un déterminant important. Il consiste à replacer l'individu au sein d'un groupe qui a parcouru la **même trajectoire historique**. En l'occurrence, la population choisie est née durant la **Seconde Guerre Mondiale.** Ces femmes ont connu les **privations** alimentaires liées à la guerre. C'est une génération qui est restée attachée à une **alimentation simple**, comme celle de leur **enfance**. Elles ont toutes été éduquées dans un milieu **rural** : même si elles ont évoluées différemment, elles gardent cette **origine commune** que l'on retrouve dans certaines habitudes alimentaires. Elles continuaient toutes de consommer régulièrement, par exemple, des **abats**.

L'enquête INCA 2 soulignait cette tendance : les personnes âgées perpétuaient la consommation massive d'aliments **traditionnels** et **bruts** tels que le pain, les œufs, la soupe/bouillon, les abats, les légumes et le fromage (16,24).

" C'est dans les nourritures de son enfance ou de son groupe culturel qu'il [le sujet] puise régulièrement son identité, ou de la réassurance. En les mangeant, il revit, comme Proust avec sa madeleine, des expériences anciennes, multisensorielles, et qui l'ont construit " (21).

La **dimension identitaire** était donc liée aux choix des aliments. Elle est bien illustrée par la citation de l'ouvrage de Claude Fischler : " *Le manger transmet certaines caractéristiques aux mangeurs. En conséquent, si je ne sais plus ce que je mange, je ne sais plus qui je suis "* (25).

Les patientes se fiaient à leur **goût** pour choisir leurs produits. Elles n'avaient pas évoqué le fait que la diminution de leurs perceptions sensorielles entravait leurs choix alimentaires. Une seule des patientes avouait parfois modifier la **texture** des aliments à cause de ses dents, mais n'avait pas rapporté de diminution des saveurs.

Ce qui est plutôt étonnant puisque **le goût diminue physiologiquement** en vieillissant, de manière universelle. Les **pertes sensorielles** observées avec l'âge sont aujourd'hui considérées comme une des causes de la **diminution de l'attractivité** des aliments chez les personnes âgées (26). De même que le port d'un **appareil dentaire** ou une **mauvaise dentition** peuvent entraver la perception gustative, et donc modifier le régime alimentaire par obligation (3).

Ce résultat peut s'expliquer par le fait que la population était en **bonne santé** et **autonome.** En effet, la thèse d'Isabelle Maître retrouvait que le déclin des capacités chimio-sensorielles n'était pas tant dû à un effet de l'âge en tant que tel, mais plutôt à des **évènements associés au vieillissement** (dégradation de l'état de santé, prise de médicaments, détérioration de l'état bucco-dentaire…) (27).

Dans l'article " *Perception, préférences et consommation alimentaires chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer* " de Virginie Pouyet *et al.*, la part attribuée aux **facteurs cognitifs** dans les préférences alimentaires était prépondérante par rapport à celle attribuée aux **facteurs purement sensoriels**, au cours du vieillissement normal. Une des hypothèses retrouvée dans la littérature consistait à dire que le déclin des facultés gustatives et olfactives pouvait être

compensé par un phénomène d'**adaptation** (28). L'étude de Monica Laureati *et al.* de 2008, avait effectivement mis en avant que la **mémoire implicite** restait préservée dans le vieillissement normal (29). Les changements sensoriels s'accompagneraient donc d'une **remise à jour des représentations en mémoire** des aliments chez les personnes âgées. Au-delà de la remémoration de plaisirs passés liés à l'alimentation, c'était véritablement une reviviscence qui se jouait, des **sensations**, des **vécus**, qui s'étaient imprimés dans leur **corps** et leur **psychisme** depuis leur naissance (28).

Une alternance de temps alimentaires **ordinaires** du quotidien et de repas plus **festifs** (repas familiaux ou amicaux) exceptionnels, était constatée. La cuisine était alors plus **élaborée**, le repas était plus **copieux** (type traditionnel : entrée, plat, fromage, dessert), et accompagné d'**alcool**. Dans cette situation, manger était source de **convivialité**, de **plaisir** et d'évocation de **souvenirs**. Une **communication** avec leur entourage se faisait, via la nourriture. L'alimentation devenait alors source de **lien social.** Le **partage** du repas et la préparation des aliments pour soi et pour les autres, chargés **émotionnellement**, permettaient de renforcer cette **cohésion sociale** (18,30).

"Le repas de famille, qui sous tend la représentation de l'alimentation, est un médiateur puissant d'une stabilité psychique car la rencontre dominicale reste un rendez-vous ou la communication familiale se matérialise." (31).

La **convivialité**, associée au **plaisir** était donc un déterminant de leurs choix, même pour les femmes veuves ou vivant seules, qui continuaient de recevoir leurs enfants régulièrement si elles le pouvaient.

Des habitudes ancrées dans le quotidien

Les femmes interrogées gardaient une **attitude conservatrice** vis-à-vis de leurs choix alimentaires : elles voulaient rester au plus près de leurs **préférences** et de leurs **habitudes alimentaires passées**.

Le repas était régulé par des **normes sociales**, et était **institutionnalisé** : trois repas par jour, à table, les collations n'étaient pas considérées indispensables. Cette notion était retrouvée dans l'étude " *Évolution des comportements alimentaires : le rôle des générations* " de Pascale Hébel et Fanette Recours (32). Les patientes le considéraient comme un moment privilégié et restaient attachées à ce modèle **traditionnel**, reflet de leur **éducation**.
Selon l'étude de l'INRA, *" Les comportements alimentaires : Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ? ",* les **normes sociales** et les **représentations**, qui variaient selon l'âge, l'histoire, les appartenances sociales et culturelles, orientaient et structuraient les comportements alimentaires autour d'**horaires**, de **repas familiaux** et de **règles de convivialité** (22). Selon l'étude de S. Gojard et A. Lhuissier, les personnes âgées conservaient, malgré l'avancée en âge et en dépit des modifications de contexte socio-économique que cela engendrait, les **habitudes** qu'elles avaient acquises auparavant en matière d'alimentation (23).

Cependant, toutes les personnes âgées font face à un moment ou un autre de leur avancée en âge, à des changements auxquels elles sont contraintes de **s'adapter**. Dans cette même étude, les transformations alimentaires pouvaient s'expliquer en partie par des facteurs sociaux liés aux pratiques d'**approvisionnement** des personnes âgées (23).
Cette dimension avait été évoquée seulement par une patiente. Cela peut s'expliquer par le fait que la population était **autonome**, **peu isolée** et plutôt **bien entourée** donc ne ressentant pas de difficulté pour aller faire ses courses.

De même, le **budget** n'avait été que peu abordé. Une patiente considérait qu'une bonne alimentation n'était pas en lien avec la **richesse**. Une autre pensait que les produits biologiques étaient bons pour la santé mais **trop chers** pour les achats du quotidien. Pourtant d'après les études INCA 2 et Baromètre Santé Nutrition, le prix des produits était un des principaux critères de

choix des ménages (24,33). D'autant plus que le passage à la **retraite** peut être synonyme pour beaucoup d'une **diminution des revenus.** Ce résultat peut aussi s'expliquer par l'existence d'un indice de pauvreté d'Indre-et-Loire à 12,5%, plus faible que la moyenne nationale en France (14.9%) (34).

Le **veuvage** et/ou la **solitude** constituait une étape cruciale concernant les choix alimentaires. L'acte culinaire était **simplifié** et apparaissait une certaine **monotonie alimentaire** : les aliments suscitaient moins d'intérêt et procuraient moins de plaisir. Selon M.Ferry, le veuvage et la solitude constituaient des facteurs de **dénutrition** du sujet âgé (26).

Pour certaines, cette situation pouvait entraîner une **diminution nette** des apports, par **manque de motivation** de cuisiner. L'**absence de partage** du repas conduisait à manger peu, et sur le pouce, pour la simple et bonne raison que la faim et le plaisir n'étaient plus ressentis. L'alimentation revêtait alors la simple fonction de **nutrition** pour la **survie**. L'étude SOLINUT avait mis en évidence que les personnes vivant **seules** étaient **plus dénutries** que les autres et cela s'aggravait avec l'âge (1).

ll est également important d'évoquer le fait que les **changements d'habitudes** alimentaires peuvent être un signe de **dépression** à repérer chez les personnes âgées, ou d'une autre **pathologie débutante** (35).

Pour d'autres, cette étape avait permis de **se libérer** de la contrainte de cuisiner, et de manger au **restaurant** régulièrement, associant **plaisir** de manger, **soin de soi** et **convivialité.** C'est une bonne nouvelle de constater que, contrairement à certaines études, ces femmes vivant seules trouvent des **alternatives** qui leur sont agréables pour continuer à prendre soin d'elles (1,26,36).

Pour celles vivant en couple, le fait d'être à deux influençait leur propre alimentation et la **liberté** de choix des produits. Lors du passage à la **retraite**, le mari se retrouvait d'avantage impliqué dans les choix et la préparation culinaire qu'auparavant. Les choix alimentaires étaient alors révélateurs de la **construction identitaire** de chacun, comme de leur relation au sein d'un même foyer (32).

La **dimension familiale** jouait donc un rôle important dans les déterminants des choix alimentaires.

S'approprier son corps et rester en bonne santé

Le **bien être**, associant respect de la **satiété** et du **confort digestif** était un élément déterminant, régulateur de leurs choix. Les patientes considéraient que la **perte d'appétit** ainsi que l'**amaigrissement**, liés au vieillissement, étaient **normaux**. Elles diminuaient donc spontanément les quantités alimentaires, d'autant plus qu'elles considéraient faire moins d'activité physique.

L'étude " *Les représentations du corps et de l'alimentation des femmes de plus de 75 ans* " mettait en évidence que l'**image de soi** (notamment l'image du corps) et l'image que l'on voulait donner à autrui, restait très ancrée dans la **vie relationnelle** et **personnelle** de ces femmes. Le corps et l'alimentation apparaissaient comme des formes de **socialisation** (31). L'**image du corps** restait donc importante malgré l'âge. Celui-ci devait faire continuellement l'objet de **soins**.

Une véritable **restriction alimentaire** de la part de certaines était constatée, dans le but de garder un **poids stable**, synonyme de **bonne santé**.
Dans " *L'alimentation et ses représentations* ", Jean-Pierre Poulain expliquait que derrière le désir de minceur se profilait le mythe de l'éternelle jeunesse. **Être mince, c'est être jeune**. Ce modèle de minceur s'imposait tout d'abord aux femmes. En contrepoint, il montrait aussi que le **surpoids** était alors regardé comme **inesthétique** mais aussi comme **moralement incorrect**, le " gros " étant celui qui mange plus que sa part. Il attestait d'une **perte de self-control** (36).
Dans les " *Déterminants sociaux et culturels de l'alimentation ",* Thibaut De Saint Pol expliquait que les choix alimentaires devaient se comprendre en rapport avec les représentations du **corps désirable**, c'est-à-dire les **idéaux corporels** qui définissaient ce qui était considéré comme un **corps beau ou sain** dans nos sociétés. La corpulence, parce que l'individu en apparaissait généralement **responsable**, jouait un rôle particulier dans les intéractions avec les autres et la construction de soi (30).

C'est ce qui ressortait lors des entretiens : il en allait de **sa propre responsabilité** de maintenir un poids considéré **correct** et **stable**, pour être en bonne santé. Elles évoquaient aussi une responsabilité **collective**, reflet de notre société qui s'était **industrialisée** rapidement.

Le **surpoids** et l'**obésité** étaient synonymes de **maladies cardio-vasculaires** et **ostéo-articulaires**. Elles reconnaissaient donc un lien entre l'**alimentation** et la **santé**. Ce résultat rejoignait celui de la population générale : 85 % des français sont convaincus du lien entre leur alimentation et leur état de santé (33,37). Elles limitaient donc leur consommation de " **gras** " et de " **sucre** ", impliqués dans la survenue de **pathologies** (obésité, diabète, cholestérol, pathologies articulaires...).

Cependant, l'alimentation était également, selon elles, un moyen de **protection de la santé**, de **longévité** et de **résistance** de l'organisme. Les aliments " santé " évoqués par les patientes étaient les **fruits**, les **légumes** et le **poisson**, résultats retrouvés dans l'étude de Jean-Pierre Poulain citée plus haut (36). Les **produits laitiers** étaient considérés bons pour les os mais pouvaient être pourvoyeur de cholestérol et responsables de douleurs articulaires. **L'huile d'olive** véhiculait une image de bonne santé, probablement valorisée par le **régime méditerranéen**.

Il semblait que le lien alimentation et santé ne reposait donc pas uniquement sur des **connaissances nutritionnelles** mais sur des **représentations symboliques** (36).

La symbolique autour des aliments

Ce que " véhiculait " la consommation de certains aliments, sur le plan inconscient, était susceptible d'interférer sur leurs choix.

Dans *" Préférences et symboles alimentaires chez le sujet âgé ",* Jean-Pierre Corbeau expliquait que les **fonctions symboliques de l'aliment** s'amplifiaient fortement avec l'avancée en âge. Il faisait notamment référence à une croyance universelle qui reposait sur l'idée que " **l'on devient ce que l'on mange** " car on attribuait aux aliments le pouvoir de " transformer l'individu ". Ainsi, on prêtait à certains aliments un pouvoir malfaisant et à d'autres des vertus bénéfiques (38).

Dans notre étude, la symbolique véhiculée par la **viande rouge** était très présente. Elle avait un statut particulier. D'une part, elle était synonyme de **force** et de **santé**. Mais d'autre part, sa consommation ne devait pas dépasser **1 à 2 fois par semaine** pour rester en bonne santé.

Ce constat était retrouvé dans l'ouvrage de Jean-Pierre Poulain : les citations de la viande comme aliment à limiter, augmentaient régulièrement avec l'âge (36). Elles avaient spontanément **moins envie** d'en manger. Certaines en éprouvaient même du **dégoût**. Le **rejet de la viande** par certaines femmes (" vache folle " ou campagnes médiatiques sur la souffrance des animaux d'élevage) relevait sans doute du même processus d'ordre symbolique.

Dans " *Homo Sapiens : un mangeur biologique et culturel* ", Eric Birlouez évoquait le fait que la viande avait été longtemps envisagée comme un marqueur de **force**, de **puissance** et de **richesse** (39).

Cette idée persistait dans les esprits des patientes, la viande rouge était peu consommée dans l'enfance et était réservée aux gens **aisés**, aux **jeunes** et aux **travailleurs de force.**

Les femmes préféraient consommer de la **viande blanche,** des **œufs** et du **poisson**, plus facile à intégrer quotidiennement au repas, et correspondant plus, d'après elles, à leurs besoins. Le **poisson** était un **aliment santé** indéniable, réputé pour ses qualités nutritionnelles, mais il restait consommé en moyenne **une seule fois par semaine**. Nous pourrions faire l'hypothèse que cette différence, entre leurs préférences et la fréquence de consommation évoquée, pourrait s'expliquer par le prix du poisson frais, qui est relativement **cher**.

Le principal repas de la journée, où la consommation de **protéines** apparaissait majoritaire, était le **déjeuner**. Ce qui était plutôt positif car rejoignant le " **régime protéique pulsé** ", stratégie nutritionnelle apportant 75 % de l'apport protéique journalier au cours du repas du midi (40). Elle avait montré son efficacité sur le **gain de masse maigre** au cours d'une étude prospective randomisée. Elle a été retenue par le **Programme National pour l'Alimentation** en 2010 (11).

Le **sucre** était toujours connoté **négativement**, puisqu'il était associé à la **gourmandise**, donc faisait **grossir**. Elles incluaient dans le sucre, les **féculents** et le **pain**, qui étaient alors considérés **mauvais** pour la santé. Ce résultat était en accord avec l'étude de J-P. Poulain : seulement 18 % de la population étudiée considéraient les féculents comme des aliments " santé " (36).

Les **matières grasses** regroupaient principalement, d'après les patientes, le gras d'**origine animale** (dont les produits laitiers), le **beurre** et les **huiles**. Le " gras " était un aliment **symboliquement** et **gustativement bon** mais devait être consommé **sans excès** car faisant grossir et potentiellement **mauvais pour la santé**.

Le "gras" était un vecteur de **plaisir** pour toutes. Seule **l'huile d'olive** avait bonne réputation. Elle pouvait être consommée quotidiennement, et était considérée **bonne** pour la santé, ce qui est paradoxal puisque l'huile d'olive n'est composée que de corps gras. Il semblait que les femmes confondaient parfois, ce qui était **bon pour leur santé** et ce qui était **bon pour le maintien de leur poids**.

Ces constatations illustrent que la relation aux aliments était intimement liée à une **symbolique**, qui déterminait en partie les choix de ces femmes.

Le choix d'une alimentation éthique

Le **respect de l'environnement** était un thème important. La consommation de produits du **terroir**, ou des fruits et légumes de **leur jardin**, les rassurait. Elles attachaient une grande importance à consommer des produits de l'**artisanat local** et de **saison** dès qu'elles le pouvaient. Elles allaient, par exemple, choisir de manger des **potages/soupes** l'hiver, à base de légumes de saison. L'étude *" Monotonie ou diversité de l'alimentation : les effets du vieillissement "* a en effet montré que le panier alimentaire des personnes âgées de plus de 60 ans était principalement composé de **produits frais** (23).

Elles préféraient **cuisiner des produits bruts** et **simples**, plutôt que de consommer des **plats préparés.** Ceci paraît spécifique aux individus de cette génération qui n'ont pas été habitués à consommer ces plats, qui se sont surtout développés dans les années 1980.

La **diminution de la qualité** des produits alimentaires était principalement attribuée aux **mauvaises conditions d'élevage** des animaux et de **production industrialisée** des aliments, dont elles n'arrivaient pas à connaître l'**origine** le plus souvent. Lors des entretiens, nous avons constaté que cette notion pouvait être une **source d'inquiétude**, lorsque les aliments étaient **difficilement identifiables** que ce soit en termes d'aspect ou de traçabilité.

Dans une étude de l'AFSSA de 2009, l'intérêt pour les processus de **fabrication** des aliments augmentait avec l'âge (13). De même que la notion de **sécurité alimentaire** devenait source d'inquiétude pour les patientes. Elles étaient choquées par le **gaspillage actuel** lié à l'abondance alimentaire industrielle, à laquelle elles n'avaient pas été habituées.
Elles se sentaient **rassurées** de pouvoir choisir librement leurs aliments, puisqu'elles étaient toutes encore en mesure de le faire.

Le manque de « bonnes » informations

Les sources d'informations qui apparaissaient les plus influentes étaient les **médias** (TV et presse écrite) et **l'entourage**, données parallèles retrouvées dans plusieurs études (22,24,33).
Les patientes avaient une réelle volonté de **s'informer** en matière d'alimentation. Ce résultat rejoint celui de l'étude INCA 2 : 83 % des femmes déclaraient un intérêt manifeste pour l'alimentation (24). Les deux préoccupations principales pour choisir leurs aliments étaient de savoir ce qu'il fallait manger pour être en **bonne santé**, et de connaître l'**origine** des aliments.

Seulement une patiente avait évoqué les " **5 fruits et légumes"** du PNNS. Nous pourrions considérer que **l'impact de prévention est faible**, et qu'il n'était pas un déterminant majeur de leurs choix alimentaires malheureusement. Nous pourrions aussi émettre l'hypothèse qu'elles ne connaissaient pas le PNNS en soi mais en connaissaient quelques messages principaux : la nécessité de manger au moins cinq fruits et légumes par jour a été l'un des premiers messages promus, et relayé par les **médias**. Bien que de nombreuses publicités de l'industrie agro-alimentaire sur le lait, les yaourts, les fromages et autres préparations lactées aient été diffusées, le repère sur la consommation de produits laitiers était nettement moins ancré dans les esprits que celui des fruits et légumes, résultat retrouvé dans l'étude Baromètre Santé Nutrition de 2008 (33).

A noter que, pour toutes, le rôle du **médecin généraliste** était quasiment **nul.** De même, il n'était déclaré comme principale source d'information que par 19% des participants dans l'étude Baromètre Santé Nutrition (33). L'étude INCA 2 montrait que les professionnels de santé représentaient une source d'information pour 40% des patients bien après les **médias** (64%) et la **presse écrite** (63%) (24).

Une thèse réalisée à Angers en 2016 concluait que les patients étaient attentifs au rôle de leur alimentation sur la **santé** et à la place que le **médecin généraliste** pouvait y jouer. Malgré tout, ils devenaient réellement demandeurs de conseils qu'en cas de **pathologie** liée à la nutrition. Ils étaient beaucoup moins sensibilisés à la **prévention primaire** (41). Il serait essentiel que le médecin généraliste, amené à voir régulièrement ces patientes, joue un rôle pour relayer auprès d'elles les **informations nutritionnelles** et assurer la **prise en charge précoce** des problèmes nutritionnels. D'autant plus que l'**adhésion** aux quelques conseils alimentaires médicaux évoqués lors des entretiens était favorable par rapport à la prise de médicaments conventionnels.

Le « bien manger »

La question ouverte " **selon vous qu'est que bien manger ?** ", permettait d'explorer différentes dimensions selon la compréhension de la question par chacune.

Pour la plupart, il s'agissait avant tout d'**équilibrer son alimentation**, tout en se faisant **plaisir**. Par équilibre, elles entendaient : **varier** les produits, faire **trois repas par jour**, **ne pas grignoter**, **ne pas faire d'excès**.

Les **qualités nutritionnelles** des produits alimentaires devenaient également un enjeu central pour ces femmes. Elles souhaitaient, par le biais de leurs choix alimentaires, conserver la **santé** mentale et physique, et par conséquent leur **autonomie**, le plus longtemps possible.

Le **" bien manger "** restait une valeur très importante pour ces patientes, dont la majorité craignait que cette dimension ne fut menacée par l'**industrialisation** alimentaire croissante.

2. Forces et limites de l'étude

La **recherche qualitative** a été choisie, afin d'explorer le discours des patientes. Ce mode de recherche permet d'explorer et de comprendre des phénomènes, sans chercher à quantifier ni à mesurer. Il a permis de ne pas orienter les réponses et de mettre en valeur ce qui était le plus important pour elles concernant les déterminants de leurs choix alimentaires.

Les **entretiens individuels** ont été préférés au focus-group car les femmes auraient pu être influencées par les réponses des autres participantes. Certains sujets sensibles, tels que l'enfance ou la solitude, n'auraient peut être pas été évoqués. L'entretien, qui se déroulait chez elles ou dans un lieu de leur quotidien, a permis qu'elles se sentent rassurées et en confiance pour s'exprimer librement.
Cependant, une **triangulation** par des focus-group aurait pu enrichir les résultats. Grâce à la dynamique de groupe, elles auraient pu partager des souvenirs ou des habitudes communes, et se seraient plus longuement exprimées, en complétant ou en confortant leurs discours.

Certaines patientes ont été recrutées sur le lieu de remplacement habituel de l'enquêteur. La plupart provenait d'une même patientèle. Elles connaissaient l'enquêteur et étaient donc familiarisées à sa pratique, ce qui a pu influencer leur recrutement. Certaines faisaient partie de son entourage. Les femmes qui ont acceptées d'être interviewées se sentaient probablement concernées par le sujet, et considéraient leur alimentation correcte. L'enquêteur a estimé leurs capacités cognitives satisfaisantes, en fonction du dossier médical mais également du contact. Le choix de ne pas réaliser de MMS avant l'entretien a été fait, afin de ne pas mettre mal à l'aise les patientes interrogées.
Il existe donc un **biais de recrutement.** Il aurait été cependant difficile de recruter des patientes totalement inconnues, dans le but de réaliser un entretien à leur domicile.

L'étude de trois milieux différents (rural, semi-rural, urbain) a permis d'avoir des résultats riches, issus de milieux sociaux variés. Même si un effort a été réalisé pour étudier ces différents milieux, les critères de recrutement n'ont pas permis d'obtenir une **variation maximale** des différents types de femmes. Notre échantillon était composé de femmes **valides** et **autonomes**

pour tous les actes de la vie quotidienne, ce qui introduit nécessairement un biais dans les réponses obtenues. Ce qui pose la question de leur **représentativité** par rapport à l'ensemble de la population.

L'étude s'est cantonnée au département d'**Indre-et-Loire**. Ces résultats ne sont donc pas opposables à toutes les régions françaises.

Les entretiens ont été réalisés par l'enquêteur, il s'agissait de sa **première expérience** en tant qu'interviewer. Ses hypothèses préalables ont pu transparaître dans la formulation des questions (**biais de suggestion**) et influencer l'analyse des résultats. La thématisation a compris une part de **subjectivité** de la part de l'enquêteur, pouvant entraîner un **biais d'interprétation**.

L'hypothèse d'un **biais déclaratif** n'était pas totalement exclue, renforcée par la subjectivité de l'enquêteur, même s'il a essayé d'être le plus neutre possible. Cela dépendait également de l'état d'esprit des femmes au moment de l'entretien, mais aussi de la qualité de la relation établie avec elle.

La relecture de l'entretien retranscrit n'a pas été soumise aux patientes. Le **directeur de thèse** a relu les entretiens et a validé l'arbre thématique au fur et à mesure du travail de codage, seule source de **triangulation des données** dans l'étude. Cela a permis de contrôler en partie la subjectivité de l'enquêteur.

La **saturation** des données, obtenues au neuvième entretien, rassure sur leur exhaustivité, renforcée par la réalisation de trois entretiens supplémentaires sans l'émergence de nouvelles idées.

V. CONCLUSION

Cette étude qualitative a exploré les déterminants des choix alimentaires des femmes de 75 ans et plus, en bonne santé et autonomes à domicile.

L'alimentation ne se résume pas simplement à l'ingestion de nourriture. Elle est le support de **représentations mentales** personnelles et culturelles. Les choix alimentaires sont donc conditionnés par un ensemble de **déterminants individuels** et **collectifs** (42).

Le **plaisir**, principal déterminant des choix alimentaires des femmes de 75 ans et plus, est éprouvé par le biais du **goût**, de la **remémoration** de souvenirs, de la **convivialité** et du **bien-être.** Le maintien du plaisir est un enjeu fort, non seulement parce qu'il contribue à la **qualité de vie**, mais aussi parce qu'il pourrait aider à maintenir un **bon état nutritionnel.**

Les femmes sont très réceptives aux **symboles** véhiculés par les aliments. Leurs **représentations** en vieillissant, ainsi que leurs **habitudes** sont difficiles à modifier. Elles sont également très sensibles à la **dimension** « **santé** » des aliments, mais paradoxalement n'en parlent que très peu avec leurs médecins généralistes. Elles considèrent l'alimentation comme un moyen de « **bien vieillir** ». Les médias et l'entourage ont un rôle prépondérant dans leurs choix.

Elles ont tendance à privilégier leurs propres règles de « **bon sens** », plutôt éloignées du discours scientifique nutritionnel. L'acte de manger renvoie aussi au **passé**, à **l'histoire** de chacune, qui reste encore parfois synonyme de privations pour certaines.

Cette étude est bien sûr non exhaustive. Elle a tenté d'étudier la **complexité des rapports** que ces femmes entretiennent avec l'alimentation.

Il semble important de prendre en compte ces déterminants pour **optimiser notre discours** de médecin généraliste. Il est illusoire de penser que nos quelques conseils lors d'une consultation et leur seule volonté pourraient faire changer leurs habitudes.
Il est donc de notre rôle, dans un climat de **confiance**, d'identifier les principaux déterminants propres à chacune, et d'en **renforcer** certains points, en **valorisant** les bonnes habitudes, les

recettes familières... et en les intégrant aux recommandations nutritionnelles du PNNS.

Une consultation annuelle de médecine générale, dédiée à la recherche des **déterminants alimentaires**, dans le cadre de la **prévention primaire** de la dénutrition, pourrait être instaurée. Il serait intéressant d'étudier le **point de vue des médecins généralistes** de la Région Centre pour mettre en place effectivement cette consultation. Une **consultation annuelle dédiée** au dépistage de la dénutrition, chez toutes les personnes âgées de plus de 70 ans, est déjà préconisée par les recommandations de la HAS (35). L'étude Nutrimège a conclu à un **renforcement de la formation** initiale et continue des médecins généralistes en nutrition et en prévention (43).

Il serait également intéressant d'intégrer ces thèmes dans de futures **études quantitatives** autour de l'alimentation des femmes de 75 ans et plus, pour évaluer l'importance de chacun des déterminants retrouvés. Comparer les déterminants de leurs choix et leurs comportements réels, en fonction de leur état nutritionnel, pourrait être un objet d'étude intéressant.

Il est indispensable que les autorités de santé continuent leurs efforts de **communication** auprès des médecins généralistes mais également auprès du grand public afin de les convaincre de l'enjeu de l'alimentation pour les personnes âgées, car elles seront, d'après les prévisions de l'INSEE, 9 millions en 2030, contre 6 millions aujourd'hui (6). Les habitudes alimentaires de l'enfance, qui conditionnent toute une vie, sont également un enjeu majeur de Santé Publique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ferry M, Sidobre B, Lambertin A, Barberger-Gateau P. The SOLINUT Study : Analysis of the Interaction between Nutrition and Loneliness in Persons Aged over 70 Years. J Nutr Health Aging. 2005;9(4):261-8.

2. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Espérance de vie - Mortalité [Internet]. INSEE; 27 février 2018 [Consulté le 27 janvier 2019]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303354?sommaire=3353488

3. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée - Service des recommandations professionnelles, argumentaire [Internet]. HAS; avril 2007 [Consulté le 20 Septembre 2018]. Disponible sur: https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_argumentaire.pdf

4. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire - Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. HAS; Mars 2015 [Consulté le 20 Septembre 2018] Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf

5. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Evolution de la population, bilan démographique 2019 - Population par sexe et groupe d'âges en 2019 : proportions [Internet]. INSEE; 15 Janvier 2019 [Consulté le 27 Janvier 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474

6. Scénario central des projections de population 2013-2070 [Internet]. INSEE; 17 janvier 2017 [Consulté le 20 Septembre 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381470#tableau-Donnes

7. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Programme National Nutrition Santé 2011-2015 [Internet]. [Consulté le 29 juin 2017]. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/reperes_nutritionnels/pdf/pnns-2011-2015.pdf

8. Comité Régionale Aquitaine d'Education pour la Santé - Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida Rhône-Alpes. Synthèse documentaire développée dans le cadre du programme « Mieux se nourrir, mieux vivre quand on avance en âge » [Internet]. CRAES-CRIPS; Mise à jour juin 2006 [Consulté le 7 Juillet 2017]. Disponible sur : http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/CraesCrips.pdf

9. Alles B. Profils de comportements alimentaires et déclin cognitif chez les personnes âgées en Aquitaine et au Québec. Thèse de Santé Publique, Bordeaux: Université Bordeaux 2; 2013.

10. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif aux objectifs de santé publique quantifiés pour la politique nutritionnelle de santé publique (PNNS) 2018-2022 [Internet]. HCSP; 9 Février 2018 [Consulté le 3 Mars 2019]. Disponible sur : https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=648

11. Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Forêt. Le nouveau Programme National pour l'Alimentation [Internet]. [Consulté le 3 Mars 2019]. Disponible sur : https://www.ademe.fr/sites/default/files/assets/documents/le-nouveau-programme-national-pour-lalimentation.pdf

12. Torres M. Statut nutritionnel de la personne agée vivant à domicile : prévalence, facteurs associés et conséquences. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2014.

13. Agence française de sécurité sanitaire des aliments. Avis sur l'évaluation des besoins nutritionnels chez les personnes âgées fragiles ou atteintes de certaines pathologies afin de définir des références nutritionnelles permettant d'adapter leur prise en charge nutritionnelle [Internet]. AFSSA; 2009 [Consulté le 7 Juillet 2017]. Disponible sur: https://www.afssa.fr/Documents/NUT2008sa0279.pdf

14. Gruaz D, Fontaine D. Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes [Internet]. Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes; 2004 [Consulté le 27 Janvier 2019]. Disponible sur : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Nutrition_2004.pdf

15. Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle. Etude Nationale Nutrition Santé. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme National Nutrition Santé [Internet]. Institut de veille sanitaire; 2006 [Consulté le 29 Juin 2018]. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3481

16. Bousseau A-D, Gaignier C. Les pratiques alimentaires des Français : du discours à la réalité. Exploitation de l'enquête INCA. Cahier de recherche CREDOC. Nov 2002;179:1-83.

17. Bouchard L. Les représentations sociales de l'alimentation de la personne âgée : exploration et description ou la sagesse du " whippet ". Thèse de Psychologie, Laval: Université Laval; 2010.

18. Lahlou.S. Penser Manger. Les représentations sociales de l'alimentation. Thèse de Psychologie, Paris: Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales; 1995.

19. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De boeck Supérieur; 2014.

20. Nicklaus S. Déterminants sensoriels et cognitifs des préférences et des choix alimentaires des enfants. Innovations Agronomiques INRA. 2018;65:41-54.

21. Lahlou S. Peut-on changer les comportements alimentaires ? Cahiers de nutrition et de diététique. 2005;40(2):91-96.

22. Institut National de la Recherche Agronomique. Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ? Expertise scientifique collective [Internet] INRA; 2010. [Consulté le 3 Mars 2019]. Disponible sur: https://www6.paris.inra.fr/depe/Projets/Les-comportements-alimentaires

23. Gojard S, Lhuissier A. Monotonie ou diversité de l'alimentation : les effets du vieillissement. INRA Sciences Sociales. 2003;(5):1-4.

24. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments. Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires (INCA 2) [Internet]. AFSSA; 2006-2007 [Consulté le 7 Juillet 2017]. Disponible sur: https://www.anses.fr/fr/system/files/PASER-Ra-INCA2.pdf

25. Fischler C, Masson E. Manger, Français, Européens et Américains face à l'alimentation. Paris: Odile Jacob; 2008.

26. Ferry M. Bases nutritionnelles pour un vieillissement réussi. Cahiers de Nutrition et de Diététique. 2008;43(2):90-96.

27. Maître I. Perceptions sensorielles et préférences alimentaires des séniors : contribution au maintien du statut nutritionnel et à l'appréciation des produits. Thèse de Sciences Agronomiques et Sensorielles, Angers: Université d'Angers; 2014.

28. Pouyet V, Giboreau A, Cuvelier G, Benattar L. Perception, préférences et consommation alimentaires chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cliniques : Ordres et désordres de l'oralité aux différents âges de la vie. 2013;6:217-32.

29. Laureati M, Morin-Audebrand L, Pagliarini E, Sulmont-Rossé C, Koster E, Mojet J. Food memory and its relation with age and liking : An incidental learning experiment with children, young and elderly people. Appetite. 2008;51(2):273-82.

30. De Saint Pol T. Déterminants sociaux et culturels de l'alimentation [Internet]. [Consulté le 5 Février 2019]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6522/?sequence=14

31. Costalat-Founeau A-M, Picot M-C, Hauchard D, Klimekova M, Favier F. Représentations du corps et de l'alimentation chez une population de femmes de plus de 75 ans. Peer Reviewed Online Journal. 2002;11(4)1-20.

32. Hébel.P, Recours F. Evolution des comportements alimentaires : le rôle des générations. Cahiers d'Economie et Sociologie Rurales. INRA Editions. 2007;(82-83):79-108.

33. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Baromètre santé nutrition 2008 [Internet]. [Consulté le 16 Juillet 2017]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1270.pdf

34. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Comparateur de territoire - Département d'Indre et Loire (37) [Internet]. INSEE; 25 Septembre 2018 [Consulté le 27 février 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-37

35. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [Internet]. HAS; 2007 [Consulté le 16 Juillet 2017]. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf

36. Poulain J-P. L'alimentation et ses représentations. Dans : Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques. Volume 1. Toulouse: Privat; 2002. p. 227-235.

37. Escalon H, Beck F, Bossard C. Associations entre la connaissance des recommandations du Programme National Nutrition Santé et les comportements en matière d'alimentation et d'activité physique. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2013;61(1):37-47.

38. Corbeau J-P. Préférences et symboles alimentaires chez le sujet âgé. Dans: Nutrition de la personne âgée. Paris: Elsevier Masson; 2012. p. 323-338.

39. Birlouez E. Homo Sapiens : un mangeur biologique et culturel. Dans: INRA-Université d'été de Nutrition, Evolution humaine et alimentation: 15 Septembre 2010; Clermont Ferrand.

40. Aussel C, Woelffle E, Lemoigne P, Depailler L, Bouillanne O. Une nouvelle stratégie nutritionnelle pour lutter contre la dénutrition et la sarcopénie : le régime protéique pulsé. Cahiers de Nutrition et de Diététique. 2013;48(1):33-40.

41. Labbé L. Conseils nutritionnels par le médecin généraliste : attente des patients. Thèse de Médecine, Angers: Université d'Angers; 2016.

42. BOUNAUD V, MOREAU F. Nutrition, Obésité, Activités physiques : Synthèse documentaire réalisée dans le cadre de la mise en place des plateformes. Rapport n°153 [Internet]. [Consulté le 23 Février 2019]. Disponible sur : http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/AIQ0x8SyntNut14.pdf

43. Covi-Crochet A, Cittee J-C, Letrilliart L. Fréquence, modalités et déterminants de l'éducation nutritionnelle des patients en médecine générale : l'étude Nutrimège. La Revue du Praticien-Médecine Générale. 2010;60(6):4-8.

44. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer 2009;88:106-12.

45. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84:142-5.

ANNEXE 1 : GLOSSAIRE (44,45)

Analyse thématique : Méthode d'analyse de contenu qui consiste à repérer les unités sémantiques fondamentales, et à les catégoriser.

Catégorie : Ensemble d'éléments ayant des caractéristiques communes, réunis artificiellement dans un but de classification.

Catégorisation : Opération intellectuelle qui permet de déduire un sens plus général d'éléments déjà codifiés, sous la forme de catégories.

Codage : Opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies) en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun.

Codage ouvert : Codage inductif, effectué lorsque la grille d'analyse n'est pas définie au départ. C'est à partir du verbatim que la grille est élaborée.

Entretien individuel : Méthode d'enquête qualitative reposant sur une situation individuelle de face à face entre un interviewer et un interviewé.

Entretien semi-dirigé : Entretien en face à face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise une trame d'entretien dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

Etude qualitative : Travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.

Retranscription : Première étape de l'analyse des données qualitatives, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles, et permettant de s'approprier progressivement les propos de l'interviewé.

Saturation des données : Terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune nouvelle donnée n'émerge plus au cours de l'analyse.

Trame d'entretien : Série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus spécifique, et elles sont évolutives. Le degré de formalisation du guide dépend de l'objet de l'étude et du type d'analyse projeté.

Triangulation : Utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité interne des résultats d'une étude. On peut distinguer la triangulation des données (temporelle, spatiale, par combinaison de niveaux), la triangulation du chercheur, la triangulation théorique et la triangulation méthodologique. La validation par les enquêtés peut aussi être considérée comme une forme de triangulation.

Verbatim : Compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien.

ANNEXE 2 : LETTRE D'INFORMATION AUX PATIENTES

Madame,

Je m'appelle Emmanuelle FOUASSIER, je suis actuellement remplaçante en médecine générale. Je réalise un travail dans le cadre de ma thèse sur l'alimentation des femmes de 75 ans et plus, en Indre-et-Loire, dirigé par le DR HARDILLIER.

Nous devons donc réaliser des entretiens, qui peuvent durer de 20 à 45 minutes selon le déroulement des questions. Ceux-ci s'effectueront dans le cadre du secret médical, avec votre accord préalable. Ils seront enregistrés puis retranscrits intégralement par écrit, mais resteront totalement anonymes.

Vous pouvez à tout moment refuser l'exploration des résultats en m'informant.

Je reste à votre disposition pour toutes informations complémentaires.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

Emmanuelle FOUASSIER

ANNEXE 3 : GRILLE D'INFORMATION et TRAME D'ENTRETTIEN

1. GRILLE D'INFORMATION

- Quel âge avez-vous ?
- Etes-vous née en France ?
- Vivez-vous seule ou accompagnée ?
- Nécessitez-vous des aides à domicile pour le quotidien ?
- Quels sont vos antécédents médicaux ?
- Prenez-vous des médicaments tous les jours ?
- Suivez-vous un régime alimentaire prescrit par un médecin ou une diététicienne?
- Avez-vous un potager ? Si oui, consommez-vous les produits issus de celui-ci ?
- Accepteriez-vous d'être pesée et mesurée s'il vous plaît ?

2. TRAME D'ENTRETIEN

1. Pouvez-vous me dire ce que vous avez mangé hier ?

2. C'est ce que vous mangez habituellement ?

   - Pourquoi choisissez-vous ces aliments ?

   - Qu'en est-il des autres repas ?

3. En fonction des aliments cités lors des précédentes réponses : que vous évoque la viande ? Le poisson ? Les légumes ?...

4. Il y a-t-il des aliments que vous ne mangez jamais ? Pourquoi ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

5. A l'inverse, vous forcez-vous à manger certains aliments ? Pourquoi ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

6. Qu'est-ce qui fait grossir dans tel aliment ? Ou : Qu'est-ce que vous évoque le poids ?

7. Qu'est-ce qui change dans le fait de se retrouver seule pour manger ?

8. Finalement, pour vous, qu'est ce que " bien manger " ?

Questions de relance :

- Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?

- Qu'est-ce que cela vous évoque ?

- Pouvez-vous me donner un exemple ?

- Pouvez-vous m'expliquer ?

- Que voulez-vous dire par là ?

Question de clôture :

- Pensez-vous avoir évoqué tout ce qui vous semblait important ?

ANNEXE 4 : Verbatims à partir du compte-rendu de terrain de l'entretien n°4

I = Interviewer / P4 = patiente 4

I : On va parler ensemble de l'alimentation dans le cadre de ma thèse. J'vous rappelle que j'enregistre notre conversation, j'ai mis le dictaphone en route.
P4 : Oui oui j'me souviens bien ! J'espère que j'vais pas dire de bêtises !! *[rires]*

I : Euh surtout ne vous mettez aucune pression, c'est une petite conversation banale, tout ce qui vous passe par la tête m'intéresse vraiment... faut vous sentir libre de parler même de choses qui vous paraissent bizarres, en plus j'peux vous poser des questions qui vont vous paraître bizarres mais vraiment dites-moi ce qui vous passe par la tête ok ?
P4 : Oui oui oui ! *[rires]*

I : Ok alors pouvez- vous me dire ce que vous avez mangé hier par exemple ?
P4 : Euuuh... ba hier soir j'ai mangé deux oeufs sur le plat avec de la salade et une petite barquette de fruits au sirop.

I : C'est toujours ce que vous mangez le soir ?
P4 : Oui oui je ne mange jamais de viande à faire cuire, c'est soit des fois un restant comme du veau ou un petit rôti... Mais autrement non je ne m'en fais pas c'est plutôt des oeufs ou une tranche de jambon , ça va être une petite boîte de sardines à l'huile, ou un potage.

I : Que vous évoque le jambon par exemple? Et les oeufs, les sardines ?
P4 : Baaaa... j'me dis il y a des protéines là d'dans, ça me surcharge pas l'estomac pour la nuit et puis tout ça... et puis c'est vrai que quand on vieillit on mange de moins en moins.

I : Ah bon ?
P4 : Tout au moins moi je fais attention parce que j'ai de l'appétit mais bon je fais attention!

I : Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?
P4 : C'est ça c'que j'mange le soir, je ne fais pas de grosse cuisine le soir, à dire à préparer, c'est des restants ou du jambon. Et du jambon que je prends à la coupe, je ne prends pas de jambon sous vide, j'aime pas, je préfère en acheter moins mais que ce soit bon, parce que maintenant le jambon comme ça tu le laisses 2-3 jours il y a de l'eau, j'en ai un dégout de ces jambons là ! Industriels comme le bon paris ou herta t'en achètes 3-4 tranches, t'en manges une tranche et après même si c'est dans ma boîte exprès c'est pas bon ! Je deviens difficile en vieillissant *[rires].*

I : Vous pensez ?
P4 : Oui... je deviens, sans être bio et tout ça mais je fais attention, comme je suis toute seule j'en achète moins mais je peux me permettre d'acheter un peu de meilleure qualité.

I : Que voulez-vous dire par là ?
P4 : Quand j'entends les gens parler, baaa il faut des protéines, il faut des lipides, il faut des féculents, alors j'essaye un petit peu de varier dans la journée. C'est comme les légumes... bon je mange peut-être pas 5 fruits et légumes par jour

mais je m'en approche, j'essaye de le faire.

I : Où avez-vous entendu parler des 5 fruits et légumes par jour ?
P4 : Oh ba partout !! Vous prenez le journal, pour Intermarché ou autre ils font des réclames et puis en dessous ils mettent l'annonce, la télé aussi, mais ça fait longtemps que je le sais. Bon là faut que j'aille en course mais sinon le matin j'ai un kiwi... l'après midi des légumes verts, des fois le soir si je mange pas beaucoup et ba je mange une banane. Voilà ça fait à peu près 3-4, ça fait peut-être pas 5 tous les jours ! *[rires].*

I : Et pas au goûter ?
P4 : Aaaah non ! Pourtant j'aurais faim mais comme j'ai repris du poids je veux pas en reprendre encore ! *[rires].* Je bois du thé toute la journée ou des tisanes je bois beaucoup, mais à 4 h c'est très rare ou alors c'est que j'ai quelqu'un et que je les attends, j'ai fait un gâteau, je vais prendre une petite part de gâteau mais c'est exceptionnel. Mais je ne m'en fais pas pour moi toute seule, et puis les enfants les petits quand ils viennent ils ont leur brioche mais moi j'en mange pas...

I : Pourquoi ?
P4 : Ba j'ai pas faim en plus je ne me prive pas, j'en ai pas envie. J'en ai deux brioches là dans mon placard pour quand mon petit-fils passe le soir mais dans la journée je n'y pense pas, puis j'ai des pots de nutella, des pots de confiture, mais c'est pour les gamins ils aiment bien!

I : Justement est-ce que ça change quelque chose d'avoir du monde à la maison ?
P4 : Oh ba oui je fais plus quand même ! Mais je fais les mêmes repas que je pourrais manger seule.. Je fais peut-être un petit plus élaboré mais c'est des choses que je pourrais manger toute seule.

I : Par exemple ?
P4 : Baa l'autre jour j'ai eu ma fille à manger et mes petits-enfants, j'avais préparé un poulet rôti, avec des haricots verts et des petites pommes de terre grenailles, en entrée.

I : C'est bon ça!
P4 : Bon mon petit-fils il n'aime pas tout ce qui est crudités donc lui c'est pâté ou rillettes un petit peu en entrée et puis voilà. Puis après y'a le fromage, salade et puis j'avais fait un dessert ! Je m'adapte mais c'est des choses que je vais manger, par exemple le poulet je peux m'en faire mais je vais m'acheter des petites cuisses. Je fais en petites quantités. La plupart du temps je fais quand même entrée, plat, fromage, dessert, je mange bien mais je réduis les quantités et je fais attention. Et des fois le matin je vais prendre que mon thé, ça dépend pour essayer de stabiliser mon poids.

I : C'est important pour vous le poids ?
P4 : Oh oui ! je voudrais perdre 10 kg, je me vois grosse olalala ça m'énerve vous pouvez pas savoir, j'ai toujours ça là *[elle me montre son ventre].* J'ai tellement été habituée à être mince que l'aspect physique me dérange, avant j'étais toujours en train de marcher, aller à l'ecole chercher les enfants et les petits-enfants, 4 fois par jour je les emmenais je revenais, c'était pas beaucoup des petits trajets mais au moins je bougeais, j'étais toujours occupée, je faisais tout, tandis que là en plus avec des temps comme ça quand il pleut, vous savez quand on est seule dans une maison, le ménage est fait, je ne suis pas tous les jours à dire à briquer et tout...Alors je fais des mots croisés.

I : Pouvez-vous m'expliquer ?
P4 : Non mais c'est surtout l'aspect physique qui me gêne. Parce que j'ai du cholestérol je dois avoir 2.60 mais je ne

veux pas prendre de médicament, je connais une dame qui est allée voir une diététicienne qui lui a donné des plantes à prendre. Alors je me régule j'ai de la volonté je ne mange pas deux fois de la viande par jour, le soir léger. Parce qu'avec des plantes ça risque rien.

I : D'après vous,, qu'est ce qui peut apporter du cholestérol ?

P4 : Le sucre, la graisse, le manque d'activité, la sédentarité. Une fois j'étais à plus de 3 mais j'avais fait faire ma prise de sang juste après les fêtes !! *[rires].* J'avais mangé foie gras et tout ce qui s'en suit ! C'était la première fois que ça m'arrivait je me maintenais toujours entre 2.60 et 2.70. Le médecin m'a dit " *va peut être falloir envisager un traitement* " , je lui ai dit " *Ah non non non surtout pas !* " *[rires]* donc j'ai fait attention et trois mois plus tard j'étais redescendue à 2 et quelques comme j'étais avant alors il ne m'a pas reparlé de médicaments *[rires]* puis alors moi les médicaments je ne suis vraiment pas médicaments ! Non si faut que j'me dise faut pas que tu manges de ça je le ferais plutôt que d'avaler des comprimés!

I : Justement il y-a-t-il des aliments que vous ne mangez jamais ?

P4 : Non je mange un peu de tout. Ce que j'aime pas trop c'est la viande rouge... Pourtant je mange le poulet, le veau, les escalopes de dinde, tout ce qui est viande blanche du lapin et puis tout ça. Je vais manger un bifteck hâché mais alors *[elle tape du poing sur la table]* faut qu'il soit comme de la savate ! et puis un bifteck c'est pareil.

I : Pouvez-vous m'en dire plus ?

P4 : J'en mange plus, tout le monde me dit " *oh ba dis donc tu perds toutes les calories qu'il y là dedans* " ba oui mais moi si jamais je prends un bifteck comme ça que je fais juste l'aller-retour, que sous mes dents c'est mou... et puis qu'il y a du sang qui sort... ça me dégoûte ! Y'a rien à faire. Dans le temps, quand mon mari était là, je faisais des rosbeefs, je prenais les entâmes et je les remettais dans le plat encore chaud de manière que ce soit très cuit. Le goût et l'aspect me gênent. Quand le sang sort, y'a que ça, autrement je ne suis pas difficile, que ce soit en légumes ou n'importe quoi je mange de tout.

I : Donc c'est surtout la viande rouge si je comprends bien ?

P4 : Oui... Je vais remplacer par une viande blanche ou alors par deux oeufs. Je ne fais pas de fixation, ça ne me gêne pas de ne pas manger de viande rouge. Pourtant dans le congélateur, comme mon fils va à la chasse, j'ai du gibier, c'est de la viande rouge, moi le gibier j'aime pas trop ça pourtant c'est très bon, y'a de la biche, du chevreuil. C'est fort en goût, j'en donne à mes enfants. C'est une viande très maigre qui fond dans la bouche. Mais ça ne me dit rien. Je vais en faire pour d'autres mais pour moi non.

I : Ah bon pourquoi ?

P4 : Ba par exemple ba mon mari... il était très difficile, il n'aimait pas les légumes ! *[rires]* Les patates ! Il aimait bien les côtes de porc avec les choux de bruxelles c'était son plat préféré tout au début après ça a changé un peu, euh... de la viande, mais vous voyez en vieillissant même avant de tomber malade, il se mettait plus sur le poisson. Il avait un dégoût de la viande parfois, par contre ce qu'il aimait bien, c'est quand je faisais des pot au feu, des potées, des ragouts, des haricots demi-secs avec de l'agneau, des plats à l'ancienne, ça il aimait ça ! Et puis les poissons il aimait bien farinés puis frits tandis que moi je fais dans les papillottes, il disait " *ça n'a ni goût ni gouasse!* " *[rires].*

I : Ca changeait de cuisiner pour 2 ?

P4 : Oui il était difficile ... par contre une fois opéré quand il était malade, il me voyait, que ce soit des endives cuites, des haricots verts des petits pois, n'importe quoi, moi je mange n'importe quoi. Et chez moi on n'était pas élevés avec de la viande, c'était souvent des légumes, des pommes de terre... ma mère elle nous faisait des ragoûts avec des sauces blanches et des feuilles de laurier, y'avait pas de viande mais moi je mangeais ça, on n'était pas riches on était

sept enfants ! Mais mon mari, il n'était pas habitué non plus, je ne comprends pas pourtant il n'était pas riche ni rien mais il était devenu difficile, mais après un coup qu'il était malade et qu'il voyait que moi j'étais en bonne santé et que je mangeais des endives, n'importe quels légumes, il me disait " *ba tiens donne moi z'en un peu* " il se disait peut-être que ça va me guérir...Mais je lui disais " *change un peu* " c'était sa rillette en entrée il ne voulait pas de crudités, après c'était son fromage plutôt que de manger des fruits, il était vraiment très difficile et c'est ce que je lui disais *" pourtant vous n'avez pas été élevés comme ça* " , sa mère n'avait pas d'argent, par contre son frère jumeau il n'est pas difficile comme ça.

I : Que voulez-vous dire par là ?

P4 : Baaaa... ma mère, même si elle n'était pas riche elle faisait de la cuisine comme on faisait dans le temps et puis on était nombreux donc ça permettait pas d'acheter des biftecks à chacun... ba c'était un ragoût, pour faire un boeuf mode c'étaient des morceaux de joues avec des carottes, des trucs comme ça. Et j'en fais encore quand j'ai du monde et puis j'aime bien ça, cette cuisine là, mieux que ces trucs élaborés, quand tu vas dans des grands restaurants ça t'assome ! Un p'tit bout de truc, c'est tout petit c'est les couleurs et puis un petit trait là comme ça une signature ! *[elle me mime l'assiette]* Qu'est- ce que t'as à manger alors que ça coûte la peau des fesses, ah moi j'aime pas ça!

I : C'est pourtant bon parfois !

P4 : Moi j'préfère les plats comme je fais comme une potée, même si on n'en mange pas beaucoup je préfère, ça a un autre goût. Bon quand on me l'offre, quand mon cousin par exemple m'emmenait dans les grands restaurants bon je mangeais mais si c'est moi qui paye ça m'aurait embêtée de mettre aussi cher dans un truc que t'as rien dans ton assiette. C'est sûr t'as une belle vue c'est joli mais sinon t'as deux bouts de machin et une signature dans ton assiette, je suis peut être ancienne méthode! *[rires].*

I : Ba non chacun ses goûts ...

P4 : Mais c'est vrai qu'on a vécu une période pas facile, je suis née en 41, 44-45 après la guerre on n'avait rien, j'ai vu des fois manger des tartines de saindoux à 4 h, on s'y habituait. Comme les râgouts avec la sauce blanche, on était habitués on trouvait ça bon, et puis ça remplissait l'estomac, tu repartais à l'école t'avais pas le ventre vide... Maintenant va donner ça à un gamin ! Même à mes petits-enfants dis donc faudrait pas leur amener ça, même s'ils ont pas de viande mais tout au moins .. ce qu'ils adorent c'est ma purée!

I : C'est sûr que ce n'était pas la même époque...

P4 : Et oui... et pourtant nous gamins on n'était jamais malades ! Et puis on n'avait pas de chauffage dans les chambres, je m'en rappelle j'allais laver le linge des fois y'avait de la glace dans le grand truc en zinc. J'avais 13-14 ans j'allais laver du linge à ma mère, et puis on n'était jamais malades. Mais on a des souvenirs quand on parle, c'était bien on était heureux on se prenait pas la tête... Et puis on était tous pareils, bon y'avait des riches mais qui vivaient dans des quartiers plus aisés tandis que nous dans notre quartier les gens avaient souffert de la guerre. Les gamins comme nous on vivait tous pareils, on mangeait tous pareil, on ne se sentait pas regardés de travers parce qu'on était les pauvres, on s'amusait autant, on vivait bien et chez moi y'avait jamais de docteur, même quand mes parents étaient âgés ils n'étaient pas maladifs !

I : Pouvez-vous m'en raconter plus ?

P4 : Oh oui on avait une nourriture saine, mon père faisait son jardin, c'étaient des légumes, ma mère faisait des lapins , des poules, on mangeait ce qu'on avait sous la main ! Nous aussi avec mon mari on avait un potager mais c'est lui qui s'en occupait, je m'en suis occupée pendant 2-3 ans quand il était malade parce qu'il ne pouvait même plus porter un arrosoir... Mais quand il est décédé j'ai arrêté. Sinon on mangeait ce qu'il y avait dans le potager qu'est ce qu'on avait comme tomates ! J'en faisais, j'achetais de la chair à saucisse, je préparais dans des barquettes en aluminium et puis je

faisais des tomates farcies que je mettais au congel'. Et puis de la salade, quelques pommes de terre mais ça prenait trop de terrain donc on n'a plus fait... des courgettes, les aubergines on n'arrivait pas, des radis, plutôt des légumes d'été et l'hiver des poireaux et de la mâche.

I : Ah oui quand même c'était un sacré potager !

P4 : Ba oui ! *[rires]* Mais à ce moment là je n'allais pas acheter de légumes, par contre si parfois on en manquait j'allais acheter une salade ou deux. Mais chez mes parents par exemple il y avait des bestioles, ils avaient même un cochon, à élever et ils l'avaient tué, ils conservaient dans des grands pots en grès avec la graisse dessus ou alors du salé avec du gros sel. Aaaah... c'était une autre époque c'est sûr par rapport à l'opulence d'aujourd'hui, c'est trop. C'est trop gaspillé, qu'est-ce que ça peut jeter ! Quand on voit dans les poubelles ou dans les supermarchés !

I : Oui c'est triste...

P4 : Je connais un monsieur qui va récupérer à Intermarché des invendus les légumes qui commencent à se fâner, pour ses animaux, il a le droit ils lui mettent de côté dans un hangar. Des fois il m'amène des choux, des choux de bruxelles, des carottes, c'est horrible de jeter tout ça... Ce qui est bon à trier il m'en donne. C'est du gaspillage. Ah non moi je perds pas je suis habituée comme ça ! Sous vide ça peut durer 8 jours après la date si c'est bien conservé mais non faut que ça parte à la poubelle, ils ne peuvent pas vendre. Et puis des fois je vais au marché mais j'ai pas de voiture donc ma fille m'emmène. C'est bien et c'est pas cher mais bon maintenant je n'y vais plus trop.

I : En effet sans voiture ça peut vite être compliqué... Bon... Pouvez-vous me dire si vous vous forcez à manger certains aliments parfois ?

P4 : Non parce que j'aime tout ! Je mange pas mal de poisson, je pense que ça peut m'apporter autre chose que la viande ou les légumes, ça donne du calcium, de l'oméga 3 ou je sais pas quoi... J'aime bien le poisson d'eau de mer pas le poisson d'eau douce, tout ce qui est crustacés j'adore ça, plus que la viande rouge ! Même quand je n'ai pas de poisson, j'ai des petites boites de sardines à l'huile d'olive que je mange le soir plutôt, accompagnées par une ou deux pommes de terre et une salade, pas de fromage ni dessert.

I : Ah bon ?!

P4 : Non mon gros menu c'est le midi. De la salade presqu'à tous les repas, le midi et le soir. J'aime bien la scarole, pour accompagner ça fait de la verdure. Je peux me passer d'autres légumes si j'ai de la salade. Le soir bien souvent, ça va être une tranche de jambon avec de la salade sinon je ne mange jamais en dehors des repas, à part comme je vous disais quand j'ai quelqu'un qui vient je fais un gâteau et j'en prends une petite part. Et j'ai quand même faim le soir ! Ca ne me fait pas sauter de repas... je fais attention mais je mangerais volontiers facilement plus que ce que je mange, mais je me restreins par rapport à mon poids...

I : Pourtant vous n'êtes pas du tout grosse ! Qu'est ce qui vous dérange dans le fait d'être gros ?

P4 : Aaaah j'aime pas ça m'énerve !! Quand je vois mon fils qui est fort faudrait qu'il maigrisse, quand je revois ses photos quand il avait 40 ans je me dis qu'il est vraiment en surpoids et puis j'ai peur pour sa santé. Je me dis c'est la graisse sur l'estomac, le coeur et tout, je suis tout le temps en train de me tracasser pour lui. Ca me turlupine pas mal ! En plus il a mal au ventre souvent, il supporte pas la chaleur par rapport à avant. Il a vieilli.

I : Pourquoi ça vous fait peur ?

P4 : Baaaa parce qu'il a beaucoup de surpoids !! J'ai peur pour sa santé. Moi aussi vous allez me dire j'ai facilement 10 kg en trop mais pour moi je ne me sens pas malade ni rien du tout ! Hier je suis allée chez le médecin tout allait bien, ma tension était à 14/8. Alors que mon fils il fait de l'abus, il est épicurien il aime en qualité et en quantité il mange beaucoup ! Là il a eu une période où il a vu pas mal les copains alors le whisky ça y allait, il a eu mal au ventre, je lui ai

dit " *t'as reveillé ton foie alors que ça allait mieux* " il avait fait un peu de diète, il était au calme depuis presqu'un an. Il a un gros foie blanc laiteux, il fait des triglycérides, tout ça je lui ai dit " *tu lui as fait un afflux de whisky, champagne, vin* " , deux-trois jours après il a été malade!

I : Ah oui d'accord...! Autre chose qui vous passe par la tête ?

P4 : Ba moi quand il y a des repas, je vais boire un peu d'apéritif et puis je vais boire ça dépend si on a du poisson, un fond de vin de blanc, et puis du bon vin rouge avec une viande. Mais jamais seule, je ne bois que de l'eau ! Je ne prends même plus de péteux ni champagne parce que quand je me couche après j'ai des renvois, des aigreurs d'estomac je ne supporte plus au point de vue digestif... La plupart du temps je me sens mal. Donc juste un petit apéritif, un petit whisky, j'aime mieux qu'un vin cuit, c'est vrai j'aime bien [*rires*] avec du coca ou de l'orange, ou un ti punch. Mais j'en prends qu'un et que pendant les moments de repas avec du monde hein ! Des fois je suis trois-quatre mois sans boire une goutte d'alcool, même pas des jus de fruits ou des trucs comme ça, que de l'eau!

I : Ah oui et est-ce que vous excluez certains aliments ?

P4 : Euuuh...maintenant je fais attention au pain... je me suis rendue compte que ça me donne mal au ventre, je crois que c'est le gluten alors je prends du pain au maïs, ça me donne comme un genre de colique. Je prends aussi du lait d'amande et puis des yaourts à la chèvre ou brebis parce que je les digère mieux.

I : Autre chose ?

P4 : Des pâtes j'en mange pas beaucoup ou il faudrait que j'achète des pâtes sans gluten mais vu que j'en mange pas beaucoup, du riz un petit peu de temps en temps... J'ai des hémorroïdes aussi, la gastro-entérologue m'en a enlevées la dernière fois, mais j'ai encore mal. Donc j'y retourne cette semaine. Donc je ne mange plus de cornichons ni moutarde. Je ne sale pas trop mais j'ai pas l'habitude de manger salé de toute façon. J'aime pas trop salé, j'ai l'habitude on avait réduit le sel, je sale quand je fais de la cuisine mais je ne mets pas la salière sur la table. On avait réduit parce qu'il avait du diabète.

I : Votre mari ?

P4 : Oui et le sucre !

I : Pouvez-vous développer un petit peu s'il vous plaît ?

P4 : Bon ben je sais que le sucre il n'y a pas que les morceaux de sucre ou les bonbons ou la confiture et tout ça... Il y en a dans les plats préparés, ou même ils le disent à la télé, j'aime bien regarder la télé lire mon journal, je suis quand même tenue au courant. Ils disent que même dans les croissants c'est du sucre caché. Même dans les pâtes, il y a du sucre, c'est du sucre lent comme ils appellent. J'en mange pas beaucoup... Alors oui je regarde à ça mais pas spécialement, d'abord je ne suis pas gourmande, je ne prends pas des gâteaux ou c'est des gâteaux que je fais donc c'est mieux ! Même du pain de mie nature je ne vais pas en manger ça ne me dit rien. Du beurre c'est pareil j'en mets pas beaucoup, pour faire cuire ma viande ou n'importe quoi je vais plus mettre un peu d'huile d'olive dans le fond de ma poële. C'est très rare mais si je fais des pâtes je vais mettre un morceau de beurre frais, je ne vais pas le faire noircir je le mets comme ça et la viande je la fais cuire sans graisse sinon, je la mets dans ma poële chaude comme ça. J'essaye de faire attention...

I : Pourquoi ?

P4 : Ba l'huile d'olive je pense que c'est peut être moins nocif à chauffer que quand on fait noircir le beurre. C'est des notions que je vois quand je regarde la télé, que je bouquine mes journaux. Et puis on discute des fois avec d'autres aussi.

I : Ah oui c'est bien d'en discuter... et finalement pouvez-vous me dire ce que représente pour vous " bien manger " ?

P4 : *[silence quelques secondes]* ... Pour moi, c'est manger des choses saines, qui me plaisent... Savoir s'arrêter quand on n'a plus faim. Ne pas avoir une sur-alimentation. Se faire plaisir en mangeant, même si de temps en temps on peut faire un p'tit extra mais faire attention à ce qu'on mange quand même manger équilibré. Manger un petit peu de tout, mélanger. C'est ça ce que je fais. Poisson, viande, beaucoup de légumes, les laitages. Faire un petit peu à chaque fois. Et puis quand on va quelque part on peut faire un petit extra, un petit peu plus. Et puis c'est vrai qu'en vieillissant on est vite rasassiés. Comme là le soir je mange pas beaucoup, parfois une entrée copieuse ça me suffirait parce je n'y suis plus habituée. Mais je digère tout bien. Je ne suis pas difficile, j'ai toujours été habituée à manger de tout et manger raisonnablement. C'est ça ma politique. C'est pas parce que je vieillis que je me dis " *je vais manger ça ou faut pas manger ça* ". Et puis mes enfants je les ai élevés comme ça et puis ils sont comme ça aussi.

I : Vous pensez à d'autres choses importantes à me raconter ?

P4 : Ba non je pense qu'on a déjà vu pas mal de choses !! *[rires]*

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

Fouassier Emmanuelle
77 pages – 1 tableau – 1 figure

Résumé :

Introduction : L'alimentation est au cœur de la stratégie globale du " bien vieillir ". La prévalence de la dénutrition est estimée entre 4 et 10 % des personnes âgées à domicile. Les femmes de 75 ans et plus sont à risque de dénutrition et leur rôle quotidien concernant l'alimentation est majeur. L'objectif était d'explorer les déterminants des choix alimentaires des femmes de 75 ans ou plus, autonomes à domicile, en Indre-et-Loire, afin de mieux cibler notre discours de médecin généraliste.
Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 femmes de 75 ans et plus, autonomes à domicile. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale et analyse thématique du contenu.
Résultats : Sept grands types de déterminants qui conditionnent les choix alimentaires de ces femmes ont été mis en évidence : cognitifs, sensoriels, sociaux, environnementaux, les sources d'information, les croyances nutritionnelles et la santé.
Discussion : Le plaisir, éprouvé par les sens mais aussi par la remémoration de souvenirs et par la convivialité, était le principal déterminant des choix alimentaires de ces femmes. Les déterminants cognitifs et sociaux étaient majeurs, au détriment des déterminants purement sensoriels. La dimension " santé " de l'alimentation était un critère notable. La symbolique autour des aliments, ainsi que leurs habitudes, étaient ancrées dans leur quotidien et étaient difficilement modifiables.
Conclusion : L'alimentation est le support de représentations mentales. Les choix alimentaires des femmes de 75 ans et plus sont conditionnés par un ensemble de déterminants individuels et collectifs, qu'il conviendrait de rechercher lors d'une consultation annuelle dédiée de médecine générale, pour prévenir l'installation insidieuse de la dénutrition.

Mots clés : choix alimentaires, femmes, gériatrie, médecine générale, étude qualitative.

Jury :

Président du Jury :	Professeur François MAILLOT
Directeur de thèse :	Docteur Blandine HARDILLIER
Membres du Jury :	Professeur Régis HANKARD
	Professeur Bertrand FOUGERE

Date de soutenance : 30 Avril 2019