

Santé nutritionnelle et vulnérabilité économique des personnes du 3^{ème} âge dans la commune d'Abobo (Côte d'Ivoire)

Daouda Doukoure^{[a],*}; Anon Félix N'Dia^[b]; kadidiatou Raissa Kourouma^[c]

^[a]Sociologue, Service de Nutrition, Chercheur à l'Institut National de Santé Publique (INSP), Abidjan, Côte d'Ivoire.

^[b]Sociologue, Institut d'Ethno-sociologie, Enseignant-chercheur à Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

^[c]Pharmacienne de santé publique, Centre de Recherche d'études de Population et Système de Santé (CREPSS), Chercheur à Institut National de Santé Publique (INSP), Abidjan., Côte d'Ivoire.

*Corresponding author.

Received 2 April 2020; accepted 12 May 2020
Published online 26 May 2020

Résumé

Une nutrition satisfaisante étant un facteur de protection de la santé. L'amélioration de l'état nutritionnel de la population constitue un enjeu majeur pour les politiques de santé publique en Côte d'Ivoire. Cependant, les personnes âgées de 65 ans et plus sont plus vulnérables aux carences nutritionnelles. Cette étude a pour objectif d'analyser les déterminants sociaux de la malnutrition chez les personnes âgées de la commune d'Abobo. Il s'agit d'une étude mixte qui s'est déroulée d'août à janvier 2018 dans le District d'Abidjan et plus précisément dans la commune d'Abobo. A partir d'un échantillonnage par quotas, nous avons sélectionné 267 personnes âgées et 32 acteurs sociaux selon un échantillonnage par choix raisonné. Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-directifs et d'un questionnaire. Les données ont été traitées sur le logiciel SPSS pour le volet quantitatif et le logiciel NVIVO 11 pour le volet qualitatif. Les personnes âgées en situation de vulnérabilité économique ont un revenu insuffisant et faible présentant des fréquences de consommation irrégulières; ce qui les empêche de maintenir de bonnes habitudes alimentaires. Il s'ensuit alors, une vulnérabilité nutritionnelle due à la précarité des conditions de vie des sujets âgés. Ces déséquilibres nutritionnels compromettent leur état de santé.

Mots-clés: Promotion de la santé; médecine préventive; nutrition; politique nutritionnelle; personnes âgées

Doukoure, D., N'Dia A. F., & Kourouma, k. R. (2020). Santé nutritionnelle et vulnérabilité économique des personnes du 3^{ème} âge dans la commune d'Abobo (Côte d'Ivoire). *Canadian Social Science*, 16(5), 44-53. Available from: <http://www.cscanada.net/index.php/css/article/view/11712>
DOI: <http://dx.doi.org/10.3968/11712>

1. INTRODUCTION

La malnutrition est devenue un véritable problème de santé publique. Aujourd'hui, le risque majeur en matière de nutrition n'est donc plus l'obésité ou toutes les maladies dites de surcharge; mais la malnutrition protéino-énergétique (MPE) ou dénutrition (Ferry, Mischis, and Sidobre, 2001).

Avec plus de 795 millions de personnes malnutries dans le monde (FAO, 2015) et 702 millions de pauvres; soit 9,6% de la population mondiale (Banque mondiale, 2015), la malnutrition et la vulnérabilité économique sont devenues des problèmes sociaux de plus en plus préoccupants pour les Etats du monde. Tout comme les pays africains, la Côte d'Ivoire connaît un taux de malnutrition chronique de 27,3% en 2011 dont 15,2% pour la seule ville d'Abidjan (Kinimo, 2013).

En milieu urbain, la progression de la pauvreté est importante. Dans la ville d'Abidjan, le ratio de pauvreté est passé de 14,9% en 2002 à 21,02% en 2008. Dans les autres villes, la pauvreté a progressé de 31,9% en 2002 à 38,06% en 2008; soit près de 20% de hausse (DSRP, 2009).

Alors s'alimenter étant un acte clé d'une bonne sécurité sanitaire; par conséquent, nutrition et état de santé sont très liés; plus encore en cas de pathologies aigües qui limitent l'alimentation spontanée de l'être humain. Une saine pratique alimentaire riche en protéines, fruits et légumes réduit le risque de survenue des maladies et ralentit le processus du vieillissement. Elle est importante pour prévenir la malnutrition des groupes vulnérables

(enfants, femmes enceintes et allaitantes, personnes âgées) en régulant leur état de santé nutritionnelle. Les personnes du 3^{ème} et 4^{ème} âge sont de plus en plus isolées au sein de leurs familles et de la société; de ce fait, elles deviennent de plus en plus vulnérables et sans protection sociale. Le nombre de personnes âgées du 3^{ème} et 4^{ème} âge va de plus en plus croissant; et est estimé à environ 913.668 selon le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat réalisé en 2014. En revanche, ce nombre a atteint 1 200 000 en 2018 soit 4,4% de la population globale. (RGPH, 2014).

L'augmentation numérique des personnes âgées devrait être un facteur incitatif à la prise en charge des problèmes des sujets âgés tels que les problèmes sociaux, économiques et de santé qui compromettent leur bien-être total et leur qualité de vie (OMS, 2002).

La manière la mieux adéquate d'exposer la malnutrition du sujet âgé, c'est de relater son statut ou l'état nutritionnel. Chez le sujet âgé de plus de 70 ans, une perte de poids, un indice de masse corporel et une albuminémie inférieurs au seuil recommandé traduisent une malnutrition (Flavrier B, 2012). Et la présence d'une malnutrition; quelle qu'en soit le (ou les) déterminant (s) ou le (ou les) nutriment (s) concerné(s) entraîne une fragilisation du sujet âgé. Les habitudes et les comportements alimentaires inadéquats ont des conséquences nutritionnelles sur la santé des personnes âgées. L'amélioration de leur état nutritionnel qui s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique de la lutte contre la pauvreté vise certains objectifs : objectifs nutritionnels, objectifs sanitaires, objectifs de développement pour le millénaire (ODM), etc. Ces objectifs participent au ralentissement du processus du vieillissement du sujet âgé et à son intégration dans le développement socio-économique.

La situation nutritionnelle pour ce qui est de la malnutrition par excès, l'enquête des facteurs de risque des maladies non transmissibles chez les individus de 15 à 64 ans dans les régions des lagunes indiquaient en 2005, une prévalence de l'obésité de 5,7% chez les hommes et de 11,6% chez les femmes; et un surpoids de 24,6% chez les hommes et de 37,6% chez les femmes (DSRP, 2009).

Ainsi, il y a eu la promotion des bonnes pratiques nutritionnelles d'hygiène et de santé à travers les actions essentielles en nutrition, la prévention des déficiences en micro nutritionnels à travers les activités de supplémentation, de l'accès à une alimentation saine et diversifiée pour les ménages et les personnes vulnérables, etc...(Cluster nutrition, 2011).

En plus, il y a eu l'élaboration du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP, 2009), les campagnes d'autosuffisance alimentaire prônées par le gouvernement ivoirien, l'intervention des bailleurs de fonds dans le financement du programme de nutrition nationale, etc.

Toutes ces actions ont été menées pour diminuer le taux et éradiquer la malnutrition et la pauvreté. Cependant, force est de constater que les personnes âgées sont malnutries et subissent toujours une dégradation au niveau de leur état physique et général. Compte tenu de tous ces faits, quels sont les facteurs explicatifs de la malnutrition des personnes âgées de la commune d'Abobo ?

2. MATERIEL ET METHODES

Cette étude à méthode mixte (quantitative et qualitative) s'est déroulée dans la commune d'Abobo d'août à octobre 2018; lieu choisi pour sa diversité ethnoculturelle de personnes âgées, mais aussi caractérisée par l'abondance de petits métiers, marquée par la vulnérabilité des personnes âgées. Les personnes âgées de 60 ans à 85 ans (3^{ème} et 4^{ème} âge) ont constitué la population d'étude; ainsi que le président de l'association des personnes âgées; un nutritionniste, les responsables des organismes internationaux en charge des questions de pauvreté et de la malnutrition (PNUD, FAO, OMS), les responsables des institutions de prévoyance sociale (CNPS, CGRAE).

A partir d'un échantillonnage par quotas et d'un échantillonnage par choix raisonné, nous avons constitué notre échantillon et sélectionné les participants à l'étude. De cette technique, les personnes âgées de 60 ans et plus; de sexe masculin et féminin issues des données du RGPH 2014, étaient de 22644 pour la commune d'Abobo, dont 155 24 pour le sexe masculin et 11120 pour le sexe féminin.

Pour constituer notre échantillon, selon la technique de quotas, nous avons pris 0,01 % de cet échantillon, qui a constitué notre population-mère : 266, 44.

Masculin : $15524 \times 0,01 = 155, 24$

Féminin : $11120 \times 0,01 = 111, 2$

Hommes : $(155,24 \times 100) / 266, 44 = 58, 26$

Féminin; $(111, 2 \times 100) / 266, 44 = 41,80$

Au total : $155,24 + 111,2 = 266, 44$

; soit 267 personnes âgées ont été sélectionnées et interrogées. Sur les 267 personnes du 3^{ème} âge, 267 ont été recrutées pour le volet quantitatif et 32 personnes à partir d'un choix raisonné, pour le volet qualitatif. En ce qui concerne le volet qualitatif, ce sont les participants n'ayant pas pris part à la phase quantitative. Ce sont 24 personnes âgées dont 8 personnes ressources (autorité municipale, directeurs de la CNPS et de la CGRAE, responsables des services sociaux de la CNPS et de la CGRAE, nutritionniste, médecin chef du centre de l'Hôpital Général Houphouët-Boigny d'Abobo, président d'association des personnes âgées. Un guide d'entretien et un questionnaire ont été utilisés comme outil de collecte des données; et ces informations ont été recueillies sur du support papier pour le volet quantitatif et sur support numérique (dictaphone) pour le volet qualitatif.

Après la collecte des données, les données ont été traitées sur le logiciel SPSS pour le volet quantitatif et pour le volet qualitatif, les données ont été transcrites sur le logiciel word. Après cette transcription, un système de codage a été élaboré. Une analyse thématique à l'aide du logiciel Nvivo 11 a pu être effectuée par l'établissement d'un code book décrivant tous les nœuds. C'est à partir des sources et des nœuds constitués que nous avons pu établir un corpus à partir duquel nous avons constitué un plan d'analyse qui a permis de réaliser les résultats suivants.

3. RESULTATS

3.1 Profils sociodémographiques des participants

3.1.1 L'âge

Tableau 1
Répartition des enquêtés selon l'âge

Âge	Population Enquêtée	
	Valeur absolue (V.A)	Valeur relative (V.R) %
60-65	97	36,32
66-71	76	28,46
72-77	43	16,10
77-82	31	11,61
83 ans et plus	20	07,49
Total	267	100

Source : Enquête de terrain menée en 2018 dans la commune d'Abobo.

3.1.2 Statut matrimonial

Tableau 2
Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Valeur Absolue (V.A)	Valeur Relative (V.R) %
Célibataires	33	12,35
Mariés (es)	147	55,05
Divorcés (es)	41	15,35
Veufs (ves)	46	17,22
Total	267	100

Source : Enquête de terrain menée en 2018 dans la commune d'Abobo.

De par leur statut, et leur âge, on note un regroupement en deux tranches : il y a d'une part ceux qui vivent en couple, c'est-à-dire mariés (55,66 %) et d'autre part, ceux qui vivent seuls ou célibataires, divorcés, veufs (ves) (44,92 %). La corrélation âge et statut matrimonial ont des conséquences sur l'état nutritionnel des personnes âgées. Le fait de ne pas être marié et vivre de façon isolé sans conjoint ou conjointe influence l'expérience de vie et partant l'état nutritionnel. Cela peut être associé à un risque de dénutrition. Les personnes qui ont un statut marital présente moins un statut de dénutris que ceux qui vivent

seuls, veufs, divorcés ou célibataires. Mais, compte tenu de leur vulnérabilité, il est souvent difficile de se nourrir convenablement, ce qui pourrait avoir des repercussions sur la santé des sujets âgés.

3.1.3 Niveau d'instruction

Tableau 3
Répartition des enquêtés selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Population enquêtée	
	Valeur absolue (V.A)	Valeur relative (V.R) %
Analphabète	77	28,83
Primaire	108	40,44
Secondaire	63	23,59
Supérieure	19	7,11
Total	267	100

Source : Enquête de terrain menée en 2018 dans la commune d'Abobo.

A la lecture de ce graphique, nous constatons que 28,83% des enquêtés sont sans instruction scolaire. En revanche, 71,14 % savent lire et écrire. L'instruction est un indicateur qui permet de suivre des normes et les recommandations nutritionnelles. Ceux qui n'ont aucun niveau d'instruction ont souvent des difficultés à percevoir le rapport qui s'établit entre l'alimentation et la santé. L'instruction est la clé de voûte pour percevoir l'importance d'un phénomène. L'instruction demeure une ressource pour répertorier et orienter notre habitude alimentaire. Elle guide nos enquêtés dans le choix des aliments à consommer tels les aliments recommandés par les nutritionnistes ou diététiciens. Instruire, c'est de savoir, c'est être informé. L'ensemble des ces connaissances acquises va guider les enquêtés à s'informer soit de façon livresques ou aller rencontrer un spécialistes pour connaître son régime alimentaire selon l'âge. De cette façon, l'instruction est déterminant pour les personnes du troisième âge et leur permet de vivre longtemps et en bonne santé

3. 2 Statut physiologique

Tableau 4
Répartition des enquêtés selon le statut physiologique

Statut physiologique	Valeur Absolue (V.A)	Valeur Relative (V.R) %
Amaigrissement (Anorexie)	109	40,82
Fatigue physique	73	27,34
Fragilité osseuse	53	19,85
Diminution de la force musculaire	32	11,98
Maladies répétitives	267	100
Aucun signe	267	100
Total	267	100

Source : Enquête de terrain menée en 2018 dans la commune d'Abobo.

En tenant compte de leur statut physiologique, l'on note que les enquêtés se répartissent en deux groupes. Il y a d'un côté ceux qui ont un mauvais statut physiologique (88, 01 %) et ceux qui ne manifestent aucun signe d'un mauvais statut physiologique (11,98%). Ceux qui se nourrissent convenablement ne présentent aucun signe de ces différentes anomalies.

Le statut physiologique d'un individu traduit son état nutritionnel. Cette proportion de 88,01 % montre que les enquêtés ont des anomalies au niveau de leur statut nutritionnel; La plupart des enquêtés présente une anorexie, qui a des conséquences sur l'état de santé, elle permet aux personnes âgées de se déplacer moins, d'avoir des risques de fracture dus à la fragilité osseuse, des difficultés de mastiquer les aliments. L'anorexie se caractérise par une perte de poids régulière et importante, pouvant aller jusqu'à mettre la vie des enquêtés en danger. Cette situation pourrait entraîner la malnutrition chez les sujets âgés.

3.2.1 Satisfaction des besoins nutritionnels en fonction du revenu

Tableau 5
Opinion des enquêtés sur la satisfaction des besoins nutritionnels en fonction du revenu

Réponse effectifs	Valeur absolue (V.A)	Valeur relative (V.R) %
Oui	84	31,46
Non	183	68,53
Total	267	100

Source : Enquête de terrain menée en 2018 dans la commune d'Abobo.

A la lecture de ce tableau, on note que 68, 53 % des enquêtés vivent dans des conditions de précarité ou de vulnérabilité avec un très faible capital économique qui ne leur permet pas de répondre à leurs besoins y compris ceux de leur famille. « *Notre pension est faible. On est obligé de s'endetter pour survivre; ce qui fait qu'on ne pas s'en sortir c'est-à-dire que je n'arrive pas à me nourrir convenablement; et de plus, je mange difficilement et desfois, une fois par jour. Voyez, c'est pas du tout facile pour une personne de cet âge* » (octogénaire, 83 ans). La situation de précarité, marquée par la misère grandissante ne favorise pas la satisfaction des besoins nutritionnels, encore moins, ne permet pas aux personnes âgées de se nourrir convenablement. Pour se nourrir convenablement, les personnes âgées doivent s'endetter, dans le cas contraire, elles doivent faire le choix de manger une fois par jour, parce que les conditions de vie l'obligent. Les sujets âgés vivent difficilement et pourtant le « panier » de la ménagère s'amenuise de jours en jour lié à la cherté de la vie; pourtant les personnes âgées vivent dans un état de vulnérabilité. Sous ce rapport, se nourrir convenablement devient hautement difficile avec des revenus qui ne sont plus consistant et stable.

3.2.2 Montant dépensé par jour pour la nourriture

Tableau 6
Répartition des enquêtés selon la dépense journalière pour la nourriture

Montant dépensé par jour en FCFA	Population enquêtée	
	Valeur absolue (V.A)	Valeur relative (V.R) %
Moins de 500 F	46	17,22
500-1500	148	55,43
15000-2500	45	16,85
Plus de 2500	28	10,48
Total	267	100

Source : Enquête de terrain menée en 2018 dans la commune d'Abobo.

Ce tableau nous indique que 80% des enquêtés déboursent moins de 2500 FCFA par jour et 20% parmi eux dépensent plus de 2500F CFA par jour pour leur besoin en alimentation. On remarque que la vulnérabilité économique est un obstacle au respect des normes nutritionnelles et du choix des aliments à consommer. Comme l'indique cet enquêté en ces termes : « *Nous personnes du 3^{ème} âge, on veut bien se nourrir et vivre en bonne santé. Malheureusement, le marché est difficile à cause de la cherté des denrées. La viande, le poisson et autres denrées alimentaires ne sont plus à la portée de tous. Alors, comment on peut se nourrir convenablement ?* » (enquêté, 75 ans).

L'idéal serait de bien se nourrir et prétendre vivre longtemps et en bonne santé, malheureusement les denrées alimentaires étant extrêmement chères ne permettent pas aux personnes âgées de déboursier des sommes conséquentes pour se nourrir convenable parce qu'ils ne disposent pas assez de moyens financiers pour se nourrir convenablement.

3.3 Analyse des habitudes et comportements alimentaires des personnes âgées

3.3.1 Impact des habitudes alimentaires sur la santé nutritionnelle

3.3.1.1 La représentation de l'alimentation

L'alimentation est source de vie et de santé. Elle symbolise la vitalité, la force qui permet aux personnes âgées de vivre sainement. De ce point de vue, certains des enquêtés pensent que : « *L'alimentation est source de vie. Celui qui ne mange pas, ne peut pas vivre longtemps. L'alimentation procure la santé et la vitalité à l'organisme* » (enquêté, n°24, 67 ans).

L'alimentation est cette source qui permet aux personnes âgées de se maintenir en vie et d'avoir la vitalité. Son absence peut entraîner des déséquilibres sur la santé physique et corporelle. S'alimenter c'est alors conserver la vie par le maintien de la santé. La santé est le bien précieux recherché par tout être humain et pour en profiter l'alimentation est cette « ressource » qui permet de maintenir la masse corporelle et sa la santé.

3.3.2 Tableau des enquêtés selon le nombre de repas quotidien

Tableau 7
Répartition des enquêtés selon le nombre de repas quotidien

Nombre de repas	Population enquêtée	
	Valeur absolue (V.A)	Valeur relative (V.R)
Un repas (le soir)	165	61,79
Deux repas (midi et soir)	52	19,47
Trois repas (matin, midi et soir)	50	18,72
Total	267	100

Source : Enquête de terrain menée en 2018 dans la commune d'Abobo

Une frange de personnes enquêtées; soit 61, 79 % mangent une fois par jour; 19,47 % deux fois par jour et 18, 72 % trois fois par jour. Manger moins de trois fois par jour peut avoir des répercussions négatives sur la santé nutritionnelle des personnes âgées. Car, à ce stade de la vie, l'alimentation doit être régulière et équilibrée. C'est pourquoi, elles ont affirmé que les habitudes alimentaires ont un impact sur la santé. Cette idée est exprimée dans ce verbatim, exprimée par un cet enquêté : « *Voyez vous-même, nous les personnes du 3^{ème} âge, sommes sujets à de nombreuses maladies. On ne mange pas bien parce qu'on n'a pas les moyens nécessaires c'est-à-dire l'argent. Dans ces conditions, comment pouvons-nous être en bonne santé?* » (enquêté n° 7, 70 ans).

Les aliments devaient procurer la santé aux personnes âgées, mais ces denrées ne sont pas à la portée de toutes les bourses surtout dans la catégorie des personnes vivant dans la précarité; dans la mesure où elles n'arrivent pas à s'offrir plus de deux repas par jour. Cela résulte de la cherté de la vie, et de leur retrait des activités professionnels pourvoyeurs de devise. En conséquence, suivant les recommandations faites par les nutritionnistes d'avoir trois repas par jour, sont compromises. Il leur est difficile de respecter cette pratique nutritionnelle. Ils sont contraint de se s'adapter à leur nouvelle situation. Même si, certaines personnes arrivent à s'offrir les trois repas, d'autres n'arrivent pas à se nourrir comme recommandé.

L'impact des habitudes alimentaires sur la santé des enquêtés entraîne certaines pathologies mentionnées ci-dessus.

3.3.2.1 les pathologies

Tableau 8
Répartition des enquêtés selon leurs pathologies

Pathologies	Fréquence	Proportion
Hypertension artérielle	107	40,07
Diabète	69	5,84
Arthroses (Rhumatismes)	33	12,35
Maladies des nerfs	20	7,49
Affections oculaires	15	5,61
Autres (Prostate, Colopathies, etc)	23	8,61

Source : Enquête de terrain menée en 2018 dans la commune d'Abobo

Les pathologies relevées dans cette étude sont nombreuses et les plus importantes sont les maladies cardiovasculaires et les maladies métaboliques avec un pourcentage de 65, 91 %. Ces maladies sont très souvent liées au manque d'activité physique et à la mauvaise alimentation ou à la consommation excessive de certaines denrées ou produits de consommation. Ainsi, le diabète et l'Hypertension artérielle ont été les pathologies les plus citées auxquelles sont confrontés la plupart des enquêtés. Ces maladies sont liées à la vieillesse. Les maladies liées à l'âge sont nombreuses, il s'agit 12,35 d'enquêtés qui ont souffert d'arthroses (Rhumatisme); de 7,49 % des problème de nerfs, 5,61% d'affections oculaires; et de 8,61 % d'autres pathologies (prostate, colopathie, etc.).

Ainsi, avec l'avancée en âge, les personnes âgées sont de plus en plus exposées à des maladies liées à l'habitude alimentaire, mais aux affections des os, des yeux. L'âge est un facteur prédisposant aux maladies cardiovasculaires, métaboliques, oculaires, etc. Plus, on vieillit, plus le risque d'être exposé aux affections s'aggrandit.

3.4 Politique sociale et nutritionnelle

3.4.1. Politique sociale

Il existe deux sortes de protections sociales en faveur des personnes âgées. Celles de la caisse nationale de protection sociale et de la caisse générale des retraités et agents de l'état. Ces structures s'occupent de tous les retraités. Mais l'apport de ces structures dans la prise en charge des retraités n'est que partielle et apparente. C'est d'ailleurs ce qu'indique certains enquêtés : « *La question du social reste inexistante au niveau des personnes du 3^{ème} âge. Il est bien vrai que des structures étatiques sont là pour s'occuper des retraités, mais elles ne font rien pour améliorer nos conditions de vie. Ces structures ne sont pas en mesure de nous apporter du confort en améliorant qualitativement nos conditions existentielles* » (enquêtés, 75 ans).

Ces révélations ont été confirmées par l'un des chefs d'une structure sociale : « *Il n'existe pas de politique sociale en faveur des personnes âgées. La politique sociale est en cours d'élaboration; en chantier. Ce que nous faisons, ce sont les prestations en pièces ou monétaire c'est-à-dire que, quand tu vas à la retraite, on te verse la pension et ça s'arrête là* ». (Monsieur X, chef du département action sanitaire et social, CNPS).

La politique sociale qui reste limitée ne permet pas aux sujets âgés dans leur grande majorité de se prendre convenablement en charge, encore moins de se nourrir convenablement.

3.4.2 Avantages sociaux liés aux assurances-maladies

Dans cette étude, 72,28 % des enquêtés ne bénéficient pas d'une assurance-maladie; et seulement 27, 71 % en bénéficient. Ces données suscitent des inquiétudes au sujet des personnes âgées en termes de vulnérabilité et d'exposition aux différentes pathologies, et de leur prise en charge. La plupart des enquêtés ne bénéficient pas

d'une assistance sociale; ceux qui en bénéficient ne sont pas satisfaits de ce soutien. Ce manque d'assurance-maladie peut conduire à la dégradation de leur santé souvent précaire en cas de la survenue de pathologie. Le manque d'assurance-maladie rend, en cas de pathologie, quelque peu difficile leur prise en charge. Leur santé souvent précaire, ne leur permet pas vivre longtemps. Ce fait soulève des problèmes aux niveaux individuel et sociétal liés à la qualité de vie des sujets âgés, notamment en ce qui concerne les soins, l'indépendance. A ce titre, vivre plus longtemps n'est pas toujours synonyme de bien vieillir.

Tableau 9
Répartition des enquêtés selon qu'ils bénéficient ou non d'une assurance-maladie.

Réponse effectifs	Valeur absolue (V.A)	Valeur relative (V.R) %
Oui	74	27,71
Non	193	72,28
Total	267	100

Source : Enquête de terrain menée en 2018 dans la commune d'Abobo.

3.5 Politique nutritionnelle

Les problèmes d'accessibilité alimentaire constituent un problème majeur pour les personnes âgées. La hausse du prix des denrées alimentaires, l'accessibilité aux aliments sains et nutritifs reste problématique au vu du faible capital économique des personnes âgées.

Les aliments de bonne qualité nutritionnelle tels que les vitamines, les minéraux, glucides, lipides, les fruits, les produits laitiers, les protéines (viandes de poulet, poissons frais, etc) et les légumes qui sont recommandés aux personnes âgées sont coûteux. Car la faiblesse de leur revenu financier ne leur permet pas de consommer ces types d'aliments pour la grande majorité. Alors, pour une prise en charge sociale, les personnes âgées ont besoin de l'aide financière, ou la prise d'une lois de la part des pouvoirs publics, pour améliorer le coût des produits de bases pour permettre aux personnes âgées d'avoir accès à ces denrées. C'est ce plaidoyer que fait cet enquêté en ces termes : « *Aider socialement les personnes âgées, revoir au niveau des prix des denrées alimentaires sur le marché qui sont élevés. On ne peut pas bien s'approvisionner à cause du coût élevé des denrées alimentaires sur le marché.* » (Enquêté, 70 ans).

L'instauration d'une politique nutritionnelle pour les personnes âgées, pourraient faciliter les problèmes nutritionnels qui affectent négativement la santé nutritionnelle des personnes âgées et qui les conduits inéluctablement à une malnutrition ou une dénutrition.

4. DISCUSSION

L'étude a eu pour grands axes, le statut physiologique, la satisfaction des besoins nutritionnels en fonction du revenu, l'analyse des habitudes et comportements

alimentaires sur la santé nutritionnelle, les pathologies et le niveau d'instruction, la politique sociale et nutritionnelle. Les pathologies rencontrées dans notre étude, les plus importantes sont les maladies cardiovasculaires, métaboliques, le rhumatisme, les infections oculaires, les maladies de nerfs, ainsi que d'autres pathologies (prostate, colopathie, etc).

4.1 Les pathologies liées à l'âge

Les pathologies relevées dans cette étude sont nombreuses et les plus importantes sont les maladies cardiovasculaires et les maladies métaboliques avec un pourcentage de 65, 91 %. Ces malades sont très souvent liées au manque d'activité physique et à la mauvaise alimentaire ou de la consommation exagérée de certaines denrées ou produits de consommation. Les maladies liées à l'âge sont nombreuses, il s'agit d'arthroses (Rhumatisme); des problème de nerfs, d'affections oculaires; d'autres pathologies (prostate, colopathie, etc.).

Ainsi, avec l'avancée en âge, les personnes âgées sont de plus en plus exposées à des maladies liées à l'habitude alimentaire, mais aux affections des os, des yeux. L'âge est un facteur prédisposant aux maladies cardiovasculaires, métaboliques, oculaires, etc. Plus, on vieillit, plus le risque d'être exposé aux affections s'aggrandit.

Dutheil et Szanne Scheidegger, 2006, montre que la fréquence de la plupart des maladies s'accroît avec l'âge et une majorité des personnes âgées se trouvent atteintes de plusieurs pathologies au fur et à mesure de leur vieillissement. L'hypertension artérielle et l'insuffisance cardiaque sont les deux affections les plus fréquentes. Parmi les affections cardiovasculaires, l'hypertension artérielle (HTA) occupe en effet la première place, mais apparaît aussi comme la pathologie la plus fréquente qui touche les personnes âgées hébergées en établissement hospitalier. (Nathalie Dutheil et Suzanne Scheidegger, 2006).

A partir d'un certain âge, les problèmes de santé deviennent plus nombreux et les maladies chroniques sont au premier plan avec un risque de décompensation à chaque événement de vie ou de maladies aiguës.

La fragilité liée à l'âge est une situation clinique à haut risque de perte d'autonomie car elle associe :

- des affaiblissements des organes neurosensoriels (vue, audition/équilibre, sensibilité de la voute plantaire) et de l'appareil locomoteur (muscles, articulations) qui prédisposent aux chutes répétitives,
- Souvent plusieurs maladies chroniques (polypathologie) - Des comorbidités telles que : une dénutrition, une dépression, des problèmes cardio-vasculaires. (Lachal, 2015. p.16).

4.2 Le statut matrimonial a un lien avec la statut nutritionnel

La corrélation âge et statut matrimonial ont des conséquences sur l'état nutritionnel des personnes âgées. Le fait de ne pas être marié et vivre de façon isolé sans conjoint ou conjointe influence l'expérience de vie et

partant l'état nutritionnel. Cela peut être associé à un risque de dénutrition. Les personnes qui ont un statut marital présente moins un statut dénutris que ceux qui vivent seuls, veufs, divorcés ou célibataires. Ce fait a été aussi étudié par certains auteurs, qui trouvent que le statut marital serait plus susceptible d'être prédicteur d'un mauvais statut nutritionnel que l'âge avancé. (Brownie et al. 2006). Il est de même pour (Yap et al, 2007), ont montré qu'être célibataire, divorcé ou veuf en comparaison aux personnes mariées et le fait de vivre seul étaient associés à un risque de dénutrition. Il ressort que les personnes seules étaient dénutris alors que celles qui vivent en famille étaient moins dénutris. Le statut matrimonial pourrait être moins prédicteur au statut nutritionnel des personnes âgées, comme le montre Aliabadi et al, 2008, ont montré que 17,5 % des personnes seules étaient dénutries alors que celles qui vivent en famille étaient 10,3 % à être dénutries ($p < 0,001$).

Il a été montré qu'améliorer l'interaction sociale aux heures des repas améliorerait l'apport alimentaire des personnes âgées. Ainsi, Locher et al, 2005 ont montré que les personnes âgées qui bénéficiaient d'une présence durant les repas consommaient en moyenne 114 calories/repas de plus que celles qui étaient seules.

4.3 Statut physiologique des personnes âgées

Dans notre étude, en tenant compte de leur statut physiologique, l'on note deux tendances, ceux qui ont un mauvais statut physiologique (88, 01 %) et ceux qui ne manifestent aucun signe d'un mauvais statut physiologique (11,98%). Le statut physiologique d'un individu traduit son état nutritionnel. Cette proportion de 88,01 % montre que les enquêtés ont des anomalies au niveau de leur statut nutritionnel; La plupart des enquêtés présente une anorexie, qui a des conséquences sur l'état de santé, elle permet aux personnes âgées de se déplacer moins, d'avoir des risques de fracture dus à la fragilité osseuse, des difficultés de mastiquer les aliments. L'anorexie se caractérise par une perte de poids régulière et importante, pouvant aller jusqu'à mettre sa vie en danger. Cette attitude pourrait entraîner la malnutrition chez les sujets âgés.

La majorité des participants ont des anomalies au niveau de leur statut nutritionnel marqué par une fragilité osseuse, la diminution de la force musculaire, la fatigue physique et un amaigrissement. Ces faits corroborent avec d'autres études menées par Morley et Sullivan montrant que : « la malnutrition entraîne des conséquences physiologiques marquées par une augmentation des troubles cognitifs chez la personne âgée et une diminution de la force musculaire avec augmentation de la tendance aux chutes ». (Morley, 2000; Sullivan, 1997; Sullivan, 1995).

La dénutrition chez les personnes âgées est un concept multidimensionnel comprenant des éléments physiques et psychologiques qui se traduit par un état général de vulnérabilité. Elle est principalement caractérisée par

une carence en apports énergétiques et en protéines, mais elle peut concerner également d'autres macronutriments et micronutriments. Cet état pathologique est très souvent insidieux et peut être masqué par la prépondérance du tissu adipeux ou par une rétention hydrosodée. Elle n'est alors pas exclusivement réservée aux personnes âgées maigres mais peut également concerner les personnes présentant un surpoids ou une obésité. (Marion, 2014, p.10).

Le vieillissement s'accompagne de multiples changements physiologiques. L'âge avancé s'accompagne d'une modification de la composition corporelle, d'une « anorexie liée à l'âge » et souvent de maladies qui perturbent le système immunitaire. (Marion, 2014, p.5).

4.4 Le niveau d'instruction et santé nutritionnelle

L'instruction est un indicateur qui permet de suivre des normes et les recommandations nutritionnelles. Ceux qui n'ont aucun niveau d'instruction, ont souvent des difficultés à percevoir le rapport qui s'établit entre l'alimentation et la santé. Ainsi, comme le rapporte dans cette étude menée par (Walapsanté, 2018, p.7) : d'un point de vue économique, les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur ont davantage la possibilité d'acheter des aliments sains, tels que des fruits et des légumes. Les produits de qualité qu'ils s'inscrivent dans un régime spécifique liés à des problèmes de santé ou non, ne sont pas accessibles financièrement pour la majorité. Les produits les plus accessibles financièrement sont le plus souvent ceux qui sont les plus transformés et de moindre qualité. L'éducation peut être vue comme un indicateur des expositions des individus aux comportements alimentaires de leur environnement familial pendant l'enfance et l'adolescence et de la transmission des habitudes alimentaires qui en résultent. (Galobardes et coll., 2001, 2006a et b). De par l'instruction, on peut percevoir le contenu et l'apport nutritionnel des aliments. Et avoir une vision plus large des gammes de produits à consommer.

Le type d'aliments consommés varie selon le niveau d'éducation : la consommation de fruits et de légumes est notamment plus élevée chez les personnes plus instruites; tandis que la consommation de sucreries, de boissons sucrées et de « fast food » est plus importante chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation. (Walapsanté, 2018, p.7)

4.5 Satisfaction des besoins nutritionnels en fonction du revenu

Le pouvoir d'achat est un indicateur qui peut agir sur la pratique nutritionnelle des personnes âgées. Du fait de leur manque d'activité et de leur insertion économique insatisfaisante, les sujets âgés ont un besoin nutritionnel non satisfaite.. Ceux qui exercent une activité (profession libérale ou salariale) ne sont pas pour autant exclus de ce faible pouvoir d'achat, car leur activité ne les met pas à « l'abri » de la pauvreté. Or, il est établi que la pauvreté perpétue la malnutrition et est l'un des facteurs

qui explique la détérioration de l'état nutritionnel des personnes âgées. La vulnérabilité des enquêtés est confirmée par 90% des enquêtés qui ont avancé que leur maigres moyens, ne pouvaient, ni soutenir leurs besoins, ni ceux de leur famille. L'importance du revenu est ressortie dans certaines études montrant que les revenus sont un marqueur majeur de l'accessibilité financière aux aliments; notamment les plus coûteux ou perçus comme tels. Ils sont primordiaux à prendre en compte puisque le poids du budget consacré à l'alimentation est directement lié à la disponibilité financière du foyer.

Une analyse récente (Leung et coll., 2012) basée sur les données des enquêtes Nhanes 1999-2008 a mis en évidence que les personnes de faibles revenus avaient rarement des consommations alimentaires en accord avec les recommandations pour les produits céréaliers complets, les fruits, les légumes, le poisson et les légumes secs/noix. Il ressort que les personnes de faibles revenus ne pouvaient pas se nourrir convenablement, encore moins se ravitailler en lipides, glucides, vitamines, lipides, les légumes, fruits de façon régulière.

Dans la littérature la pauvreté est un prédicteur d'une mauvaise santé et la dénutrition est commune parmi les personnes âgées qui vivent avec peu de revenus (Boulos, et al, 2014; Ferdous, 2009; Li, et al, 2012). En effet, il a été montré que la pauvreté est un facteur de risque économique majeur pour l'apport nutritionnel chez la personne âgée (Lee, et al, 2001). Les individus qui ont le moins de ressources tendent à dépenser leur argent en nourriture bon marché, et très souvent, de moindre qualité nutritionnelle (Cook, et al, 2008). Un faible niveau socio-économique nuit à la sécurité alimentaire et au maintien du poids corporel (Bahat et al, 2013).

4.6 Impact des habitudes alimentaires sur la santé nutritionnelle

4.6.1 La représentation de l'alimentation

L'alimentation est source de vie et de santé. Elle symbolise la vitalité, la force qui permet aux personnes âgées de bien vivre. La représentation de l'alimentation est liée à la survie et à la santé. Mais selon Maslow (1943), au-delà du fait l'alimentation est un besoin physiologique directement lié à la survie de l'individu ou de l'espèce, ce sont les besoins concrets (manger, boire, se vêtir, se reproduire, dormir...), qui sont les besoins primaires de l'Être Humain et seulement, il s'est limité qu'à l'alimentation.

Mais cette approche de représentation est également vue sous l'angle symbolique et de croyance et par le simple fait de manger pour survivre. Pour Lahlou (1994, p.227), pense qu'il existe un effet magique de l'alimentation qui repose sur le principe d'incorporation et l'aliment devient aussi vecteur de symbole et de croyance.

Poulain quant à lui, loin de s'opposer aux auteurs précités, en ce qui concerne la représentation de l'alimentation, montre que la représentation est basée

sur les liens entre alimentation et santé, alimentation et esthétique corporelle, alimentation et plaisir, et aux hiérarchisations des aliments qui en découlent. L'étude des représentations de l'alimentation ne se justifie pas par la nécessité de prendre en compte quelque irrationalité supposée des mangeurs, mais par le fait qu'elles sont au cœur du processus par lequel un produit contenant des principes nutritifs est reconnu comme un aliment et par lequel l'acte alimentaire prend sens et devient possible. (Poulain, 2002, p.113)

4.7 Actions menées en matière de protection sociale et de sécurité sociale en faveur des personnes âgées

Il existe deux sortes de protections sociales en faveur des personnes âgées. Celles de la caisse nationale de protection sociale et de la caisse générale des retraités et agents de l'état (CGRAE) et de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). Ces structures s'occupent de retraités du secteur public et du secteur privé en Côte d'Ivoire. Mais l'apport de ces structures dans la prise en charge des retraités n'est que partielle et apparente. La question du social reste inexistante au niveau des personnes du 3^{ème} âge. Les données suscitent des inquiétudes au sujet des personnes âgées en termes de vulnérabilité et d'exposition aux différentes pathologies. La plupart des enquêtés ne bénéficient pas d'une assistance sociale; ceux qui en bénéficient ne sont pas satisfaits de ce soutien. Il est ressorti des résolutions et conclusions concernant la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale), adoptées lors de la 100^{ème} session de la Conférence Internationale du Travail, 2011 que : « La Protection Sociale de façon générale est l'ensemble des mesures préconisées par l'État et les Collectivités pour assurer la prise en charge des risques sociaux de la population. L'Union Africaine la définit comme étant « une gamme d'actions protectrices publiques entreprises par l'Etat et d'autres acteurs en réponse aux niveaux inacceptables de vulnérabilité et de pauvreté et qui visent à garantir une restauration des droits humains face aux risques de destruction chez la frange de population qui; pour des raisons indépendantes de leur volonté sont incapables de s'auto prendre en charge » (Rapport ODHD, 2012).

Elle est désormais perçue au plan mondial et au Mali, comme une composante clé dans les stratégies de réduction de la pauvreté. En plus de la réduction de la vulnérabilité économique, sociale, alimentaire, nutritionnelle,... la protection sociale constitue également une voie pour promouvoir la productivité des ménages en augmentant leur capacité d'achat des intrants et en soutenant le développement des enfants. Elle contribue à briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté par le développement du capital humain.

Dans le déploiement de stratégies d'adaptation, on différencie chez les retraités deux sources de revenus,

les ressources stables issues de la pension de retraite (revenu de remplacement) et les loyers et les revenus aléatoires provenant d'activités génératrices de revenu, des obligations alimentaires (assistance de parents) et des indemnités elles-mêmes dérivées d'association à but non lucratif. Les retraités demeurent donc des agents rationnels engagés dans l'invention de réponses à leur maintien dans la société (Kacou, p.9914). Dans ce contexte, les personnes âgées, du fait de leur rôle dans la société africaine et du respect qu'on leur accorde, bénéficient d'une protection sociale, qui est un mécanisme mis en œuvre pour prévenir et assister les personnes âgées. Cette aide provient des enfants et des membres de la famille. Mais aussi, l'investissement des enquêtés (dans le commerce, l'agriculture, les affaires, ...) leur assurent une vieillesse garantie (Doukouré, 2013, p. 244). Cela les repositionne dans la société et les intègre à la vie en milieu urbain. Même en l'absence de système de pension et de protection sociale, les enfants sont perçus comme une sécurité sociale par les personnes âgées : plus vous en avez, plus on prendra soins de vous et plus vous pouvez espérer un peu de confort au crépuscule de votre vie. (Evans, 1999 p.40).

CONCLUSION

Cette étude sur les sujets âgés montre que l'alimentation symbolise la vitalité, la force qui permet aux personnes âgées de bien vivre. Mais pour bien vivre, cette alimentation nécessite des moyens financiers afin de bien se nourrir. Mais vu leur situation précaires, du fait de leur manque d'activité et de leur insertion économique insatisfaisante, les sujets âgés ont un besoin nutritionnel non satisfaite.. Ceux qui exercent une activité (profession libérale ou salariale) ne sont pas pour autant exclus de ce faible pouvoir d'achat, car leur activité ne les met pas à « l'abri » de la pauvreté, qui est un prédicteur d'une mauvaise santé et la dénutrition est commune parmi les personnes âgées qui vivent avec peu de revenus. Elles n'arrivent pas à satisfaire les besoins en glucides, lipides, protéines, légumes, et autres, qui les exposent à diverses pathologies (maladies chroniques, maladies aiguës, etc.). Par ailleurs, le vieillissement s'accompagne de multiples changements physiologiques. Ainsi, l'âge avancé s'accompagne d'une modification de la composition corporelle, et souvent de maladies qui perturbent le système immunitaire. Il leur faut pour cela une prise en charge sociale. Or, la question du social reste inexistante, ce qui suscite des inquiétudes chez les personnes âgées en termes de vulnérabilité et d'exposition aux différentes pathologies. Mais d'autres mécanismes sont développés par manque de politique sociale en leur faveur, à travers les soutiens familiales, des investissements dans les activités génératrices de revenus qui pourraient être des stratégies pour juguler les questions de vulnérabilité économique. Les acteurs politiques doivent pour cela,

prendre l'initiative pour repositionner la nutrition de façon à lui accorder une priorité beaucoup plus grande dans leur programme de développement et contribuer à l'éradication de la malnutrition pour promouvoir la santé nutritionnelle des personnes âgées. Cette étude se veut une contribution à la prise en charge de la politique nutritionnelle des personnes âgées dans le contexte ivoirien et à l'amélioration continue des conditions de vie.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS A L'ETUDE

Les différents auteurs ont contribué essentiellement au travail de recherche lors de sa conception, planification, sa réalisation, son interprétation ou de son contrôle, ainsi que la rédaction du manuscrit. Dans tous les cas, les contributions pertinentes sont venues de l'équipe de recherche, chacun à son niveau et selon sa compétence, son expérience a donné un caractère original à cette étude.

REMERCIEMENTS

Nous remercions la cellule de recherche en santé de la reproduction en Côte d'Ivoire (CRESAR-CI) qui a financé nos formations sur la « communication scientifique », « la méthodologie de la recherche-action » et en « méthodologie de l'analyse quantitative et qualitative ».

CONFLITS D'INTERETS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt lié à cet article.

REFERENCES

- Aliabadi, M., Kimiagar, M., Ghayour-Mobarhan, M., Shakeri, M. T., Nematy, M., & Ilaty, A. A., et al. (2008). Prevalence of malnutrition in free living elderly people in Iran: a cross-sectional study. *Asia Pac J Clin Nutr*;17(2), 285-9.
- Bahat, G., Tufan, F., Bahat, Z., Aydin, Y., Tufan, A., Akpınar, T. S., et al. (2013). Assessments of functional status, comorbidities, polypharmacy, nutritional status and sarcopenia in Turkish community-dwelling male elderly. *Aging Male*, 16(2), 67-72.
- Banque Mondiale. (2015). *Rapport 2018 sur la pauvreté et la prospérité partagée*. <https://www.banquemondiale.org/fr/research/brief/poverty-and-shared-prosperity-2018-piecing-together-the-poverty-puzzle-frequently-asked-questions>, Consulté le 16/05/2020.
- Boulos, C., Salameh, P., & Barberger-Gateau, P. (2014). Factors associated with poor nutritional status among community dwelling Lebanese elderly subjects living in rural areas: results of the AMEL study. *J Nutr Health Aging*, 18(5), 487-94.

- Brownie S. (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *Int J Nurs Pract.*, 12(2), 110-8.
- Cluster Nutrition-Bulletin SNSAP n°3 - Février à Avril 2011. <https://www.humanitarianresponse.info/fr/operations/democratic-republic-congo/document/cluster-nutrition-bulletin-snsap-n%C2%B03-f%C3%A9vrier-%C3%A0-avril>.
- Cook, J. T., & Frank, D. A. (2008). Food security, poverty, and human development in the United States. *Ann N Y Acad Sci.*, 1136, 193-209.
- Doukouré, D. (2013). *Viellissement et longévité en milieu urbain dans le District d'Abidjan: Cas des personnes âgées d'obédience musulmane à partir de leurs pratiques*. Thèse Unique de Doctorat de Sociologie, Université Félix Houphouët-Boigny, UFHB, I.E.S, 270 p.
- Dutheil, N., & Scheidegger, S. (2006). *Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement*. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Etudes et résultats N° 494 • juin 2006
- Evans, R. (1999). Vieillir en Afrique. Rapport ACP-UE, vieillir dans le Monde en développement, in le Courrier ACP n°176, 100 p.
- Ferdous, T., Kabir, Z. N., Wahlin, A., Streatfield, K., & Cederholm, T. (2009). The multidimensional background of malnutrition among rural older individuals in Bangladesh—a challenge for the Millennium Development Goal. *Public Health Nutr.*, 12(12), 2270-8.
- Ferry, M., Mischis, C., Sidobre, B., & Lambertin, A. (2001). *Bilan sur la situation alimentaire et nutritionnelle des personnes âgées vivant seules à domicile*. Etude Solinut.
- Flavier B. (2012). *Stratégie coordonnée de prévention de la dénutrition chez les personnes âgées*. EHESP.
- Fonds Monétaire International. (2009). *Document stratégique de Réduction de la pauvreté*. Rapport du FMI N°.09/156.
- Galobardes, B., Morabia, A., & Bernstein, M. S. (2001). Diet and socioeconomic position: does the use of different indicators matter? *Int J Epidemiol*, 30, 334-340.
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey, S. G. (2006a). Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health*, 60, 7-12
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey, S. G. (2006b). Indicators of socioeconomic position (part 2). *J Epidemiol Community Health*, 60, 95-101.
- Institut national de la statistique. (2014). *Recensement Général de la population et de l'Habitat 2014*. Internet <https://cotedivoire.opendataforafrica.org/hxghsjf/recensement-général-de-la-population-et-de-l-habitat-rghp-2014-côte-d-ivoire>, consulté le 17/05/2020.
- Kacou, F. P., Doukouré, D., & Yao, E. (2019, Août). Implications socio-économiques de la sédentarisation des retraités en milieu urbain : une analyse des dépenses économiques. *Journal Africain de Communication Scientifique et Technologique, Série Sciences Sociales et Humaines*, 76, 9905-9915.
- Kinimo, R. (2013). *Déterminants de la sous-alimentation des ménages en Côte d'Ivoire : cas des régions centres et ventres-Est*.
- La sécurité sociale pour tous: La stratégie de l'organisation internationale du travail, résolution et conclusions concernant la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale), adoptées lors de la 100 ième session de la Conférence Internationale du Travail, 2011.
- Lachal, F. (2015). *Les nouvelles techniques : une réponse aux effets physiologiques du vieillissement et des maladies liées au grand âge*. Thèse de doctorat, Université de Limoges.
- Lahlou, S. (1994 a). *Penser manger. Les représentations sociales de l'alimentation*. Thèse de doctorat, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.
- Lee, J. S., Frongillo, E. A., Jr. (2001). Factors associated with food insecurity among U.S. elderly persons: importance of functional impairments. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*, 56(2), S94-9.
- Leung, C. W., Ding, E. L., Catalano, P. J., Villamor, E., Rimm, E. B., et coll. (2012). Dietary intake and dietary quality of low-income adults in the Supplemental Nutrition Assistance Program. *Am J Clin Nutr*, 96, 977-988.
- Locher, J. L., Robinson, C. O., Roth, D. L., Ritchie, C. S., & Burgio, K. L. (2005). The effect of the presence of others on caloric intake in homebound older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60(11), 1475-8.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *The Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Morley J. (2000). Management of nutritional problems in subacute care. *Clin Geriatr Med.*, 16, 817-31.
- OMS. (2002). *Viellir en restant actif : cadre d'orientation*. Genève : activeageing@who.int
- PAM. (2015) *L'État de l'insécurité alimentaire dans le monde*. Rapport dans sa version intégrale : <http://www.fao.org/3/a-i4646f.pdf> consulté le 16/05/2020
- Poulain J-P (2002). *Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques*. Paris : Editions Privat.
- Protection Sociale et Développement Humain au Mali. (2012). Rapport de l'ODHD.
- Samuel, L. J., Szanton, S. L., Weiss, C. O., Thorpe, R. J., Jr., Semba, R. D., & Fried, L. P. (2012). Financial strain is associated with malnutrition risk in community-dwelling older women. *Epidemiol Res Int.*, 696518.
- Sullivan D, Lipschitz D. (1997). Evaluating and treating nutritional problems in older patients. *Clin Geriatr Med*, 13, 753-68.; 125, 149-58.
- Sullivan, D. (1995). The role of nutrition in increased morbidity and mortality. *Clin Geriatr Med.*, 11, 661-74.
- Torres, M. (2014). *Statut nutritionnel de la personne âgée vivant à domicile : prévalence, facteurs associés et conséquences*. Santé publique et épidémiologie. Université de Bordeaux.
- Walapsanté. (2018). Plan prévention et promotion de la santé en wallonie horizon 2030 : Axe "Promotion des modes de vie et des milieux de vie favorables à la santé". [Internet]. [Cité le 16 mai 2020] http://labos.ulg.ac.be/apes/wp-content/uploads/sites/4/2017/01/WALAPSante_sept_18.pdf
- Yap, K. B., Niti, M., & Ng, T. P. (2007). Nutrition screening among community-dwelling older adults in Singapore. *Singapore Med J.*, 48(10), 911-6. 135.