

Présentiel  
& Digital

8<sup>e</sup> édition

**CNMC**

[www.congres-medco.fr](http://www.congres-medco.fr)

21<sup>e</sup> édition

**CIPEG**

[www.cipeg.fr](http://www.cipeg.fr)

1<sup>re</sup> édition

**CNIDEC**

[www.cnidec.fr](http://www.cnidec.fr)

CORUM DE MONTPELLIER

**29&30**

MARS 2023

# Régimes restrictifs chez la personne âgée



**Dr Clément LAHAYE**  
Unité mobile de gériatrie  
Clermont-Ferrand



SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE GÉRIATRIE  
& GÉRONTOLOGIE

**INRAE**

la science pour la vie, l'humain, la terre

**UCA**  
UNIVERSITÉ  
Clermont  
Auvergne

**CHU**  
CLERMONT-FERRAND  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE



Pas de conflit d'intérêt

- Contexte
- Balance bénéfice risque défavorable
- Recommandations
- Comment Assouplir ?

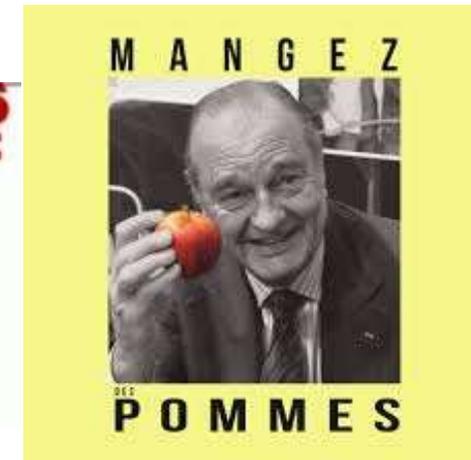


Contexte



# Régimes restrictifs

- Imposer des contraintes limitant les choix alimentaires
- Différentes origines
  - Médicales: hyposodé, diabétique, hypocalorique...
  - Sociétales et environnementales
- Durée variable
  - Transitoires > logique de « régime »
  - Prolongée > logique « d'alimentation »
  - Reconduction tacite



# Constat

- Population âgée comorbide particulièrement concernée
  - par restrictions alimentaires à visée thérapeutique
  - par l'obésité et les pathologies cardio-vasculaires
  - par la dénutrition
- Restriction alimentaire favorisant la baisse des ingesta



- Etude 290 stéphanois à domicile entre 65 et 75 ans
  - 50 % déjà expérimentés un jeûne volontaire
  - 80 % prêt à en faire si bénéfique pour la santé

• *Nutrients*. 2022 May 10;14(10):2001.doi: 10.3390/nu14102001.

- 69 patients australiens âgés admis en cardiologie avec critères de dénutrition  $76.6 \pm 8.3$  ans et IMC  $19.5 \pm 6.2$  kg/m<sup>2</sup>
  - 20 % sous régime enrichi, 40 % sous au moins 1 restriction, 40 % standard

• *Nutr Diet*. 2021 Apr;78(2):121-127.doi: 10.1111/1747-0080.12590. Epub 2019 Nov 7.

# Motivations

## Alimentation hyposodée

- ↘ Pression artérielle
- ↘ Complications cardiovasculaire



## Restriction calorique

- ↘ IMC
- Amélioration paramètres métaboliques

## Jeûne quotidien prolongé

- ↘ IMC
- Amélioration paramètres métaboliques
- Performances cognitives

*Pellegrini et al. Rev Endocr Metab Disord. 2020 Mar;21(1):17-33..*

*Anton et al. Exp Gerontol. 2021 Dec;156:111617*

*Currenti et al. Nutrients. 2021 Jan 9;13(1):191.*

*Jahrami et al. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2021 Jul 22;31(8):2273-2301*

*Caristia et al. Nutrients 2020, 12, 2290*

*Semlitsch et al. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Feb 8;2(2):CD008274.*

*Ren et al. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2021 Jun 7;31(6):1653-1661.*

*Dakic et al. Int. J. Mol. Sci. 2022,23, 6546*

# Sujets d'inquiétudes/limites

- Etudes interventionnelles courtes 1 à 24 mois
- Population de moins de 70 ans, moins comorbide
- Méthodologies de restriction très diverses
- Cultures alimentaires pas toujours transposable
- Utilisation de marqueurs intermédiaires (mmHg, HbA1C, bilan lipidique...)
- Peu d'évaluation sur les effets indésirables
- Pas d'adaptation au statut nutritionnel



# Problématiques liées au vieillissement

Régime hyposodé

Restriction calorique

Jeûne quotidien  
prolongé

Alimentation  
végétarienne et  
végane



Hétérogénéité des besoins

Dérégulation de  
l'appétit

Modifications du goût

Ralentissement de la  
vidange gastrique

Fréquence de la  
dénutrition proteino-  
énergétique

Fréquence de la  
carence en  
micronutriments

# Moins de variété alimentaire = baisse des ingesta

- En EHPAD

↑↑ Variété et ↑↑ qualité sensorielle



↑↑ ingesta



*Van Wymelbeke V, Appetite 2020*

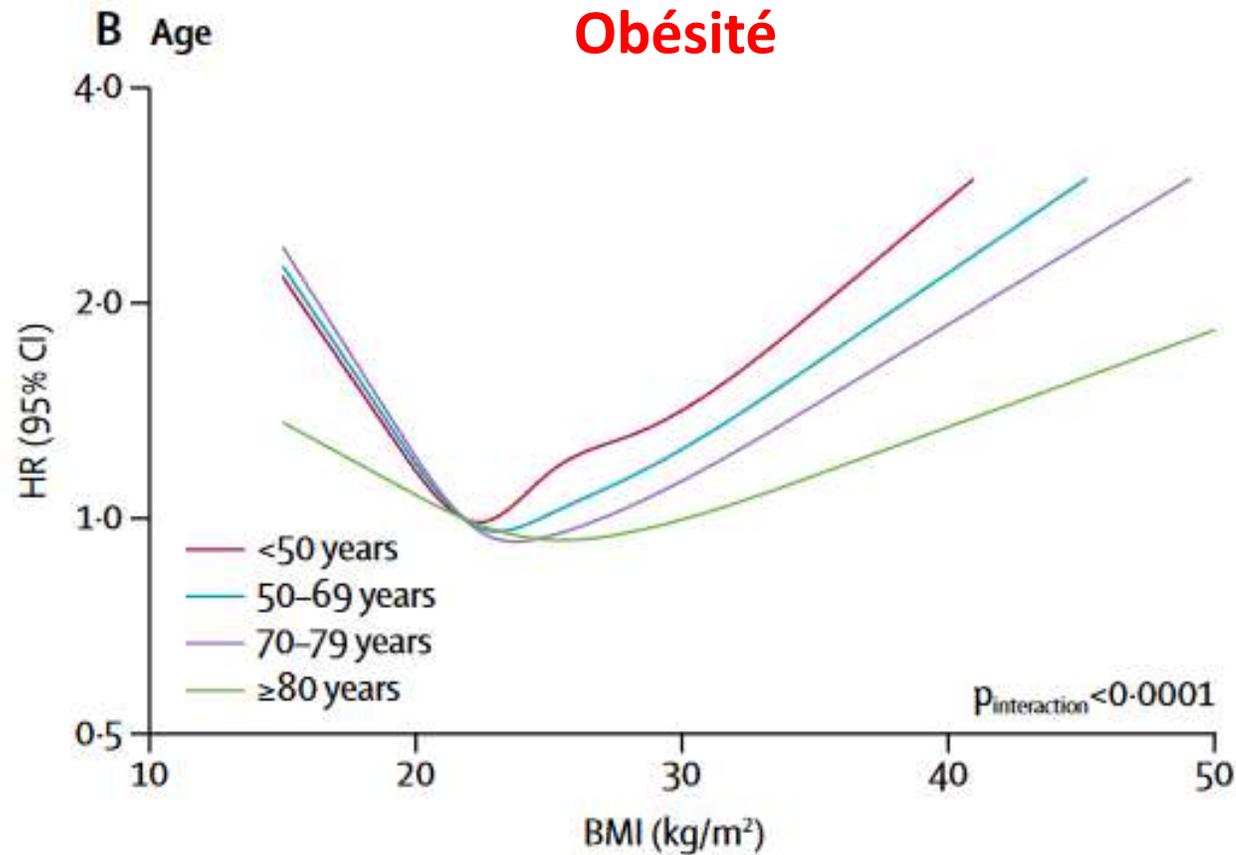
- 253 Japonaises à domicile, période restrictions COVID
  - $80.0 \pm 6.4$  ans
  - Faible diversité alimentaire associée à perte de poids et fragilité physique

*Otaki et al. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2021 Aug 13;76(7):e256-e262.*

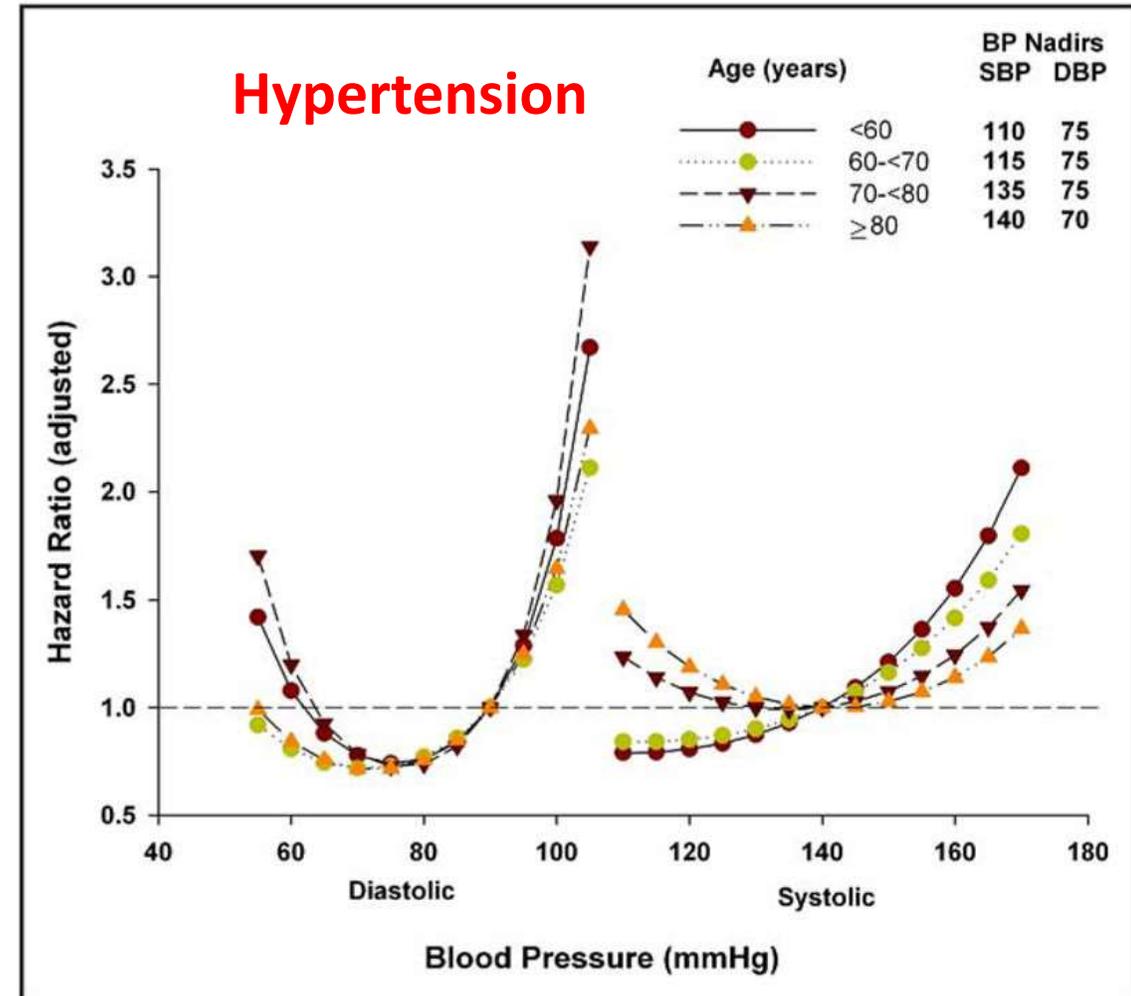


Balance bénéfice-risque  
défavorable

# Cibles thérapeutiques à réévaluer



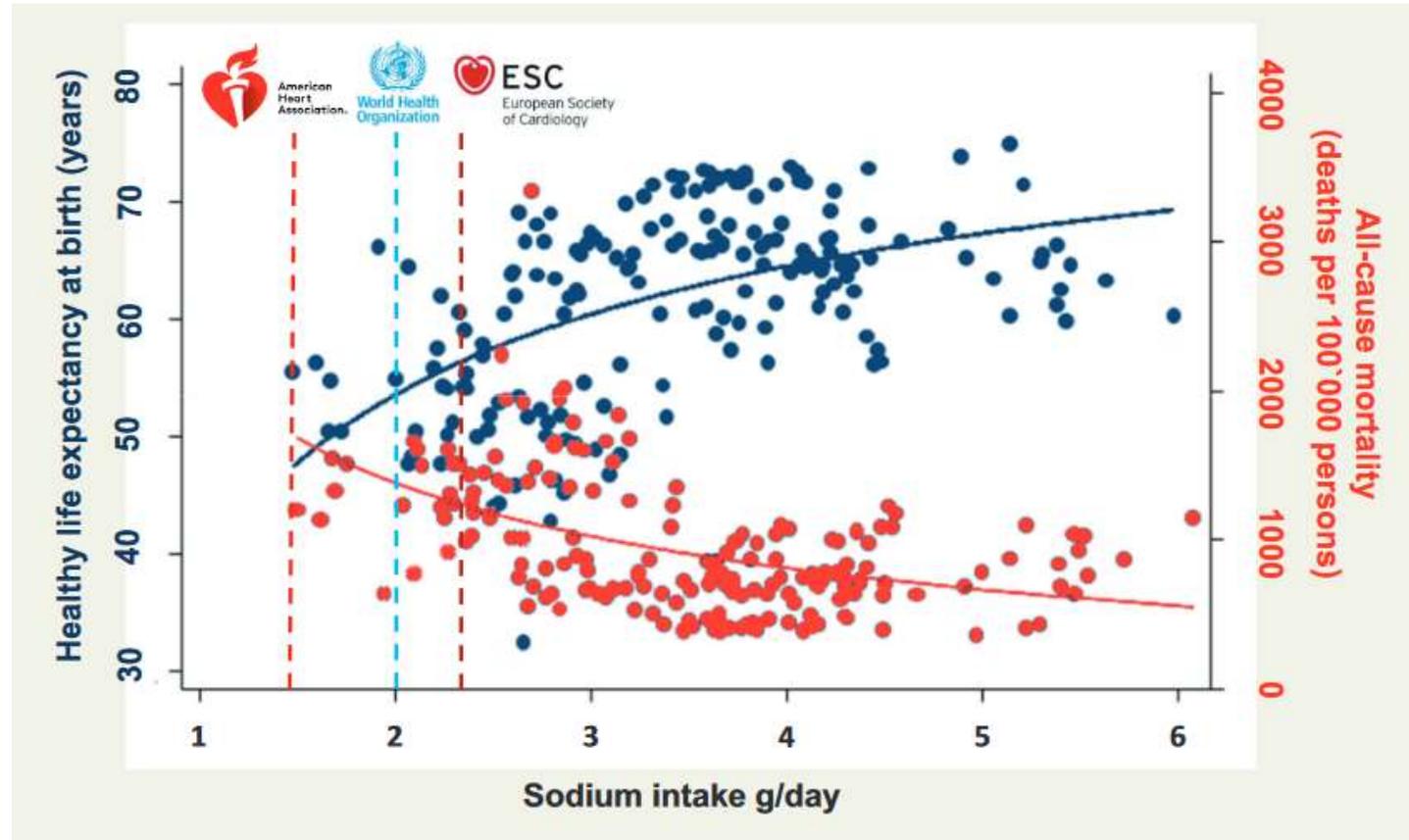
Bhaskaran et al. Lancet Diabetes  
Endocrinol 2018; 6: 944–53



Denardo et al. Am J Med 2010

# Consommation sodée en population générale

- Analyse des données de santé publique dans 181 pays
- Apport sodé
  - Corrélé à l'espérance de vie en bonne santé à la naissance et à 60 ans
  - Inversement corrélé à la mortalité toute cause ou par maladie non transmissible



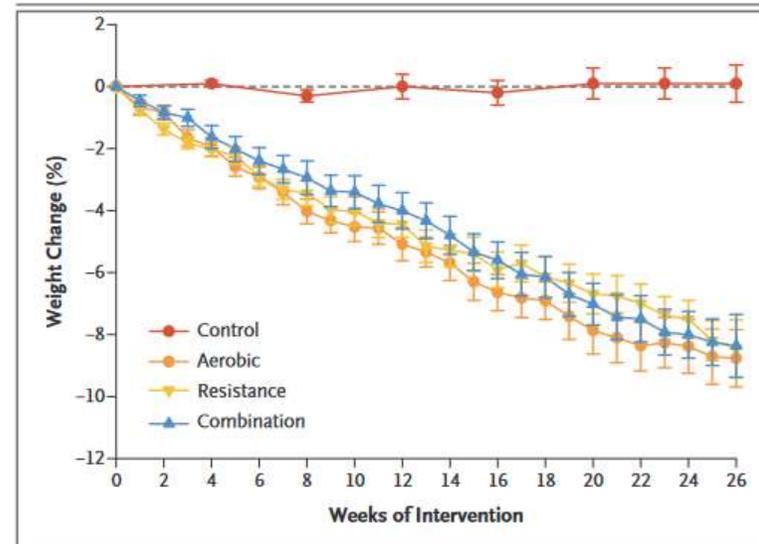
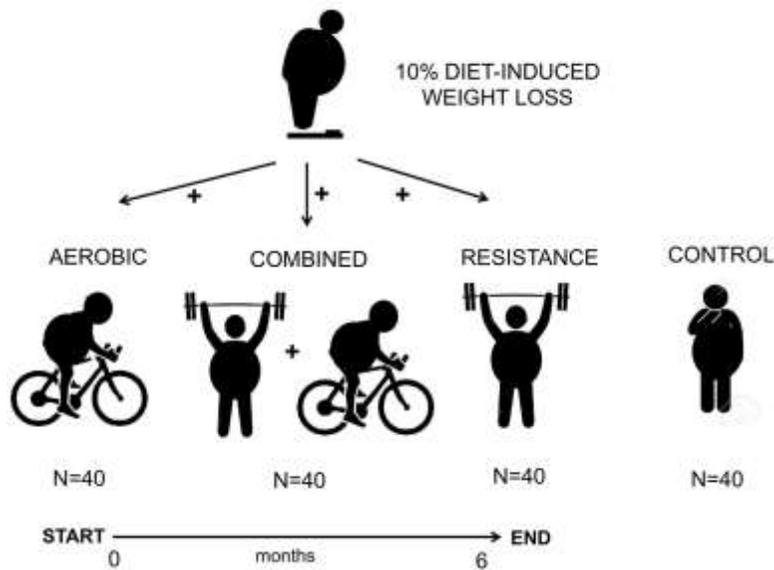
# Restriction calorique chez l'obèse âgé

- Restriction calorique de l'ordre de 10 % +/- associée à AP
  - Pas d'amélioration significative de la vitesse de marche
    - *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2022 Oct 6;77(10):2110-2115. doi: 10.1093/gerona/glab324.
  - Réduction du risque cardiovasculaire similaire en cas de programme d'activité physique avec ou sans perte de poids
    - *J Acad Nutr Diet.* 2022 Feb;122(2):354-362. doi: 10.1016/j.jand.2021.07.009. Epub 2021 Sep 1.
  - Perte de densité minérale osseuse pendant la phase de perte pondérale mais aussi dans les 6 mois suivants chez la femme ménopausée
    - *Nutrients.* 2021 Aug 19;13(8):2848. doi: 10.3390/nu13082848.

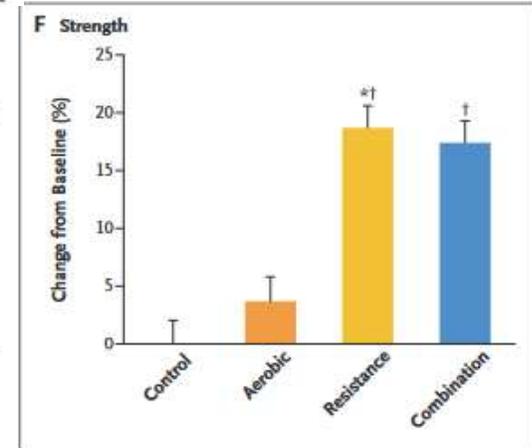
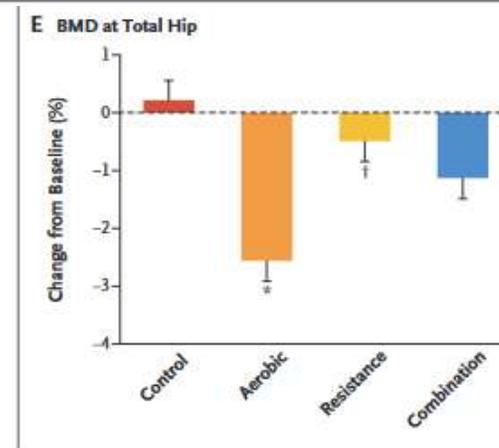
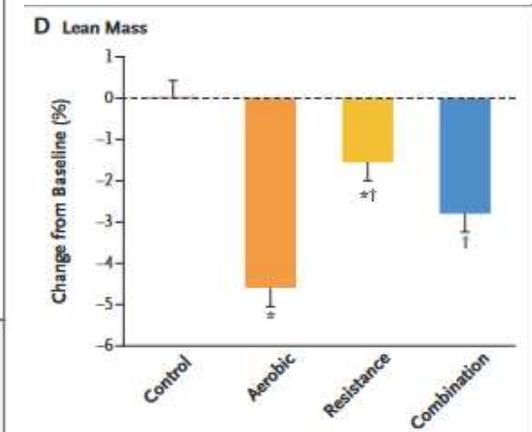
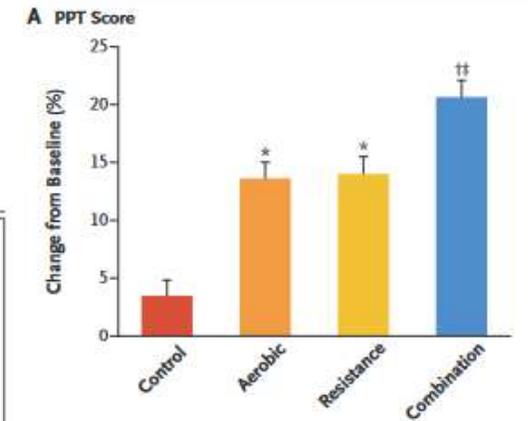
# Restriction calorique chez l'obèse âgé

Age 70+/- 5 ans, IMC 36,7 +/-5

Lifestyle Intervention Trial in Obese Elderly: Sub-study focusing on muscle



**Figure 3. Mean Percent Changes in Body Weight during the Interventions.** Percent changes are presented as least-squares-adjusted means; I bars indicate standard errors.



- Villareal et al. *N Engl J Med.* 2017 May 18;376(20):1943-1955.

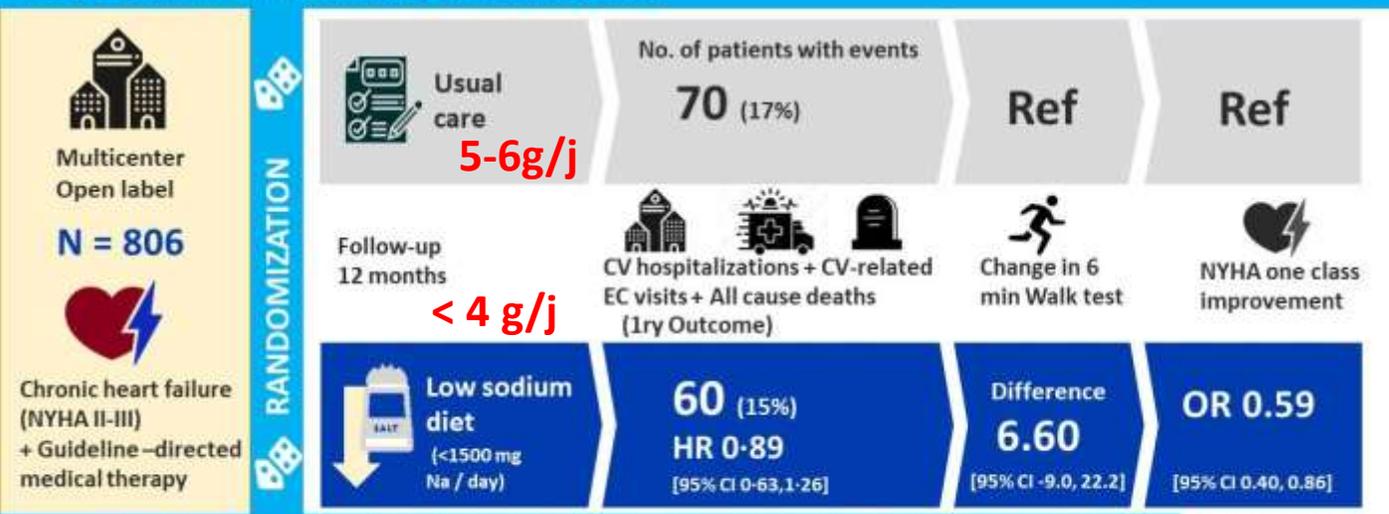
# Restriction sodée chez l'insuffisant cardiaque



Does strict reduction of dietary sodium improve cardiovascular outcomes in patients with heart failure?



## The SODIUM HF Randomized Controlled Trial



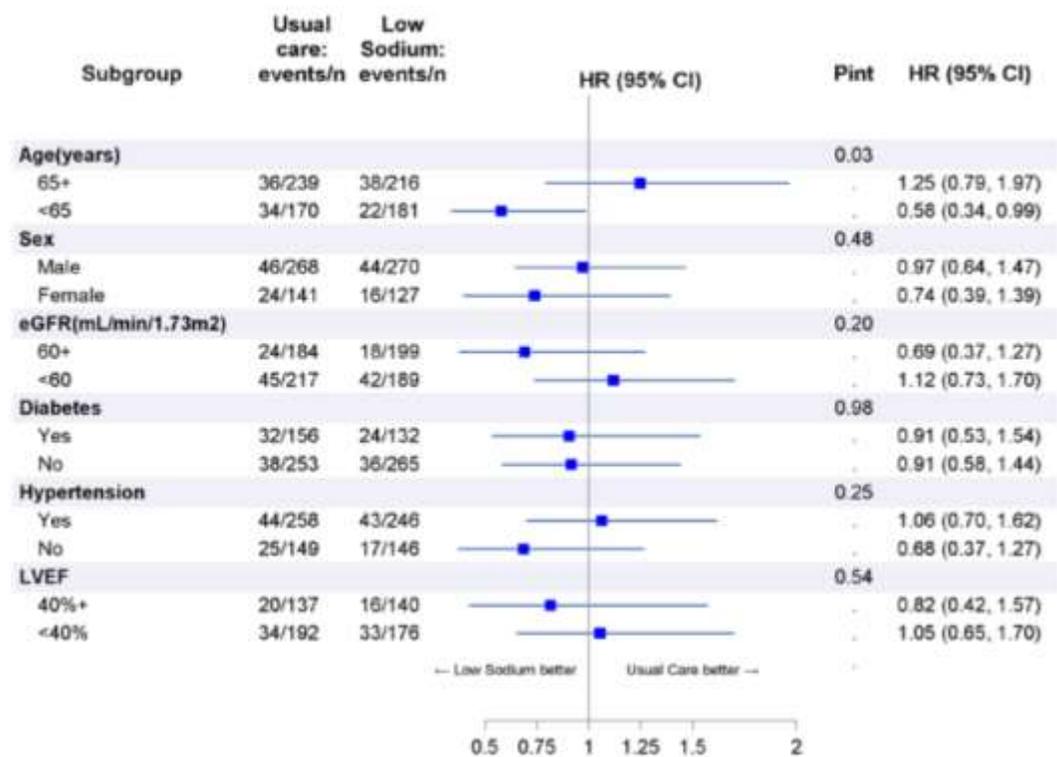
Conclusions: In patients with heart failure, a dietary intervention to reduce sodium intake did not reduce all cause deaths, hospitalizations or ED visits. However, patients felt better and had improvement on NYHA class.

PMID 35381194  
VA by @WilliamVasEsp

	Low sodium diet group (n=397), events (per 100 patient-years)	Usual care group (n=409), events (per 100 patient-years)	Unadjusted hazard ratio (95% CI)	p value	Adjusted hazard ratio (95% CI)*	p value
<b>Primary outcome</b>						
Cardiovascular-related hospitalisation, cardiovascular-related emergency department visit, or all-cause death	60 (17.2)	70 (19.2)	0.89 (0.63-1.26)	0.53	0.99 (0.66-1.47)	0.95
<b>Secondary outcomes</b>						
Cardiovascular-related hospitalisation	40 (11.4)	51 (13.8)	0.82 (0.54-1.24)	0.36	0.94 (0.58-1.53)	0.82
Cardiovascular-related emergency department visit	17 (4.7)	15 (3.9)	1.21 (0.60-2.41)	0.60	1.06 (0.49-2.30)	0.88
All-cause death	22 (5.0)	17 (4.3)	1.38 (0.73-2.60)	0.32	1.35 (0.64-2.82)	0.43

\*Adjusted for age, sex, New York Heart Association functional class, baseline calorie intake, baseline sodium intake, ejection fraction, body-mass index, estimated glomerular filtration rate, and presence of implantable cardioverter-defibrillator.

### Supplementary Figure S2. Subgroup Analysis



Ezekowitz et al. Lancet. 2022 Apr 9;399(10333):1391-1400.

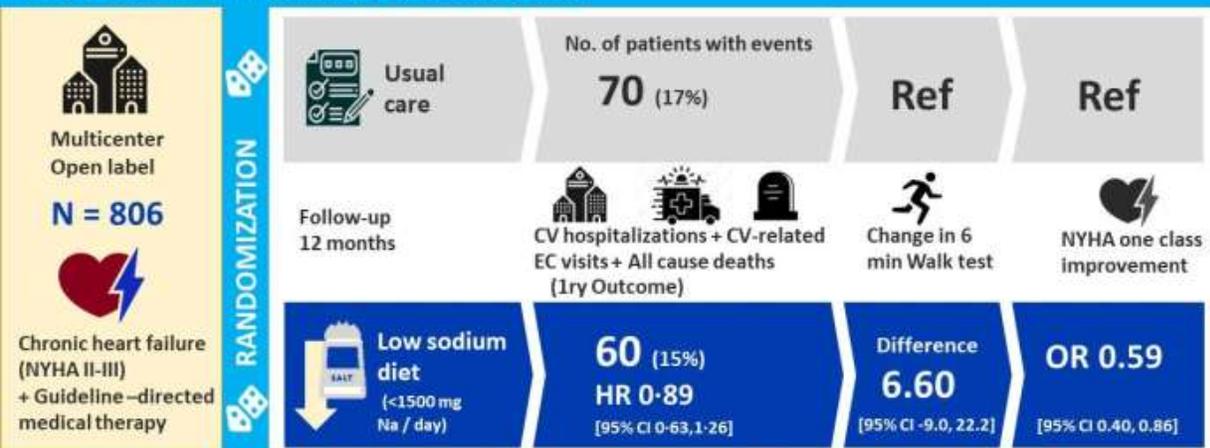
# Restriction sodée chez l'insuffisant cardiaque



Does strict reduction of dietary sodium improve cardiovascular outcomes in patients with heart failure?



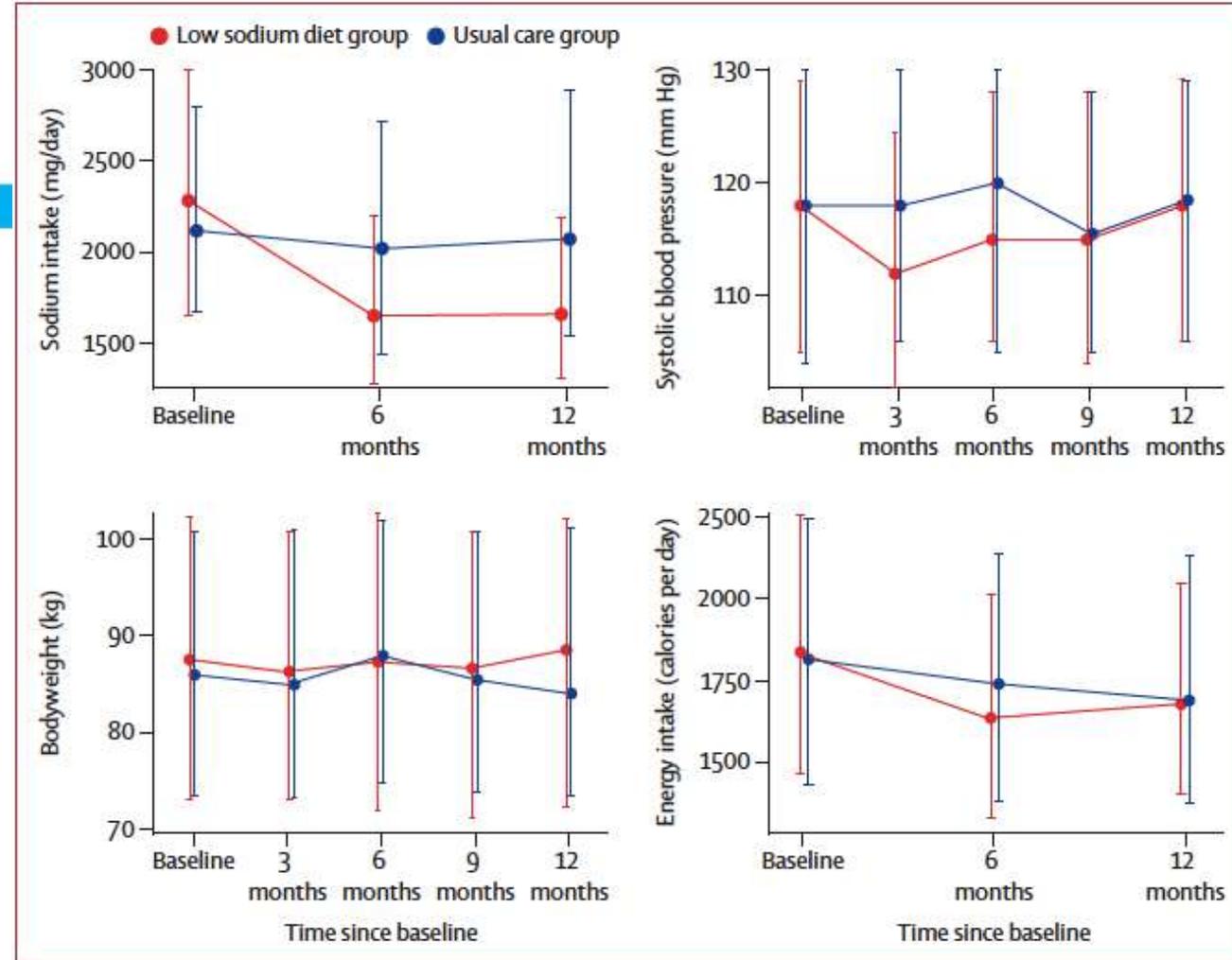
## The SODIUM HF Randomized Controlled Trial



Conclusions: In patients with heart failure, a dietary intervention to reduce sodium intake did not reduce all cause deaths, hospitalizations or ED visits. However, patients felt better and had improvement on NYHA class.

PMID 35381194  
VA by @WilliamVasEsp

mmol Sodium	mg Sodium	mg Salt (NaCl)
17	400	1000 (1g salt)
44	1000	2570 (1 g sodium)
65	1500	3800
100	2300	5850



[Ezekowitz et al. Lancet. 2022 Apr 9;399\(10333\):1391-1400.](#)

# Restriction sodée chez le dialysé

- 492 patients hémodialysés  
âge  $67.6 \pm 11.9$  ans
- Apport en sel moyen 9,5 g/j soit 0,17 g/kg/j analysés en quartiles
- Suivi 4 ans
- Faible consommation de sel associée à
  - Mortalité toute cause
  - Mortalité infectieuse
- Pas de bénéfice CV

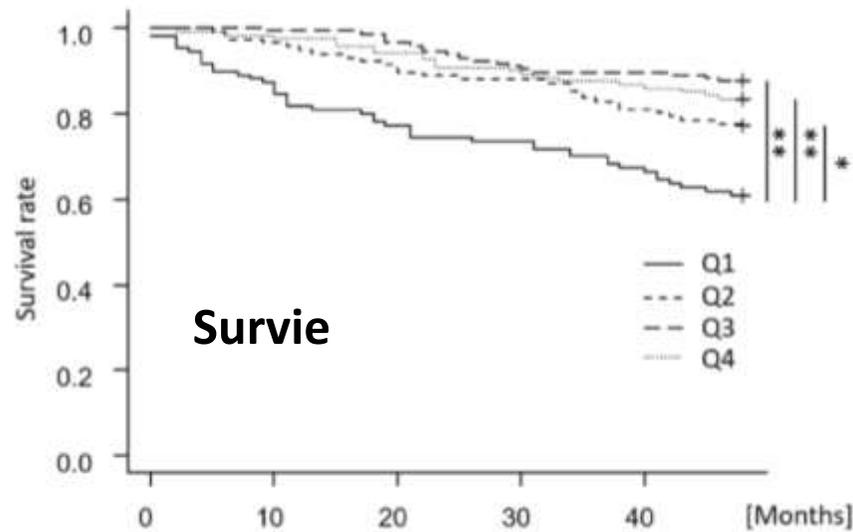


Fig 2. Kaplan-Meier analyses of all-cause survival according to corrected salt intake in four-year follow-up. Categories of corrected salt intake: Q1, < 0.13 g/kg/day; Q2, 0.13 to < 0.16 g/kg/day; Q3, 0.16 to < 0.20 g/kg/day; Q4,  $\geq 0.20$  g/kg/day. Log-rank test of differences  $P < 0.001$ . \* represents  $P < 0.05$ . \*\* represents  $P < 0.01$ .

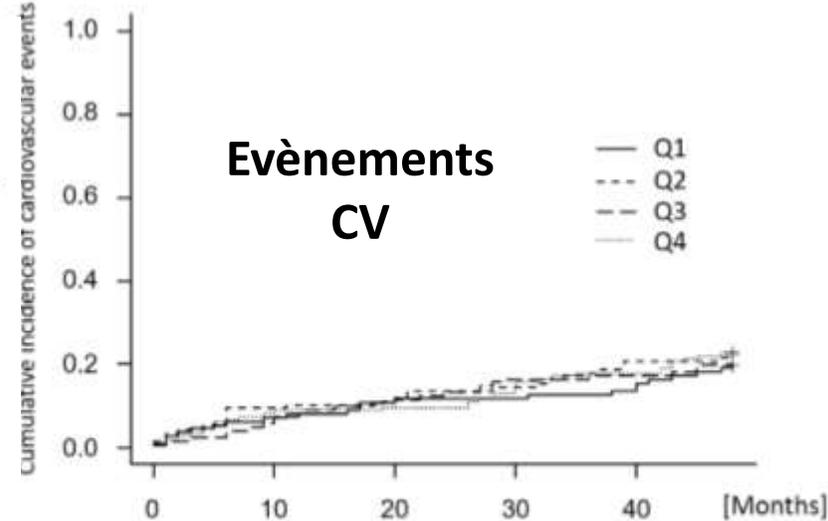


Fig 5. Cumulative incidence of cardiovascular events according to corrected salt intake with four-year follow-up. The cumulative incidence of cardiovascular events was calculated using the Gray test, treating death other than cardiovascular death as a competing risk. Cardiovascular events were defined as acute myocardial infarction, unstable angina, heart failure requiring hospitalization, coronary artery revascularization, stroke or cardiac sudden death. Categories of corrected salt intake: Q1, < 0.13 g/kg/day; Q2, 0.13 to < 0.16 g/kg/day; Q3, 0.16 to < 0.20 g/kg/day; Q4,  $\geq 0.20$  g/kg/day. Gray test of differences  $P = 0.993$ .

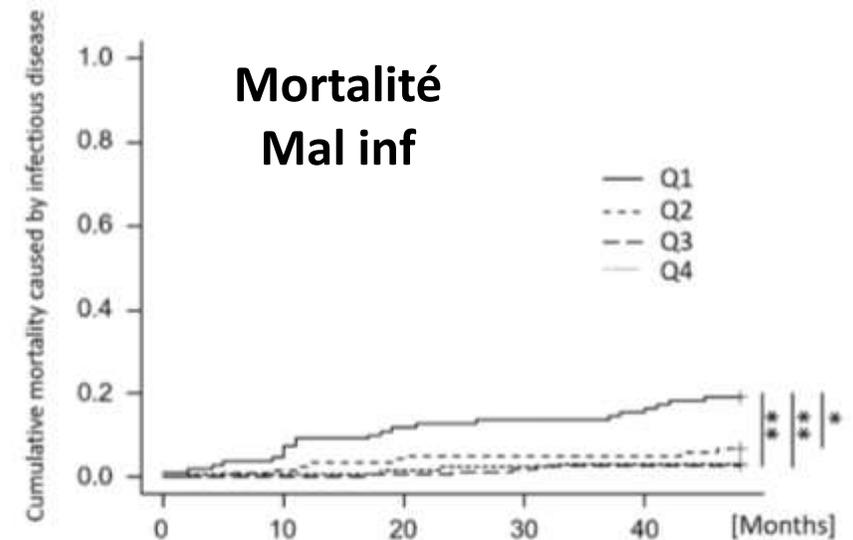


Fig 3. Cumulative mortality caused by infectious disease according to corrected salt intake with four-year follow-up. The cumulative mortality was calculated using the Gray test, treating deaths other than death due to infectious disease as a competing risk. Categories of corrected salt intake: Q1, < 0.13 g/kg/day; Q2, 0.13 to < 0.16 g/kg/day; Q3, 0.16 to < 0.20 g/kg/day; Q4,  $\geq 0.20$  g/kg/day. Gray test of differences  $P < 0.001$ . \* represents  $P < 0.05$ . \*\* represents  $P < 0.01$ .

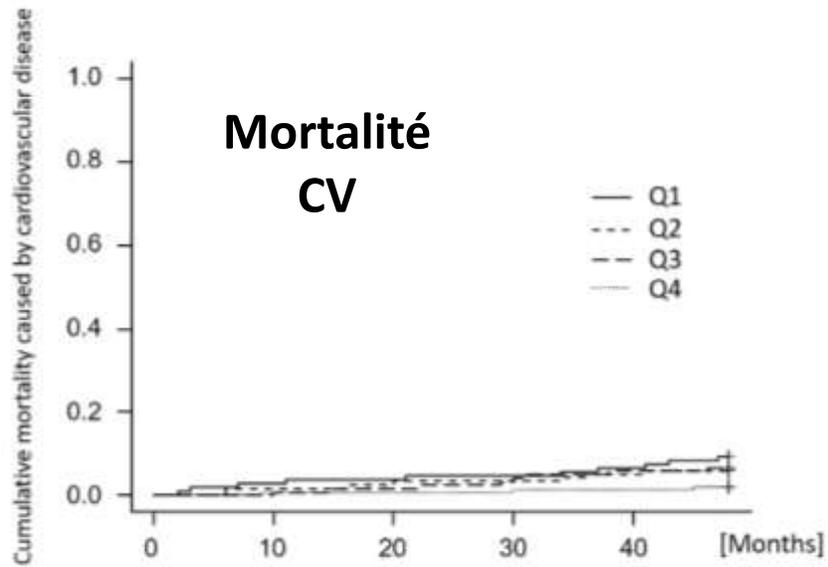


Fig 4. Cumulative mortality caused by cardiovascular disease according to corrected salt intake with four-year follow-up. The cumulative mortality was calculated using the Gray test, treating deaths other than death due to cardiovascular as a competing risk. Categories of corrected salt intake: Q1, < 0.13 g/kg/day; Q2, 0.13 to < 0.16 g/kg/day; Q3, 0.16 to < 0.20 g/kg/day; Q4,  $\geq 0.20$  g/kg/day. Gray test of differences  $P < 0.102$ .

# Restriction sodée chez le dialysé

- 127 patients hémodialysés
- âgés  $70 \pm 14$  ans
- IMC  $23.8 \pm 5.1$
- Apports sodium  $< 1,5$  g/j (4g sel) associés à apports insuffisants en
  - calories
  - Protéines
  - Eléments traces
  - Vit B1

Bossola et al. *Nutrients*. 2020 Jan 19;12(1):260.

Table 2. Daily intake of calorie, protein, and fat according to the daily sodium intake.

	Daily Sodium Intake (mg)		<i>p</i>
	<1500 ( <i>n</i> = 87)	≥1500 ( <i>n</i> = 40)	
Age (years)	71.3 ± 13.3	66.8 ± 14.7	0.088
Sex (M:F)	51:36	24:16	1.000
BMI	23.7 ± 4.5	24.3 ± 5.2	0.265
Charlson Comorbidity Index	1.5 ± 1.4	1.6 ± 1.3	0.347
Calorie (kcal/kg/day)	21.1 ± 6.6	27.1 ± 10.4	0.0001
Protein (g/kg/day)	0.823 ± 0.275	1.061 ± 0.419	0.0003
Protein, % TE	16 ± 3.6	16.1 ± 3.4	0.864
Lipid (grams)	47.1 ± 15	56.1 ± 20.6	0.006
Lipid. % TE	32.7 ± 5.4	30.2 ± 5.9	0.027
Carbohydrate (grams)	186.8 ± 57.5.1	256.5 ± 87.4	<0.0001
Carbohydrate, % TE	51.3 ± 6.9	53.6 ± 8.1	0.104
Cholesterol (mg)	182.4 ± 90.8	232.6 ± 129	0.013
Saturated fat (grams)	5.1 ± 2.4	6.3 ± 2.3	0.009
MUFA (grams)	27.2 ± 6.1	32.4 ± 8.8	0.0001
PUFA (grams)	2.71 ± 1.15	4.23 ± 1.50	<0.0001
Omega-6 FA (grams)	4.57 ± 1.26	5.87 ± 1.63	<0.0001
Omega-3 FA (grams)	0.451 ± 0.188	0.591 ± 0.219	0.0003
Fiber (grams)	10.9 ± 4.3	12.4 ± 4.4	0.070

	Daily Sodium Intake (mg)		<i>p</i>
	<1500 ( <i>n</i> = 87)	≥1500 ( <i>n</i> = 40)	
Phosphorus (mg)	749.4 ± 213.4	910.2 ± 265	0.0004
Potassium (mg)	1461.1 ± 469	1779 ± 583	0.001
Calcium (mg)	330 ± 155.9	386.6 ± 171.4	0.068
Magnesium (mg)	158.6 ± 46.3	188.4 ± 54.9	0.001
Copper (mg)	31.5 ± 18.2	68.6 ± 36.1	<0.0001
Selenium (mg)	42.8 ± 13.4	68.1 ± 23.7	<0.0001
Iron (mg)	6.56 ± 1.97	7.81 ± 2.58	0.003
Zinc (mg)	6.73 ± 2.12	8.39 ± 2.65	0.0003

Recommmandations





## Haut Conseil de la santé publique

---

### AVIS

---

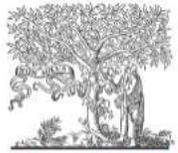
relatif à la révision des repères alimentaires pour les personnes âgées

---

Le 18 mai 2021

---

- « **Les régimes d'exclusion** (sans sel, sans gras, etc.), les régimes amaigrissants, et les régimes déséquilibrés (en particulier en protéines, en glucides) sont **à proscrire** quels qu'ils soient, en dehors **d'indications médicales**. »
- « Les régimes sur prescription médicale suivis de longue date doivent être **réévalués par le médecin passé 75 ans** pour s'assurer de leur adéquation avec les besoins de la personne. »
- « Les régimes d'exclusion suivis de longue date (végétarien, végétalien) nécessitent une **vigilance particulière** par rapport au **risque élevé de carences passé 75 ans**. »



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

## Clinical Nutrition

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/clnu>



Narrative Review

### Nutritional status and the risk of malnutrition in older adults with chronic kidney disease – implications for low protein intake and nutritional care: A critical review endorsed by ERN-ERA and ESPEN



Giorgina Barbara Piccoli <sup>a, \*\*</sup>, Tommy Cederholm <sup>b</sup>, Carla Maria Avesani <sup>c</sup>,  
Stephan J.L. Bakker <sup>d</sup>, Vincenzo Bellizzi <sup>e</sup>, Cristina Cuerda <sup>f</sup>, Adamasco Cupisti <sup>g</sup>,  
Alice Sabatino <sup>h</sup>, Stephane Schneider <sup>i</sup>, Massimo Torreggiani <sup>a</sup>, Denis Fouque <sup>j</sup>,  
Juan Jesus Carrero <sup>k, l</sup>, Rocco Barazzoni <sup>m, \*</sup>

#### Priorité rein

MRC stade 4-5  
Progression rapide de la MRC  
Symptômes urémiques  
Bon état nutritionnel

> Protéines 0,6-0,8 g/kg/j



#### Priorité nutrition

Dénutrition proteino-énergétique  
MRC stade 3  
Progression lente de la MRC  
Comorbidités ou espérance de vie limitée

> Protéines 1-1.2 g/kg/j



## Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur les stratégies d'utilisation des traitements anti-hyperglycémiantes dans le diabète de type 2 – 2021

Recommandations et référentiels

Patrice Darmon, Bernard Bauduceau, Lyse Bordier, Bruno Detournay, Pierre Gourdy, Bruno Guerci, Sophie Jacqueminet, Alfred Penforis, Jacques Philippe, André Scheen, Charles Thivolet, Tiphaine Vidal-Trecan, pour la Société Francophone du Diabète (SFD)

- Avis n°21 - Patient âgé de plus de 75 ans : stratégie thérapeutique
- « Les régimes restrictifs doivent être évités et une activité physique adaptée sera conseillée. »

## 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension

The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH)

### Lifestyle interventions for patients with hypertension or high-normal BP

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
Salt restriction to <5 g per day is recommended. <sup>248,250,255,258</sup>	I	A

## 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)

With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC

- DONNEES INSUFFISANTES
  - Traitements de l'insuffisance cardiaque chronique
  - « More evidence on the effects of fluid restriction, dietary salt restriction, and nutrition”

ALIMENTATION  
EQUILIBREE

PAS D'INTERDIT

## 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies

With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC)

- Adopt a more plant- and less animal-based food pattern
- Saturated fatty acids should account for <10% of total energy intake, through replacement by PUFAs, MUFAs, and carbohydrates from whole grains
- Trans unsaturated fatty acids should be minimized as far as possible, with none from processed foods
- <5 g total salt intake per day
- 30–45 g of fibre of per day, preferably from wholegrains
- ≥200 g of fruit per day (≥2–3 servings)
- ≥200 g of vegetables per day (≥2–3 servings)
- Red meat should be reduced to a maximum of 350–500 g a week, in particular processed meat should be minimized
- Fish is recommended 1–2 times per week, in particular fatty fish
- 30 g unsalted nuts per day
- Consumption of alcohol should be limited to a maximum of 100 g per week
- Sugar-sweetened beverages, such as soft drinks and fruit juices, must be discouraged

MUFA = monounsaturated fatty acid; PUFA = polyunsaturated fatty acid.

# RECOMMANDATIONS

sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte\* en établissements de santé

Condensé

Recommandations complètes :

Vaillant M-F, *et al.* (2019) Recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissements de santé. Nutrition Clinique et Métabolisme. 10.1016/j.nupar.2019.09.002

**Ces recommandations sur les prescriptions et prise en charge alimentaire et nutritionnelle sont basées sur des preuves scientifiques, ou à défaut, des consensus d'experts.**

## Recommandation 16

**Si une alimentation thérapeutique pauvre en sel est indiquée, il est recommandé de ne pas restreindre l'apport en sel (NaCl) de l'alimentation à moins de 5g/jour (soit environ 2g de sodium/j), sauf en cas de décompensation aiguë sévère et pour une très courte durée.**

Un régime restreint en sel est souvent associé à une réduction des apports oraux et un risque de dénutrition ou d'aggravation de celle-ci.

## La prescription de l'alimentation à l'hôpital

### Recommandation 5

**Il est recommandé que toute alimentation soit prescrite à l'admission du patient et adaptée à la situation clinique.**

La prescription inclut tout type d'alimentation : **standard et thérapeutiques** (alimentations thérapeutiques restrictives, enrichies et/ou alimentations à texture modifiée). L'acte alimentaire, c'est-à-dire la non contre-indication à la prise alimentaire, et le type d'alimentation doivent faire l'objet d'une prescription médicale. Bien que la **responsabilité de la prescription nutritionnelle** incombe au médecin, l'**adaptation** de l'alimentation à l'admission peut faire l'objet de l'expertise d'un(e) diététicien(ne).

### Recommandation 6

**Il est recommandé que tout type d'alimentation thérapeutique soit réévalué en cours d'hospitalisation et lors de la sortie par le prescripteur, et si besoin par un diététicien et/ou un médecin nutritionniste.**

La mise en place d'une alimentation thérapeutique en cas de trouble(s) nutritionnel(s) est un **acte de soin** qui ne devrait pas déroger au principe de **réévaluation**, s'inscrivant dans la démarche qualité développée par la HAS.

### Recommandation 7

**Il est recommandé de ne pas combiner plus de 2 alimentations thérapeutiques restrictives en raison du risque de dénutrition.**

Derrière le terme « combiner », nous entendons l'association (manuelle ou informatisée) de plusieurs types d'alimentations prescrites. **Cumuler plusieurs niveaux de restrictions alimentaires rend difficile et aléatoire la conception d'un plateau repas** en cuisine, expose à une moindre consommation et un risque accru de dénutrition. Il est important d'évaluer le rapport bénéfice/risque des régimes restrictifs, notamment chez certains patients les plus fragiles, comme les personnes âgées et selon la recommandation du Conseil National de l'Alimentation.

### Recommandation 13

**L'alimentation standard est adaptée au patient diabétique sans exclusion des produits et desserts contenant du saccharose.**

Les recommandations de l'apport des macronutriments chez la personne atteinte de diabète sont les mêmes que pour la population générale, en l'absence de complications liées au diabète. Suivant l'avis de l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), il s'agit **plutôt de « contrôler » la consommation de sucre** que de l'exclure.



Comment assouplir ?

# En pratique

- **Evaluer le statut nutritionnel et les besoins individuels**
- **Dédiaboliser**
  - Le sucre pendant les repas
  - Les aliments gras
  - Le sel avec modération
- **S'adapter à l'alimentation et pas l'inverse**
  - Diurétiques, insuline
- **Réévaluation en hospitalisation**
- **Mettre en avant un régime équilibré**
  - Critères positifs > alimentation
  - Repères du PNNS

## PNNS : personnes âgées fragiles

Fruits et légumes		→ Au moins 5 par jour
Pain et autres aliments céréaliers, pommes de terre et légumes secs		→ À chaque repas selon l'appétit
Lait et produits laitiers		→ 3 ou 4 par jour
Viandes Poissons et produits de la pêche (Eufs)		→ 2 fois par jour
Matières grasses ajoutées		→ Sans en abuser
Produits sucrés		→ Sans en abuser
Boissons		→ 1 litre à 1,5 litre par jour
Sel		→ Pas de conseil spécifique
Activité physique		→ Bouger chaque jour, le plus possible

# Expliquer les changements

- Restriction souvent intégrée aux habitudes
  - Démarche d'assouplissement à expliquer
  - Lutter contre le sentiment de transgression
  - Réhabiliter le plaisir et la diversité de l'alimentation
- 
- Communication auprès des autres prescripteurs généraliste, spécialistes

**Be Healthy!**



# Régimes restrictifs en gériatrie

- Personnes âgées exposées fréquemment et souvent à l'excès
- Pas de bénéfice démontré au-delà de 70 ans
- Risque nutritionnel majeur potentialisé par la polypathologie
- Réévaluation indispensable
- Pédagogie auprès des prescripteurs comme des patients



MERCI POUR VOTRE ATTENTION

