

Université de Montréal

**Perception de l'importance de facteurs liés au  
vieillessement sur les comportements alimentaires telle que  
rapportée par des personnes âgées autonomes et semi-  
autonomes de la région de Lanaudière**

par Cassandre Robitaille

Candidate à la maîtrise, Département de Nutrition  
Faculté de Médecine

Mémoire présenté  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise  
en Nutrition

Décembre 2017

© Cassandre Robitaille, 2017

## Résumé

**CONTEXTE:** Si plusieurs facteurs peuvent exercer différentes influences sur le vieillissement en santé, nous avons peu d'informations sur la perception de l'importance de ces principaux déterminants sur les comportements alimentaires en lien avec le vieillissement telle que rapportée par les personnes âgées autonomes et semi-autonomes. Cette question est peu répondue dans la littérature et encore moins pour le milieu rural de Lanaudière, au Québec.

**OBJECTIF:** L'objectif principal est d'explorer les perceptions des déterminants de l'alimentation des personnes âgées d'une région rurale habitant dans la communauté ou au sein d'une résidence pour personnes âgées autonomes. Inspiré du cadre conceptuel du vieillissement en santé de Cardinal et coll. (2008), les objectifs secondaires sont d'explorer et de comparer leurs perceptions des relations entre l'alimentation et : les aptitudes individuelles, les capacités d'adaptation, l'environnement, les conditions de vie, le milieu de vie, l'engagement et la participation, les services de soins de santé. Leur état de santé et leurs perceptions des activités de prévention des maladies pour un vieillissement en santé furent aussi abordés.

**MÉTHODE:** La collecte de données est principalement qualitative et s'est faite à partir d'entrevue individuelle dirigée par une grille de questions inspirées du cadre conceptuel du vieillissement en santé de Cardinal et coll. (2008). L'échantillon (n=20) est composé de deux groupes de personnes âgées de Lanaudière: celles vivant dans la résidence *Le Grand Manoir* et celles vivant en communauté. Pour l'analyse une synthèse des données fut effectuée pour chacun des axes de la grille d'entrevue. Si l'axe représentait le thème principal, les sous-dimensions spécifiques à chaque axe furent à la fois liées aux questions formulées et inspirées du corpus de données. Une approche inductive et déductive fut retenue pour l'analyse.

**RÉSULTATS:** Les résultats nous permettent d'observer que les environnements et le réseau social semblent influencer les comportements alimentaires des personnes âgées. Certains exemples de comportements alimentaires sont semblables dans les deux groupes alors que d'autres sont non semblables. Quelques points saillants ressortent aussi par rapport au poids, aux produits de santé naturels, à la crédibilité des sources d'information, à la conduite automobile, à la variété alimentaire et à l'importance du réseau social autour des actes de cuisiner et de manger.

**CONCLUSION:** Ce mémoire nous permet d'explorer les déterminants des comportements alimentaires des personnes âgées autonomes selon leur milieu de vie. Il serait pertinent de poursuivre de plus amples études en nutrition publique afin de comprendre comment rejoindre les intérêts des personnes âgées sur certaines thématiques telles que l'image corporelle, la variété alimentaire, l'importance des collations dans une alimentation équilibrée, les solutions à prévoir en cas de perte d'autonomie dans les déplacements, l'importance d'activités préventives telle que la vaccination, la crédibilité des sources d'information en nutrition et les bénéfices des activités collectives en alimentation offertes dans la communauté.

**Mots-clés :** comportements alimentaires, perception des aliments, vieillissement réussi, habitudes de vie, image corporelle, santé, personnes âgées.

## Abstract

**CONTEXT:** While several factors may have different influences on healthy aging, there is little information on how important these key determinants are to food behaviors related to aging as reported by independent and semi-independent seniors. This question is rarely answered in the literature and even less so for the rural community, namely the Lanaudière region of Quebec.

**OBJECTIVE:** The primary objective is to explore perceptions of the determinants of nutrition of older adults in a rural area of the community or in a residence for independent seniors. Inspired by the conceptual framework of healthy aging Cardinal et al. (2008), the secondary objectives are to explore and perceive the relationships between diet and: individual abilities, coping skills, environment, living conditions, living environment, commitment and participation, and health care services. Their health status and perceptions of disease prevention activities for healthy aging were also discussed.

**METHOD:** Data collection is primarily qualitative and is based on a one-on-one interview led by a grid of questions inspired by the conceptual frame of Cardinal et al. (2008). The sample (n = 20) consists of two groups of Lanaudière seniors: those living in the Le Grand Manoir residence and those living in community. For the analysis, a synthesis of the data was performed for each axis of the interview grid. While the axis was the main theme, the sub-dimensions specific to each axis were both related to the questions formulated and inspired by the body of data. An inductive and deductive approach was used for the analysis.

**RESULTS:** The results allow us to observe that environments and the social network seem to influence the eating behaviors of the elderly. Some examples of eating behaviors are similar in both groups while others are different. Some highlights also relate to weight, natural health products, the credibility of information sources, driving, food variety and the importance of the social network around cooking and eating .

**CONCLUSION:** This thesis allows us to explore the determinants of eating behaviors of independent seniors according to their living environment. It would be relevant to pursue further studies in public nutrition to understand how to reach the interests of the elderly on certain themes such as body image, variety of food, the importance of snacks in a balanced diet, solutions to be provided in case of loss of autonomy in travel, the importance of preventive activities such as vaccination, credibility sources of information on nutrition and the benefits of community food activities offered in the community.

**Keywords :** eating behavior, food perception, successful aging, body image, health, elderly.

# Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures .....	ix
Liste des sigles .....	x
Remerciements.....	xii
INTRODUCTION .....	13
1. RECENSION DES ÉCRITS.....	14
<b>1.1 Espérance de vie et démographie.....</b>	<b>14</b>
1.1.1 Espérance de vie .....	14
1.1.2 Portrait démographique de la population québécoise .....	15
1.1.3 Portrait démographique de la population lanauoise.....	17
<b>1.2 Santé nutritionnelle et vieillissement .....</b>	<b>18</b>
1.2.1 État nutritionnel et facteurs de risque de dégradation appliqués aux aînés .....	19
<b>1.3. Interventions du réseau québécois abordant la santé des aînés.....</b>	<b>24</b>
1.3.1 État de l’offre de services de santé destinés aux aînés au Québec.....	24
1.3.2 État de l’offre de services de santé destinés aux aînés dans Lanaudière .....	27
1.3.3 Rôle des professionnels de la santé en relation avec le vieillissement .....	29
<b>1.4. Modèles retenant l’étude des déterminants de la santé en lien avec le vieillissement</b>	
.....	<b>31</b>
1.4.1 Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants.....	31
1.4.2 Cadre conceptuel explorant l’ajustement de la personne âgée à son environnement	
.....	34
1.4.3 Cadre conceptuel du vieillissement en santé .....	35

2. PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE .....	41
<b>2.1 Problématique</b> .....	<b>41</b>
<b>2.2 Objectifs</b> .....	<b>42</b>
2.1.1 Objectif principal .....	42
2.1.2 Objectifs spécifiques .....	42
3. MÉTHODOLOGIE.....	43
<b>3.1 Devis et considérations éthiques</b> .....	<b>43</b>
<b>3.2 Échantillon</b> .....	<b>43</b>
3.2.1 Recrutement des sujets: personnes âgées résidant au Grand Manoir .....	44
3.2.2 Recrutement des sujets: personnes âgées résidant dans la communauté .....	44
3.2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	45
<b>3.3 Collecte de données</b> .....	<b>45</b>
<b>3.4 Analyse de données</b> .....	<b>49</b>
4. RÉSULTATS .....	50
<b>4.1 Profil des répondants</b> .....	<b>50</b>
4.1.1 Profil sociodémographique des répondants .....	50
4.1.2 Profil de santé des répondants.....	52
4.1.3 Profil singulier de chacun des répondants .....	54
<b>4.2 Importance des aptitudes individuelles et des capacités d'adaptation de la personne âgée sur les comportements alimentaires</b> .....	<b>55</b>
4.2.1 Appétit et variété alimentaire.....	55
4.2.2 Acte de cuisiner, activités et vieillissement .....	57
4.2.3 Apport alimentaire et rythme prandial .....	58
4.2.4 Habitudes alimentaires selon les catégories alimentaires .....	60
4.2.5 Perception de la contribution de l'alimentation à la santé .....	66
4.2.6 Sources d'information en nutrition .....	67
4.2.7 Perception du sens donné à l'expression bonne alimentation.....	69
4.2.8 Finances personnelles et alimentation .....	70
<b>4.3 Importance des milieux de vie des personnes âgées sur les comportements alimentaires</b> .....	<b>72</b>

4.3.1 Perception du quartier .....	72
4.3.2 Déplacement pour les achats alimentaires .....	73
4.3.3 Perception d'accessibilité et fréquentation des commerces alimentaires .....	74
<b>4.4 Importance des intervenants des services de santé et des services sociaux sur les comportements alimentaires des personnes âgées .....</b>	<b>75</b>
4.4.1 Perception de l'offre générale de services de santé .....	75
4.4.2 Les médecins et les médecins spécialistes .....	76
4.4.3 Les autres professionnels et spécialistes de la santé .....	79
4.4.4. Les recommandations nutritionnelles des intervenants .....	80
<b>4.5 Importance de la dimension sociale en lien avec l'alimentation de la personne âgée .....</b>	<b>84</b>
4.5.1 Engagement dans des activités organisées.....	84
4.5.2 Environnement social.....	85
<b>4.6 Faits saillants des entrevues .....</b>	<b>93</b>
<b>5. DISCUSSION .....</b>	<b>99</b>
<b>5.1 Profil des répondants .....</b>	<b>99</b>
5.1.1 Profil sociodémographique des répondants .....	99
5.1.2 Profil de santé des répondants.....	101
<b>5.2 Importance des aptitudes individuelles.....</b>	<b>103</b>
5.2.1 Autonomie et condition physique .....	103
5.2.2 Acte de cuisiner, activité et vieillissement.....	105
5.2.3 Apport alimentaire et rythme prandial.....	108
5.2.4 Habitudes alimentaires selon les catégories alimentaires .....	111
5.2.5 Perception de la contribution de l'alimentation à la santé.....	119
5.2.6 Sources d'information en nutrition .....	122
5.2.7 Perception de la bonne alimentation .....	123
5.2.8 Finances personnelles et alimentation .....	124
<b>5.3 Importance des milieux de vie des personnes âgées sur les comportements alimentaires.....</b>	<b>125</b>

<b>5.4 Importance des intervenants des services de santé et des services sociaux sur les comportements alimentaires des personnes âgées .....</b>	<b>129</b>
5.4.1 Offre générale de services de santé.....	130
5.4.2 Les médecins et les médecins spécialistes .....	130
5.4.3 Les autres professionnels et spécialistes de la santé .....	131
<b>5.5 Importance des dimensions sociales .....</b>	<b>133</b>
5.5.1 Environnement social.....	134
5.5.2 Réseau social pour aide quotidienne.....	136
<b>5.6 Pistes d’actions inspirées des constats de l’étude .....</b>	<b>136</b>
<b>5.7 Limites et forces de l'étude .....</b>	<b>138</b>
CONCLUSION.....	140
BIBLIOGRAPHIE .....	141
ANNEXES .....	156
<b>ANNEXE 1: Exemples concrets d'adaptation d'environnements selon le MADA ....</b>	<b>156</b>
<b>ANNEXE 2 : Description des 9 axes de Cardinal et coll. ....</b>	<b>158</b>
<b>ANNEXE 3: Approbation éthique.....</b>	<b>160</b>
<b>ANNEXE 4 : Grille de questionnaire .....</b>	<b>iv</b>
<b>ANNEXE 5: Résumés des sujets .....</b>	<b>i</b>
<b>ANNEXE 6: Affiche de la propreté au bout des doigts .....</b>	<b>xiii</b>



## Liste des tableaux

<b>Tableau 1:</b> Mission d'organismes communautaires de Lanaudière rejoignant les aînés.....	28
<b>Tableau 2:</b> Description des déterminants du cadre conceptuel de la santé .....	33
<b>Tableau 3:</b> Exemples en lien avec la nutrition selon les axes du modèle conceptuel d'un vieillissement réussi .....	39
<b>Tableau 4:</b> Questions divisées selon les objectifs spécifiques et les axes de Cardinal et coll. (2008) .....	46
<b>Tableau 5:</b> Profil des sujets habitant à domicile .....	51
<b>Tableau 6:</b> Profil des sujets habitant à la résidence <i>Le Grand Manoir</i> .....	51
<b>Tableau 7:</b> Comparaison des faits saillants entre les personnes âgées vivant en résidence et celles vivant en communauté selon les axes associés aux déterminants de la santé de Cardinal et coll. (2008).....	93

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> : La spirale de la dénutrition en général (adaptée de Ferry et coll.) .....	20
<b>Figure 2</b> : Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (Gouvernement du Québec) ..	32
<b>Figure 3</b> : Le modèle de l'ajustement de la personne âgée à son environnement (Glass et Balfour 2003, tiré de Cardinal et coll. 2008) .....	34
<b>Figure 4</b> : Perspective pour un vieillissement en santé : modèle conceptuel adapté de Cardinal et coll., 2008.....	37
<b>Figure 5</b> : Modèle conceptuel du vieillissement réussi tiré du cadre théorique de l'étude de la cohorte Nuage, 2013 .....	40
<b>Figure 6</b> : Réseau social présent autour des personnes âgées interrogées pour partager des repas et des collations .....	90
<b>Figure 7</b> : Réseau social présent pour les personnes âgées interrogées en cas de besoin dans les activités de la vie quotidienne.....	92

## Liste des sigles

AQDR: Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées

ASPQ: Association pour la santé publique du Québec

CMTF: Canadian Malnutrition Task Force (Le groupe de travail canadien sur la malnutrition)

ÉPIC: Étude Pilote de l'Institut de Cardiologie

DC: Diététistes Canada

FADOQ: Fédération de l'âge d'or du Québec

IDH: Indice de développement humain

IMC: Indice de masse corporelle

INSPQ: Institut national de la santé publique du Québec

MADA: Municipalités amies des aînés

MRC: Municipalité régionale de comté

OPDQ: Ordre professionnel des diététistes du Québec

PSN: Produits de santé naturels

SAAQ: Société de l'assurance automobile du Québec

SYLIA: Système Lanaudois d'information et d'analyse

SCHL: Société canadienne d'hypothèque et de logement

*Vieillir, ce n'est pas du tout diminuer, mais grandir.*

Marcel Jouhandeau (1956).

## Remerciements

En préambule, j'aimerais remercier les personnes avec qui j'ai eu la chance d'échanger et de recevoir de l'aide lors de la rédaction de ce mémoire. Ces personnes sont précieuses et font aussi partie du résultat de ce travail de recherche.

Tout d'abord, j'aimerais remercier Marie Marquis, directrice de recherche de ce mémoire, pour son aide précieuse et sa motivation à chacun de nos échanges. Je ne pouvais avoir meilleure directrice. Merci pour l'offre de ce beau projet.

Merci à Louise St-Denis, marraine lors du mémoire, pour son intérêt dans nos discussions de parrainage.

Merci à mes parents d'applaudir chaque petite réussite et tous les projets que je leur partage. Être authentique et croire en soi sont deux qualités que vous m'avez léguées.

Merci à Lilianne Martin, très bonne amie, pour son support et les longues discussions de motivation lors de la recension des écrits et de la rédaction de ce mémoire.

Merci Pippa R. Dupuis pour les sorties entre les heures de travail qui permettaient de mieux se concentrer au retour.

Enfin, merci à Michaël Dupuis, mon conjoint, pour son support constant, ses distractions par moment et son appui tout au long de ce mémoire. Je suis choyée de l'avoir comme partenaire de vie. Merci pour ta présence dans ce projet et pour tous ceux à venir.

## INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le vieillissement est une sénescence normale de toutes les cellules du corps. Cette sénescence et les mécanismes du vieillissement ont tout de même des effets protecteurs et désirables sur le corps humain tel qu'empêcher la prolifération de cellules cancéreuses [1]. Par ailleurs, les effets sur les capacités physiques et mentales sont variables d'une personne à l'autre. Certains seront plus à risques de maladies et de déconditionnement. Les environnements sociaux, physiques et économiques, les caractéristiques personnelles et les comportements exercent des influences sur la santé lors du vieillissement [2].

L'OMS définit le concept de «vieillir en santé» comme étant «un état d'équilibre d'une personne à un moment donné, qui s'apprécie notamment par le niveau de bien-être subjectif, par l'exercice des capacités intellectuelles, mentales et physiques ainsi que par la qualité des relations avec le milieu» [3]. L'émergence des technologies, des infrastructures, des connaissances médicales et des mesures d'hygiène a façonné et amélioré notre mode de vie ayant pour effet d'augmenter l'espérance de vie. Par conséquent, l'âge moyen d'espérance de vie humaine n'a jamais été aussi élevé depuis qu'elle est recensée par l'homme. Les études en lien avec la gériatrie et ayant pour but de comprendre comment augmenter encore cette longévité sont en pleine effervescence.

La recension des écrits suivante porte sur la démographie et le vieillissement de la population; la santé nutritionnelle et le vieillissement; quelques interventions du réseau québécois abordant la santé des aînés; et les modèles retenant l'étude des déterminants de la santé dans le cas du vieillissement. Enfin, la recherche exposée dans ce mémoire s'attarde à la région de Lanaudière, la région professionnelle de l'étudiante où, à notre connaissance, peu d'études ont été faites auprès de ses citoyens âgés et autonomes. Selon Statistique Canada, environ 26% de la population de cette région était âgée de 65 ans et plus entre 2009 et 2012, ce qui est 5% de plus que la proportion du Québec [4].

# 1. RECENSION DES ÉCRITS

## 1.1 Espérance de vie et démographie

Dans le dernier siècle, la majorité des pays ont vu l'espérance de vie moyenne humaine faire un bond important, permettant aux personnes âgées d'étendre leur longévité. Or, le fait d'avoir de plus en plus de personnes âgées peut modifier la démographie des pays et moduler des décisions politiques en environnementales. Voici un portrait mondial de l'espérance de vie et la situation démographique du Québec et de la région de Lanaudière.

### 1.1.1 Espérance de vie

Actuellement, l'espérance de vie la plus élevée au monde est au Japon. On l'estimait à 84 ans en 2015. Les femmes y vivent en moyenne jusqu'à l'âge de 87 ans, alors que les hommes vivent en moyenne jusqu'à l'âge de 81 ans. En comparaison, la moyenne internationale d'espérance de vie à la naissance pour l'année 2015 est de 71,7 ans, soit 73,8 pour les femmes et 69,6 ans pour les hommes, alors qu'en 1960, elle était de 52,5 ans [5].

On remarque que les pays les mieux nantis sont aussi ceux qui possèdent une meilleure moyenne d'espérance de vie. Ce lien fait du sens lorsqu'on regarde l'indice de développement humain (IDH), indice basé sur l'espérance de vie, l'éducation et le niveau de vie. Ces trois caractéristiques de l'IDH sont plus élevées dans les pays riches. En 2014, le Canada avait un IDH à 0,91, arrivant *ex æquo* avec La Nouvelle-Zélande, Singapour, le Royaume-Uni, le Liechtenstein, et la Suède [6].

Pour ce qui est du Canada, en 1960, la moyenne de l'espérance de vie était de 71 ans et s'est élevée à 81,4 ans en 2015. Les femmes ont tendance à vivre plus longtemps; la moyenne féminine était de 84 ans, soit une augmentation de 10 ans depuis 1960, alors que la moyenne masculine était de 80 ans en 2015, soit un gain de 12 ans depuis 1960. Ainsi en 2015, le

Canada se positionnait 21e pays au monde avec une moyenne d'espérance de vie de 81,4 ans, tout juste derrière la Norvège, Malte et la Grèce [5].

Examinons un peu l'évolution de l'espérance de vie au Canada. L'augmentation de l'espérance de vie entre 1921 et 1951 est surtout reliée à la réduction de la mortalité infantile. En effet, durant le dernier siècle, il y a eu une amélioration importante des services de santé prénataux et postnataux. Par la suite, elle est reliée à la diminution du nombre de décès causés par les maladies de l'appareil circulatoire [8]. Aujourd'hui, au Canada, la principale cause de décès est reliée aux cancers (e.g. cancer du poumon, cancer colorectal, cancer du sein et cancer de la prostate) [9].

À titre indicatif, au Canada, depuis 1950, le taux de mortalité a diminué de 53,9% pour les hommes et de 60,7% pour les femmes. Cette espérance de vie plus élevée a une corrélation positive avec les améliorations du domaine de la santé publique et du domaine médical. Citons par exemple l'efficacité des vaccins diminuant ou éliminant plusieurs maladies mortelles comme la diphtérie ou encore les technologies des aliments comme la pasteurisation et la chloration de l'eau qui assurent aux populations une meilleure salubrité des aliments. On peut aussi penser aux découvertes scientifiques importantes comme celles de l'insuline et de la pénicilline [9]. Ainsi, avec la génération vieillissante de baby-boomers et avec les modes de vie prônant de plus en plus une saine hygiène de vie, on voit apparaître un changement démographique, soit une hausse du pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus.

### *1.1.2 Portrait démographique de la population québécoise*

En 2015, plus de 17.6% de la population québécoise avait plus de 65 ans, valeur qui augmente à 18,1% en 2016, ce qui classe la province comme étant dans les grandes populations vieillissantes du monde [9]. On prévoit que la population québécoise totale atteindra dix millions de personnes peu après 2051. La population âgée est en augmentation alors que l'indice de fécondité, maintenant rendu à 1,6 par femme, est en diminution. Théoriquement, afin de maintenir un renouvellement des générations, il faudrait un taux de 2,1 enfants par femme. Ce taux n'est plus atteint au Québec depuis 1972 [11][13]. Voici les causes connues de



la diminution de cet indice de fécondité: le développement économique, l'émancipation des femmes, leur éducation, la contraception et la chute de la mortalité infantile [11]. Les femmes ont maintenant la possibilité d'accéder à des études supérieures et d'obtenir des emplois exigeant une scolarité et/ou des qualifications. Avec les avancées médicales comme la contraception et le recul de l'importance de la religion au Québec, les femmes ont aussi la possibilité de choisir le moment auquel elles désirent fonder une famille. Avoir moins d'enfants leur concède également un meilleur pouvoir d'achat en tant que consommatrice et probablement plus de facilité pour gérer les pressions économiques. D'ailleurs, on remarque qu'il y a une augmentation de mères de 35 ans et plus donnant naissance à un premier enfant, probablement parce que ces dernières planifient leur carrière avant leur famille. Statistiquement autour de 2007, environ une mère primipare sur trois serait âgée de 35 ans ou plus [12].

Une baisse de l'indice de fécondité peut toutefois nuire à la société. On observe une diminution des rapports de dépendance, rapports qui comparent les travailleurs au nombre de personnes qu'ils ont à charge, soit les jeunes qui ne travaillent pas, les malades et les retraités. Une population vieillissante demande en moyenne plus de services et de soins de santé. Leurs séjours plus longs en milieu hospitalier et leur utilisation plus fréquente des services de santé coûtent plus cher au système de la santé que les générations plus jeunes qui sont généralement en meilleure santé et requièrent donc moins de services. De plus, une diminution du nombre de travailleurs rapportera moins de taxes et d'impôts payés au gouvernement, l'entité qui subventionne le système de la santé. Ceci peut ainsi causer un impact négatif sur l'économie [14].

Tout comme l'espérance de vie, l'âge à la retraite augmente aussi. La population québécoise travaille donc plus longtemps. Sur le marché du travail, en 2015, environ 793 600 personnes de 55 ans et plus avaient un emploi, soit une augmentation de 57% comparativement à 2006. Les principaux facteurs seraient la situation financière, le niveau de scolarité, l'état de santé et les obligations financières de la personne âgée. Ces quatre facteurs permettent de travailler plus longtemps ou encore obligent à travailler plus longtemps [14]. Notons qu'en travaillant plus longtemps, les Québécois ont aussi un meilleur pouvoir d'achat. Selon l'enquête sur les

dépenses moyennes par ménage, en 2015, les trois principales dépenses des Québécois se retrouvaient dans le logement, les transports et l'alimentation [15].

### *1.1.3 Portrait démographique de la population Lanaudoise*

Dans le cadre de ce mémoire, l'étude a lieu dans la région de Lanaudière, région où l'on retrouve environ 6% de la population du Québec.

En 2016, on y comptait 85 118 habitants âgés de 65 ans et plus [17]. Tout comme la tendance du Québec, la population Lanaudoise est vieillissante. Selon le système Lanaudois d'information et d'analyse [17], il faut toutefois nuancer les données d'espérance de vie et faire une différence entre l'espérance de vie totale et l'espérance de vie en bonne santé, soit sans incapacité. Ce terme met l'accent sur une espérance de vie étant exempte d'incapacités fréquentes, jugées de gravité sévère, ou encore exempte d'incapacités intermittentes jugées comme étant de gravité légère. À titre d'exemple, en 2006, on estimait l'espérance d'âge en bonne santé sans incapacité des personnes de 65 ans de Lanaudière-Nord comme étant de 10,3 ans pour les femmes et 10,0 ans pour les hommes. Dans toutes les municipalités régionales de comtés (MRC) de la région (Autray, Matawinie, Joliette et Montcalm), on remarque que les hommes ont une espérance de vie en bonne santé légèrement moins élevée par rapport à celle des femmes. Ils vivent toutefois moins longtemps que les femmes, ce qui peut expliquer la différence d'années en bonne santé.

Il semble y avoir un lien entre l'augmentation de l'espérance de vie et l'éducation des hommes et des femmes [18]. Si l'on compare Lanaudière à la province, la région est un peu moins instruite que le reste du Québec. En 2015, la population Lanaudoise était presque deux fois moindre à avoir obtenu un diplôme universitaire par rapport à la moyenne québécoise (18% vs 31%). De plus, 17% de la population Lanaudoise n'a pas de diplôme de niveau secondaire, comparativement à 12% chez la moyenne québécoise. Le taux de chômage y est toutefois moins élevé que la moyenne québécoise (6,5% vs 7.1% au Québec) [9].

Au-delà des spécificités démographiques, la qualité du vieillissement peut aussi être influencée par la santé nutritionnelle de la population. C'est ce que nous verrons dans la section 1.2.

## **1.2 Santé nutritionnelle et vieillissement**

L'alimentation joue un rôle important dans le vieillissement de la personne âgée. Plusieurs facteurs peuvent toutefois influencer négativement la qualité des apports alimentaires et amener une dégradation de certaines fonctions physiques et psychiques.

Dans un rapport sur la consommation alimentaire et les apports nutritionnels des Québécois, l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) rapportait en 2009 quelques lacunes dans l'alimentation des personnes âgées de 51 ans et plus. Voici ce qui ressort [21]:

Une consommation insuffisante de:

- Fruits et légumes chez les 71 ans et plus;
- Produits laitiers à partir de 51 ans et plus;
- Produits céréaliers chez les 71 ans et plus;
- Viandes et substituts chez les femmes de 71 ans et plus.

Selon ce même rapport, les personnes âgées de 70 ans et plus combleraient moins leurs besoins alimentaires selon le guide alimentaire canadien comparativement aux adultes plus jeunes et leurs apports énergétiques, surtout chez les femmes, sont qualifiés de «relativement faibles».

Certains de ces résultats concordent avec ceux de l'étude du risque nutritionnel des personnes âgées du Canada complétée en 2009 [22]. En effet, un Canadien âgé de 65 ans et plus sur trois serait à risque nutritionnel et la prévalence est plus importante chez les femmes que chez les hommes. Selon cette enquête, les personnes âgées présentant un risque nutritionnel à manger peu de fruits et légumes; plus nombreux à sauter des repas; plus nombreux à considérer que

faire la cuisine est un fardeau; et plus nombreux à manger ses repas seuls. Le plus gros défi des aînés du Québec et du Canada semble donc d'atteindre des apports énergétiques comblant les besoins estimés. Les facteurs de risque en lien avec une malnutrition seront discutés.

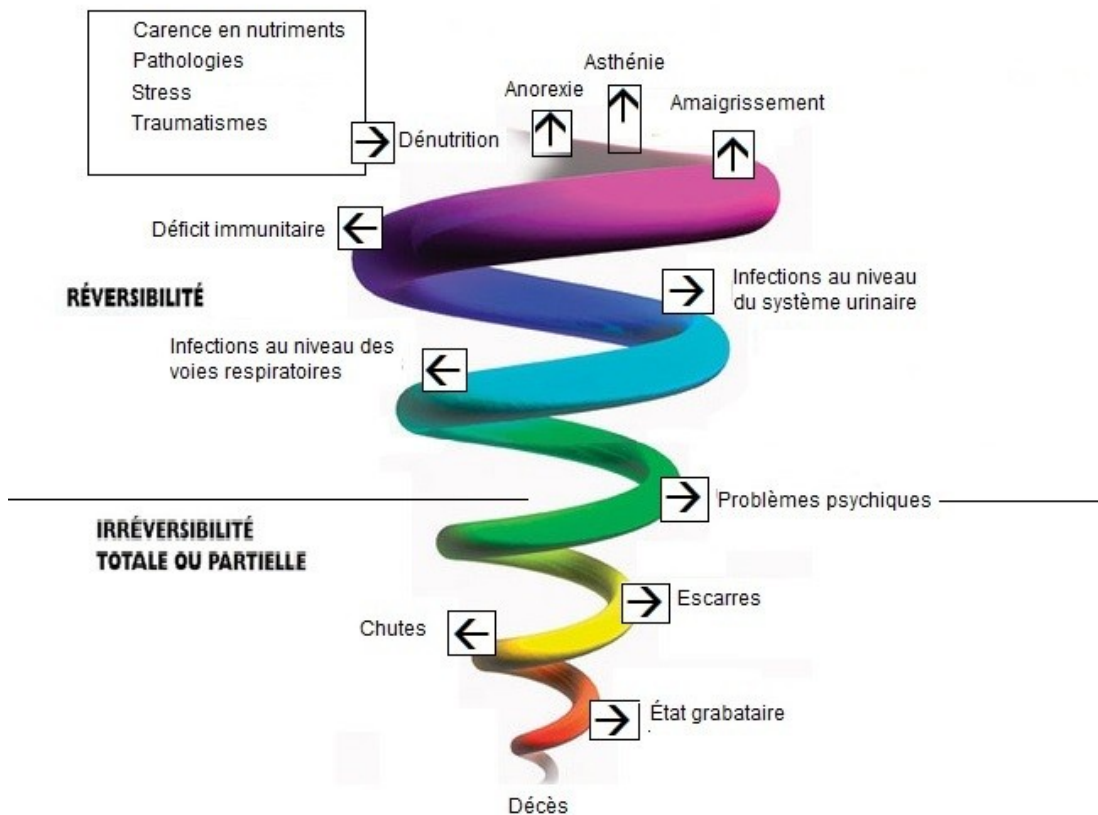
### *1.2.1 État nutritionnel et facteurs de risque de dégradation appliqués aux aînés*

La prévalence de la malnutrition légère à sévère en communauté est peu documentée chez les aînés. Toutefois, on sait qu'elle existe, même au Canada. C'est ce que le Canadian Malnutrition Task Force (CMTF), un organisme visant à élaborer des stratégies pour prévenir, détecter et traiter la malnutrition, reflète dans certaines de ses études comme ces deux études publiées dans le *American Journal of Clinical Nutrition* et dans le *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* [145] [146]. Les personnes âgées occupent une très grande place dans les hôpitaux et ont souvent une prévalence de malnutrition élevée. Selon le CMTF, une étude relevait que près de 45% des adultes canadiens (principalement des personnes âgées) étaient malnutris à la préadmission en milieu hospitalier [24]. Alors que plusieurs études sont menées en milieux hospitaliers, peu considèrent les personnes âgées vivant directement en communauté et les services offerts auprès de cette population.

De façon générale, «en 2008-2009, 34 % des Canadiens de 65 ans et plus (soit plus de 4,1 millions de personnes) présentaient un risque nutritionnel. La prise ou la perte de plus de 10 livres (4,5 kg) au cours des six mois précédents et le fait de sauter des repas « presque tous les jours » étaient les principaux déterminants du risque nutritionnel» [22]. Plusieurs études ont aussi illustré qu'une personne âgée reprend difficilement son poids perdu, peu importe l'élément de stress qui est en cause [22] [24] [25]. Des études démontrent qu'en imposant une restriction à un groupe de personnes âgées et à un groupe de jeunes, on note une perte de poids, mais seulement les jeunes reprennent ce poids lorsqu'on leur offre des aliments à volonté. Les personnes âgées vont plutôt stabiliser leur perte de poids et il sera difficile, voire impossible de regagner le poids perdu [25]. La population âgée est donc plus à risque de dégradation de l'état nutritionnel face à un facteur de stress.

Ce mauvais état nutritionnel est préoccupant, car il peut augmenter les risques de maladies et de dégradation de l'état général. La cause de cette dégradation peut autant être une maladie qu'une perte d'autonomie, en passant par les émotions négatives comme la dépression et le deuil [22]. La figure 1 illustre bien l'importance du déconditionnement lorsqu'il y a dénutrition. Elle peut mener jusqu'à la mort s'il n'y a pas d'intervention. Cette spirale de la dénutrition peut très bien s'appliquer aux aînés [27]).

**Figure 1** : La spirale de la dénutrition en général (adaptée de Ferry et coll.)



Il existe plusieurs facteurs de risques pouvant mener vers la dégradation de l'état nutritionnel telle que des carences en nutriments, des pathologies quelconques, un stress ou encore des traumatismes. Cette dénutrition s'amplifie avec une anorexie, une fatigue importante et un amaigrissement qui, par la suite, peut créer un déficit immunitaire, une infection au niveau du

système urinaire et des infections au niveau des voies respiratoires. Ces symptômes découlant de la dénutrition sont considérés comme étant réversibles. C'est à partir de l'installation des problèmes psychiques que l'on considère qu'il y a irréversibilité. Dans les états plus sévères, des escarres (des plaies de lit) apparaissent; les personnes deviennent plus à risque de chuter; un état grabataire, soit une incapacité à quitter son lit d'hôpital reliée à une faiblesse physique de la personne s'installent et l'état de santé de la personne peut aller jusqu'à causer son décès. Or, les personnes âgées ne sont pas toutes dans le même état de santé et n'ont pas toutes le même risque de dégradation nutritionnelle. Ferry et coll. divisent les états des personnes âgées en trois segments:

- En bon état de santé, vivant à domicile et actifs;
- Fragiles, moins physiquement actifs et à risques de pathologies;
- Malades, avec des maladies aiguës ou chroniques, dépendants ou non [28].

Comme présentées dans la figure 1, les principales causes menant à la dénutrition sont des carences d'apports nutritionnels, des pathologies, un stress ou des traumatismes. Une carence d'apport peut être reliée à une perte d'appétit ou encore à une augmentation des besoins nutritionnels reliée à une maladie. L'inflammation causée par le stress d'une maladie chronique par exemple augmente quotidiennement les besoins [28]. Certaines études associent la perte de l'appétit par la dépréciation des sens [28] [74]. En effet, lorsque les cinq sens ne sont plus autant stimulés, il peut devenir moins intéressant de consommer des aliments et par le fait même moins attrayant de découvrir d'autres aliments. Une certaine monotonie s'installe avec cette perte de perception du plaisir de manger [28]. Une diminution d'apports alimentaires entraîne par le fait même des apports protéino-énergétiques inférieurs aux besoins de l'organisme. Les réserves de masse maigre seront plus à risque d'être dégradées, ce qui mènera peu à peu vers la sarcopénie, soit la fonte de la masse musculaire. La sarcopénie peut nuire aux déplacements de la personne, diminuer son autonomie et par le fait même isoler la personne.

L'isolement de la personne peut être associé à une diminution de l'autonomie (la personne sort moins) ou encore par la perte d'un conjoint. Cela peut occasionner la perte du plaisir de manger, voire une certaine monotonie. L'isolement au domicile, la faible fréquentation d'activités sociales, et un faible réseau social en cas de besoin sont des facteurs associés de

façon importante au risque nutritionnel [22]. La perte du conjoint responsable de la préparation des repas ou encore la perte du conjoint qui assurait les ressources monétaires et/ou l'approvisionnement alimentaire nuit aux apports alimentaires de la personne qui se retrouve seule. La capacité d'adaptation est sollicitée à son maximum, et à nouveau ce ne sont pas toutes les personnes âgées qui réussiront à bien s'adapter à un aussi gros changement.

Ainsi, selon l'étude de Vesnaver et coll. menée auprès de 30 Québécois de 73-87 ans de la banque de données NuAge, les obstacles à la préparation des repas sont nombreux et ne reposent pas seulement sur l'isolement. Certaines personnes âgées trouvent donc des stratégies afin de contrer les obstacles rencontrés. Voici ceux qui sont ressortis des entrevues semi-structurées de cette étude [29].

Les obstacles sont divisés en trois catégories:

- L'apathie: la perte de l'envie de cuisiner, la perte de la sensation de manger, la perte de l'envie de manger lorsque la personne est seule;
- Les difficultés physiques pour s'approvisionner et préparer les repas: l'action de faire l'épicerie, apporter l'épicerie à la maison, les inconvénients du transport;
- La préparation: le manque d'énergie pour préparer le repas, le manque de connaissance pour préparer un repas et la crainte de préparer trop de nourriture pour une personne.

Les stratégies d'adaptation notées sont:

- Cuisiner pour les autres afin d'augmenter la motivation, préparer plusieurs plats à consommer lors de la semaine, consommer des repas pré cuisinés, cuisiner des repas simples et variés et partager des repas;
- Planifier l'épicerie, utiliser la livraison, changer de domicile pour se rapprocher des services;
- Accepter de l'aide pour la préparation, adapter la préparation aux conditions physiques et changer quelques habitudes alimentaires.

On remarque que plusieurs stratégies adoptées contiennent une solution qui implique une personne ou un service tiers. Par exemple, si la personne ne sait pas cuisiner, elle peut s'acheter des mets préparés. Les aptitudes à cuisiner représentent un gros obstacle chez les personnes âgées, surtout chez les hommes qui sont récemment sans conjointe; ces dernières s'occupaient habituellement des tâches culinaires. À l'inverse, le goût de cuisiner qui s'estompe chez certaines personnes âgées peut amener aussi de la monotonie dans les repas et une diminution du plaisir de manger.

Par ailleurs, selon l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de 2008-2009, où plus de 15 000 personnes de 65 ans et plus ont été interrogées par rapport à leur risque nutritionnel, il a été possible d'observer un lien entre le niveau de scolarité et les choix alimentaires [22]. Ce lien serait aussi relié au statut socio-économique. En effet, les personnes mieux éduquées auraient de plus saines habitudes de vie et un meilleur pouvoir d'achat par rapport à l'approvisionnement alimentaire. À l'inverse, les personnes ayant un niveau de scolarité inférieur seraient plus à risque de vivre de l'insécurité alimentaire. Lors de la perte d'un conjoint ou de la retraite, une baisse de revenu peut s'observer et bien que l'alimentation fasse partie des plus grandes dépenses des Québécois, c'est aussi un budget qui peut être réduit. Ainsi, une baisse de revenu peut nuire aux achats alimentaires ou à la qualité des aliments achetés [22].

L'insécurité alimentaire peut ainsi être responsable de carences alimentaires. Selon l'INSPQ, en 2011-2012, l'accès alimentaire limité rejoignait 12% des personnes seules, 17% des ménages dans lesquels aucune personne n'avait complété son secondaire, 5 % des ménages à faible revenu, 58% des ménages recevant l'aide sociale, 13 % des personnes démunies socialement et 17% des personnes locataires. Ces données ne sont pas spécifiques aux personnes âgées, mais plusieurs de ces caractéristiques peuvent être associées à cette population [20].

Au Canada, l'insécurité alimentaire semble en hausse. En effet, chaque année, une plus grande proportion de la population fréquente les banques alimentaires. Par exemple, entre 2015 et 2016, il y a eu une hausse de fréquentation de 1,3 %. Le pourcentage de personnes seules



côtoyant les banques alimentaires s'élèvent à 44% des ménages qui bénéficient de l'aide alimentaire au Canada. Les ménages canadiens recevant de l'aide sociale sont aussi nombreux à se présenter afin de bénéficier de l'aide alimentaire. Selon ce même rapport, la population âgée représente 5,3% de la proportion de personnes âgées des bénéficiaires des dépannages alimentaires [23].

Étant donné l'importance de l'alimentation dans la santé des aînés, les gouvernements mettent en place des mesures afin d'assurer des services de santé pour les personnes âgées.

### **1.3. Interventions du réseau québécois abordant la santé des aînés**

Chaque pays a la juridiction de choisir ce qui serait le meilleur système de santé selon les ressources disponibles et les besoins de la population. Voici un aperçu des services de santé au Québec destinés aux aînés et ensuite ceux rejoignant les aînés de Lanaudière.

#### *1.3.1 État de l'offre de services de santé destinés aux aînés au Québec*

Au Québec, il existe d'abord des services de prévention et de promotion de la santé. Voici les trois types de prévention que l'on peut retrouver dans le réseau de santé québécois:

- La prévention primaire qui vise à prévoir ou prévenir la maladie (e.g. par la vaccination, la prévention des chutes ou le contrôle de médication);
- La prévention secondaire qui vise une réduction de l'apparition de la maladie par des dépistages précoces (e.g. prises de sang annuelles);
- La prévention tertiaire qui vise une réduction des symptômes et impacts de la maladie avec par exemple des services de réadaptation [36].

Il n'a pas été possible de relever de nombreux programmes québécois abordant la nutrition pour les personnes âgées autonomes. Toutefois, il existe plusieurs activités de promotion et prévention pour les personnes âgées dans certains secteurs du Québec. Par exemple, le

territoire des Réseaux universitaires intégrés de santé de l'Université de Montréal regroupe des programmes de promotion de l'activité physique (e.g. Club de Marche), des programmes de promotion d'une saine alimentation (e.g. programme bien manger pour rester en santé), des services d'accompagnement et plusieurs autres qui s'adressent à des personnes âgées en perte d'autonomie tout comme à des personnes âgées en bonne santé [39].

Notons aussi des programmes de saines habitudes de vie pour toute population telles que celui de Kino-Québec, un programme visant à promouvoir la pratique régulière d'activités physiques auprès de la population québécoise [30]. L'activité physique chez les personnes âgées a comme bénéfices de réduire les risques de maladies chroniques et de maintenir la force musculaire. Par le fait même, pratiquer une activité physique à un âge avancé augmente sa flexibilité, son équilibre et son autonomie. L'importance demeure d'adapter les activités physiques selon la condition physique de la personne âgée [31]. Il existe aussi des cadres gouvernementaux tels que la *Vision de la saine alimentation* qui encadre l'offre alimentaire des institutions québécoises [32]. Or, il existe tout de même quelques récents programmes visant à améliorer le bien-être des Québécois plus âgés. La première politique gouvernementale mise en place sur le vieillissement au Québec est la politique *Vieillir et vivre ensemble* [33]. Cette politique est récente: son plan d'action vise les années 2012 à 2017 et a comme objectifs de :

- Adapter le Québec au vieillissement rapide de sa population tout en veillant à l'équité intergénérationnelle;
- Améliorer les conditions de vie des aînés, notamment pour les plus vulnérables;
- Permettre aux aînés qui le souhaitent de rester chez eux le plus longtemps possible et faire en sorte que leur sécurité ne soit pas compromise.

À la suite de cette politique gouvernementale, des actions ont été mises en place afin d'améliorer les environnements des personnes âgées. Plus spécifiquement, des mesures furent prises afin d'améliorer les milieux de vie, les revenus, le logement, la participation sociale et la sécurité. Offrir des services plus spécialisés aux aînés demande davantage de connaissances sur le sujet, ce sont des services en amélioration continue, au rythme des recherches et des

connaissances acquises [33]. De plus, un cadre de référence nommé Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier a été créé en 2011 afin de guider le personnel des milieux hospitaliers à considérer la personne âgée dans sa globalité et non simplement selon le symptôme qui lui fait visiter le centre. Ce cadre de référence se définit comme étant une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité qui tient compte des caractéristiques de la clientèle, des caractéristiques structurelles, du processus des soins, des résultats attendus et des liens entre ces dimensions [147].

À l'égard de l'hébergement, selon la *Fédération de l'âge d'or du Québec*, pour les personnes plus autonomes, le Québec possédait un total de 1917 résidences pour personnes âgées en 2015 dispersées partout dans la province. Selon une publication de la FADOQ [40], 17% des unités d'hébergement pour les personnes âgées du Québec sont reliées au secteur public. Il existe aussi des professionnels et des unités de médecine qui se concentrent en gériatrie, la médecine du vieillissement. La présence de centres de réadaptation et d'unités transitoires de réadaptation fonctionnelle peut servir de tremplin entre l'hôpital et la résidence habituelle de la personne âgée. Ce sont des services qui visent à rendre la personne autonome dans ses activités de la vie quotidienne.

Présentement, au Québec, les services de santé se divisent en trois catégories [36][37]:

- Les services de 1re ligne (les services généraux et courants);
- Les services de 2e ligne (les services spécialisés) ;
- Les services de 3e ligne (les services ultras spécialisés).

Un service non nommé dans cette catégorisation des services de santé qui semble être très utile pour la population vieillissante est l'accompagnement d'un proche ou encore un proche aidant (aidant naturel). Le rôle du proche aidant est de s'assurer du bien-être de la personne âgée et de l'aider dans ses activités de la vie quotidienne. Le proche aidant peut par exemple s'occuper des courses, de l'entretien ménager, de la gestion des finances, de la gestion des repas et des médicaments, etc. La plupart du temps, ces personnes font partie du réseau social,

voire familial de la personne nécessitant de l'aide et le font sur une base volontaire. Ces personnes sont non professionnelles et non rémunérées. Les proches aidants sont donc à risque d'isolement et d'épuisement. La politique gouvernementale *Vieillir et vivre ensemble* reconnaît que les proches aidants offrent une contribution majeure aux personnes âgées ayant une ou des incapacités et qu'il serait pertinent d'offrir du soutien aux organismes leur offrant de l'aide [33]. Cette affirmation fait aussi partie des exemples nommés dans le programme *Municipalités amies des aînés* (MADA) qui sera décrit ici-bas.

### 1.3.2 État de l'offre de services de santé destinés aux aînés dans Lanaudière

Un des rares programmes visant exclusivement les personnes âgées est le programme *Municipalités amies des aînés* qui vise à mieux intégrer les personnes âgées dans la communauté. L'objectif est de rendre l'utilisation des environnements de la communauté favorables à la personne âgée. Ce programme en plein essor s'est inspiré de la politique *Vieillir et vivre ensemble* et vise à «mettre un frein à l'âgisme, adapter ses politiques, services et structures pour la personne âgée, agir de façon globale et intègre, favoriser la participation des aînés, et ce, en s'appuyant sur la concertation et la mobilisation de toute la communauté» [38].

Pour Lanaudière, il y a de plus en plus de villes et de villages concernés par le programme MADA: la plupart des municipalités de Lanaudière ont entamé des démarches avec le MADA. Ainsi, 2015-2016 furent des années achalandées: 27 municipalités ont reçu des subventions. La plus récente à y participer est Lavaltrie depuis 2017. Or, ce programme n'est pas exclusivement en lien avec la nutrition. Le MADA vise à créer des environnements favorables aux aînés en favorisant une vie active. Quelques exemples d'adaptation d'environnements que le programme met en valeur sont énumérés en annexe (Voir Annexe 1) [38].

À l'égard des services de santé, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Nord et du Sud de Lanaudière sont maintenant regroupés sous un seul centre intégré de santé et services sociaux (CISSS). Les services offerts sont donc en harmonisation afin d'offrir les services de façon uniforme dans la région et sont aussi sujets à changement. Au travers de cette restructuration, quelques services restent inchangés. Par exemple, pour les personnes

âgées, il existe les centres hospitaliers de soins de longues durées (CHSLD) où l'on accueille les personnes nécessitant beaucoup de soins et pour une longue période. Les ressources intermédiaires offrent un service semblable, mais pour une clientèle plus autonome et/ou nécessitant moins de soins.

La région de Lanaudière compte deux hôpitaux pour un territoire d'environ 12 308 km, avec une moyenne de 1,52 médecin par 1000 habitants, comparativement à 2,32 médecins par 1000 habitants au Québec [10].

Dans Lanaudière, il existe quelques organismes communautaires destinés aux personnes âgées, en plus des services à domicile offerts par le CLSC de leur MRC. En voici quelques exemples:

**Tableau 1:** Mission d'organismes communautaires de Lanaudière rejoignant les aînés

Organisme	Mission
FADOQ: Fédération de l'âge d'or du Québec	Rassembler et représenter les personnes de 50 ans et plus dans le but de conserver et d'améliorer leur qualité de vie. Faire la promotion de leurs droits collectifs, valoriser leur apport dans la société et les soutenir par des programmes, services et activités, notamment en loisir, culture, sport et plein air.
Maison des grands-parents du Grand Joliette	Fournir des services d'accompagnement, de support et d'éducation aux familles et/ou enfants et adolescents de la communauté, dont les milieux économiquement défavorisés; Permettre la transmission de l'expérience, des connaissances et du savoir-faire des aînés par des activités, des ateliers et des rencontres thématiques; Briser l'isolement des aînés en leur permettant de demeurer actifs au sein de la société et en réalisant une interrelation constante avec leur propre génération.
Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées	Défendre des droits culturels, économiques, politiques et sociaux des personnes à la retraite.
Banques alimentaires: Manne quotidienne, Soupière	Manne: Recueillir des surplus alimentaires de restaurateurs, traiteurs, agriculteurs, commerçants et organismes et les redistribuer à des personnes seules ou des familles à faible revenu.  Soupière: Soutenir les personnes aux prises avec des difficultés diverses affectant leur qualité de vie, et ce, sans discrimination. Elle se veut également un lieu d'éducation, favorisant la prise en charge personnelle et l'implication

	des individus pour l'amélioration de leurs conditions de vie et la promotion de la saine alimentation.
Centre d'action bénévole Émilie Gamelin (transport, popote roulante, etc.)	Faire la promotion de l'action bénévole afin d'inciter le milieu à participer au mieux-être de l'ensemble de la population.

De nombreux organismes non nommés rejoignent aussi les aînés en travaillant auprès de ceux atteints d'une maladie ou d'une déficience, alors que d'autres offrent des ressources monétaires. Notons aussi que plusieurs s'occupent de la santé mentale ou encore d'accompagner les gens, de leur offrir du répit et des activités d'économie sociale. Les services et infrastructures du Québec et de Lanaudière sont ainsi en amélioration continue afin de s'adapter à la population vieillissante.

### *1.3.3 Rôle des professionnels de la santé en relation avec le vieillissement*

Un nutritionniste-diététiste est un professionnel de la santé qui a pour rôle d'évaluer, d'analyser et d'émettre des recommandations nutritionnelles selon l'état nutritionnel et l'état de santé des personnes concernées. Ils planifient et supervisent aussi des programmes de nutrition et de services alimentaires. De plus, ils mettent en œuvre des programmes d'éducation nutritionnelle et élaborent du matériel éducatif à l'intention d'un auditoire varié tout en se basant sur la documentation scientifique actuelle [44]. Au Québec, ce titre est protégé par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ). Selon leur définition, le nutritionniste-diététiste est le «spécialiste de l'alimentation et de la nutrition humaine» [44].

L'OPDQ considère la malnutrition comme étant un problème de santé publique sur lequel il est nécessaire et possible d'intervenir. Les services offerts par les centres locaux de services communautaires (CLSC) devraient être promus et utilisés dans le plan d'action 2018-2023 de la politique *Vieillir et vivre ensemble* [43].

En termes de prévention en nutrition en santé publique ainsi qu'en nutrition clinique, le nutritionniste-diététiste peut avoir un impact positif sur l'état nutritionnel des personnes âgées en considérant les sphères biopsychosociales dans le développement des objectifs individuels

vers la santé et en développement des programmes et services. Cela permet d'adapter les interventions nutritionnelles en santé publique et en clinique selon les réalités des environnements et des compétences individuelles entourant le quotidien des personnes visées [41].

Selon une prise de position de l'OPDQ, trois orientations peuvent être prises pour que les personnes âgées puissent vivre chez soi, en communauté. Les voici:

- Favoriser la participation des personnes âgées (via le soutien de l'engagement social et du marché de l'emploi pour les personnes âgées);
- Permettre aux personnes âgées de bien vieillir en santé dans leur communauté (soutenir les proches aidants et les environnements adaptés aux personnes âgées);
- Créer des environnements sains, sécuritaires et accueillants (soutenir l'adaptation des communautés, les habitations et la mobilité des personnes âgées) [43].

Afin de garder les personnes âgées le plus longtemps à leur domicile, il importe de bien évaluer leurs besoins, l'aide financière et l'aide physique nécessaires pour bien s'alimenter. L'OPDQ recommande donc qu'un dépistage précoce soit fait auprès de la clientèle des soins à domicile. Il faut aussi penser à intégrer les besoins nutritionnels dans un continuum de santé, donc peu importe dans quel milieu se situe la personne âgée (e.g. domicile, CHSLD, centre hospitalier, etc.). Un dépistage peut se faire grâce à quelques questions que tous les intervenants pourraient poser en utilisant l'approche collaborative avec l'usager et les autres intervenants. Le nutritionniste-diététiste est par la suite désigné pour maintenir ou rétablir l'état nutritionnel de la personne âgée [43].

Lorsque le problème n'est pas seulement nutritionnel, il est essentiel de travailler en interdisciplinarité. Voici quelques intervenants pouvant interagir afin d'assurer une certaine autonomie chez la personne âgée : médecin, pharmacien, physiothérapeute, ergothérapeute, infirmière, technicien en réadaptation, technicien en diététique, préposé aux bénéficiaires, travailleur social, orthophoniste, etc. Au travers des interventions des professionnels, il

importe de s'assurer que la personne âgée se situe au cœur des interventions et qu'elle collabore avec les professionnels. C'est ce qu'on appelle une approche de pratique collaborative, soit des soins qui se donnent en partenariat avec le patient. Selon le guide d'implantation du Comité de pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS), cette approche vise à orienter les soins selon le projet de vie du patient tout en favorisant des résultats optimaux par rapport aux soins offerts [149]. Ainsi, la qualité, l'accessibilité et le continuum dans les services et les soins offerts sont améliorés. Afin de bien comprendre tous les environnements et contextes entourant la personne âgée, des modèles théoriques élaborant sur des déterminants de la santé en lien avec le vieillissement ont été créés.

#### **1.4. Modèles retenant l'étude des déterminants de la santé en lien avec le vieillissement**

Les personnes âgées ne sont pas entourées des mêmes environnements et n'ont pas la même condition physique que leurs voisins en vieillissant. En effet, quelques déterminants de l'environnement influencent la santé lors du vieillissement. Voici quelques modèles théoriques qui introduisent d'abord les principaux déterminants de la santé pour ensuite expliquer les relations entre ces déterminants et le vieillissement.

##### *1.4.1 Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants*

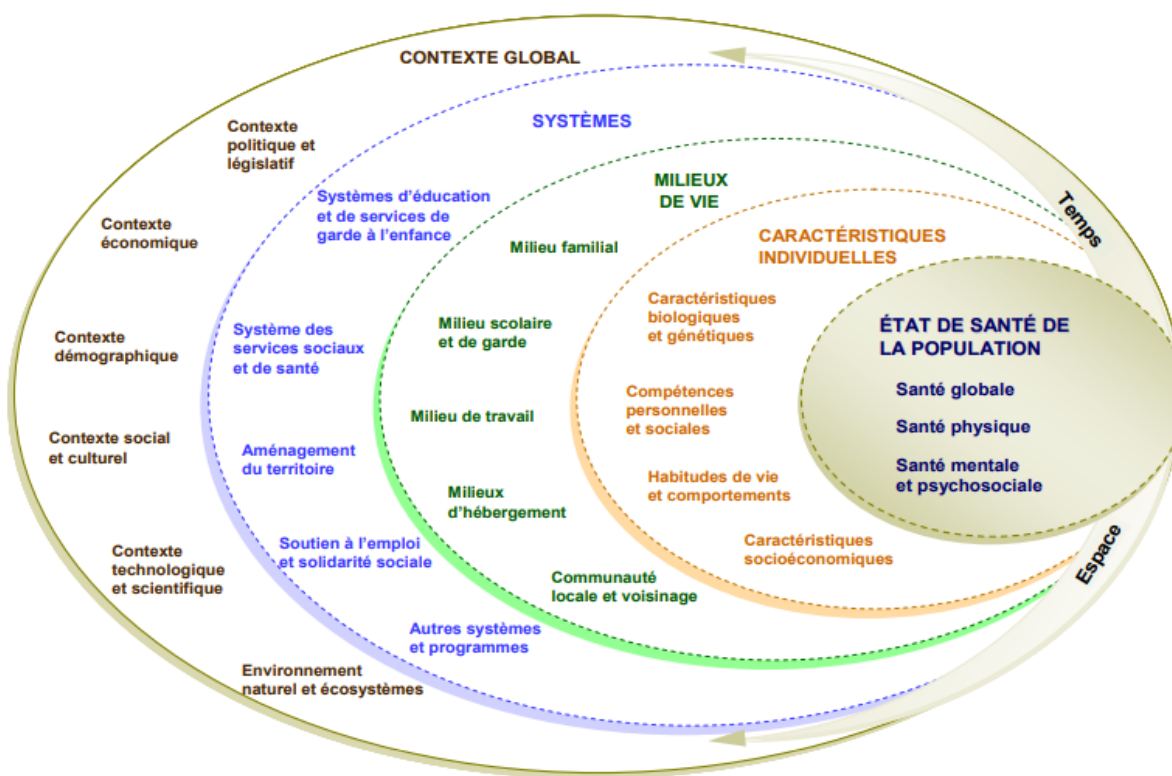
Les variables politiques comme la réglementation gouvernementale et celle des industries, les variables environnementales comme l'accessibilité alimentaire, le type d'offre alimentaire et leur emplacement, l'organisation des infrastructures, les coûts, l'information nutritionnelle disponible, l'environnement médiatique et des facteurs psychosociaux sont tous des déterminants de la santé des personnes âgées. Les personnes âgées évoluent donc dans un écosystème qui les influence à divers niveaux hiérarchiques dans l'espace et le temps.

Par définition, un écosystème est un «ensemble dynamique d'organismes vivants qui interagissent entre eux et avec le milieu dans lequel ils vivent» [45]. L'écosystème dans lequel évolue l'individu est divisé en cinq champs: l'état de santé de la population; les caractéristiques



individuelles; les milieux de vie; les systèmes; et le contexte global au travers du temps et de l'espace [46]. Ainsi, chaque sphère est inter-reliée aux autres et peut les influencer. Par exemple, l'aménagement du territoire peut favoriser les sorties des personnes âgées dans leur communauté et favoriser de saines habitudes de vie comme la marche. Le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants illustrée à la figure 2 expose bien les caractéristiques de chaque champ [46]:

**Figure 2:** Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (Gouvernement du Québec)



Cette figure traduit bien le fait qu'un être humain n'évolue pas seulement par rapport à son état de santé. Ce modèle conceptuel est celui sur lequel se base la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en visant «le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie» [47]. Chaque sphère vient ultimement influencer la sphère des caractéristiques des personnes. La première, le contexte, est ce qui régit l'environnement en général, soit ce qui régit

l'organisation de notre société. C'est ce qui se définit via le gouvernement et ce qui nous caractérise au niveau des autres provinces et pays. La deuxième, les systèmes, sont en quelque sorte les services offerts à la population selon les cadres politiques et les valeurs de notre société. Ceux-ci découlent des contextes et façonnent le cadre théorique des services. Les programmes se trouvent à ce niveau. La troisième, les milieux de vie, sont les lieux dans lesquels les gens de la population interagissent entre eux. C'est à ce niveau que l'on compare les relations sociales et qu'on observe les ressources disponibles pour les populations. La quatrième sphère englobe les caractéristiques individuelles. Enfin, ces quatre sphères définissent l'état de santé des populations au niveau physique, psychologique et global [50]. Chaque sphère apporte une influence dans l'autre sphère. Des exemples sont décrits dans le tableau 2 [50] ici-bas:

**Tableau 2:** Description des déterminants du cadre conceptuel de la santé

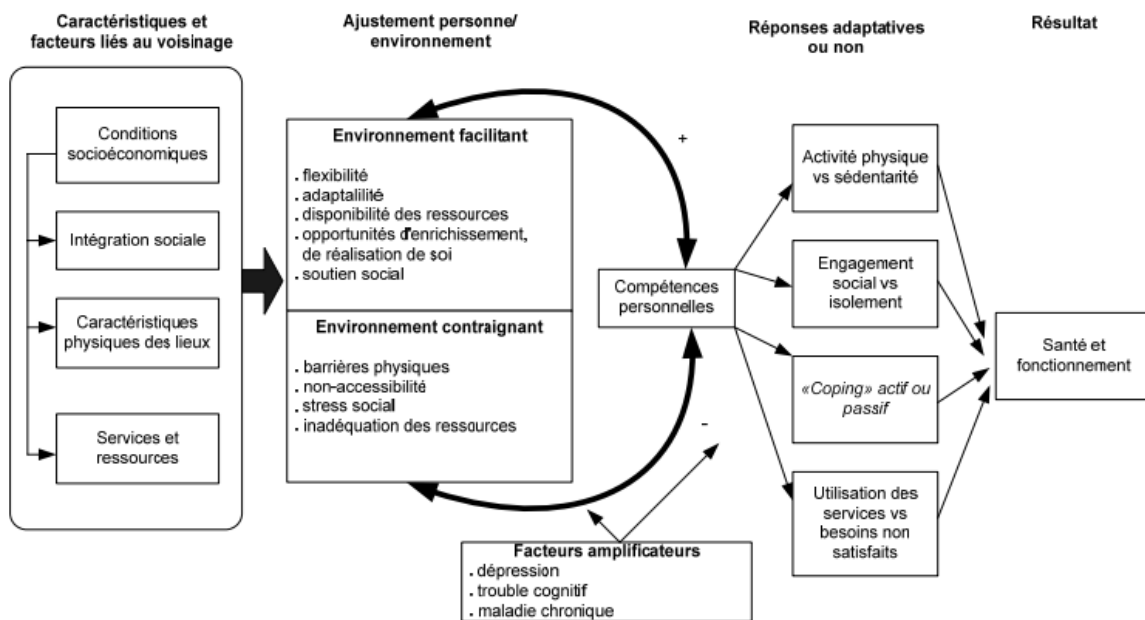
Sphères	Catégories	Exemples
Contexte	Politique	Système politique
	Économique	Marché du travail, distribution des revenus
	Démographique	Natalité et fécondité, mouvement migratoire
	Social et culturel	Normes, valeurs, religion, discrimination, médias, arts
	Technologique	Évolution, accessibilité aux technologies, informatisation
	Environnemental	Climats, topographie, contaminants
Systèmes	D'éducation	Structure, financement et types de services
	De services sociaux et santé	Type, structure et qualité des services
	Aménagement du territoire	Aménagement urbain vs rural
	Soutien à l'emploi	Service d'aide à l'emploi, soutien aux entreprises
	Autres systèmes	Programme de salubrité des aliments, de surveillance des environnements, sécurité publique

Milieux de vie	Familial	Relation, violence, soutien social et affectif
	Scolaire	Accessibilité, sécurité dans l'école, services
	De travail	Organisation, conditions, réseaux sociaux
	D'hébergement	Type de milieu, conditions, accessibilité, ressources
	Voisinage	Sécurité, soutien social, ressources communautaires
Caractéristiques individuelles	Biologiques et génétiques	Âge, sexe, statut immunitaire
	Compétences personnelles et sociales	Capacité physique, sentiment de contrôle et de sécurité, résilience, littératie, connaissances
	Socio-économiques	Niveau de scolarité, type d'emploi, revenu
	Habitudes de vie	Nutrition, activité physique, hygiène, participation dans la communauté

#### 1.4.2 Cadre conceptuel explorant l'ajustement de la personne âgée à son environnement

De plus en plus d'études s'inspirent de la carte de la santé et de ses déterminants (gouvernement du Québec) présentée à la figure 3 afin de créer un modèle conceptuel adapté à leur contexte. Il devient possible d'adapter les champs des écosystèmes selon le contexte et l'échantillon de population visés. Voici un exemple de modèle conceptuel de l'ajustement de la personne âgée à son environnement [48]:

**Figure 3:** Le modèle de l'ajustement de la personne âgée à son environnement (Glass et Balfour 2003, tiré de Cardinal et coll. 2008)



On peut utiliser ce modèle conceptuel pour établir la capacité d'adaptation de la personne âgée avec les comportements alimentaires. Prenons par exemple une personne qui vit des limitations de déplacement en lien avec les caractéristiques physiques des lieux. Cette personne pourrait éviter de sortir manger au restaurant dans les rues de sa ville puisque le trajet vers la destination n'offre pas de banc pour s'asseoir lorsqu'elle est fatiguée ni de rampe pour la soutenir lorsqu'elle marche. Cette personne pourrait remédier à ce problème de déplacement en acquérant un support à la marche (c.-à-d. une canne, une marchette, un véhicule motorisé, etc.) ou encore en utilisant son réseau social pour l'amener manger en ville. Ce type de modèle devient ainsi très intéressant afin d'évaluer les environnements influençant les comportements alimentaires et habitudes de vie des personnes âgées. Une fois les environnements divisés en deux catégories, soit les facilitants et les contraignants, ce sont les compétences personnelles de la personne avec l'influence de certains facteurs amplificateurs qui viennent moduler si la réponse au problème est adaptative ou non. Une dépression peut ainsi ne pas motiver la personne à sortir ou à s'adapter. L'adaptation de la personne âgée à son environnement est ainsi modulée par plusieurs écosystèmes qui l'entourent.

#### *1.4.3 Cadre conceptuel du vieillissement en santé*

La littérature nous propose aussi un modèle conceptuel général pour que la personne âgée évolue vers un vieillissement en santé. La figure 4, le cadre conceptuel d'un vieillissement en santé, est un modèle écologique adapté à la personne âgée qui s'est inspiré de plusieurs autres modèles précurseurs dont celui du vieillissement réussi de Rowe et Kahn (1998) [48]. Pour que la personne âgée évolue vers un vieillissement réussi, il importe de comprendre que le développement de la personne fait partie d'un ensemble de variables. Ce modèle inclut toutes les variables de l'environnement de la personne âgée jusqu'à sa condition biopsychosociale, ses aptitudes individuelles et sa capacité d'adaptation.

Ce modèle conceptuel développé par Cardinal et coll. (2008) [48] expose neuf axes d'intervention, lesquels permettent de maintenir ou améliorer la santé de la personne âgée. Cinq de ces axes sont définis selon une perspective d'action sur les déterminants de la santé et quatre de ces axes visent la prévention de problèmes spécifiques. Ces axes sont basés sur le

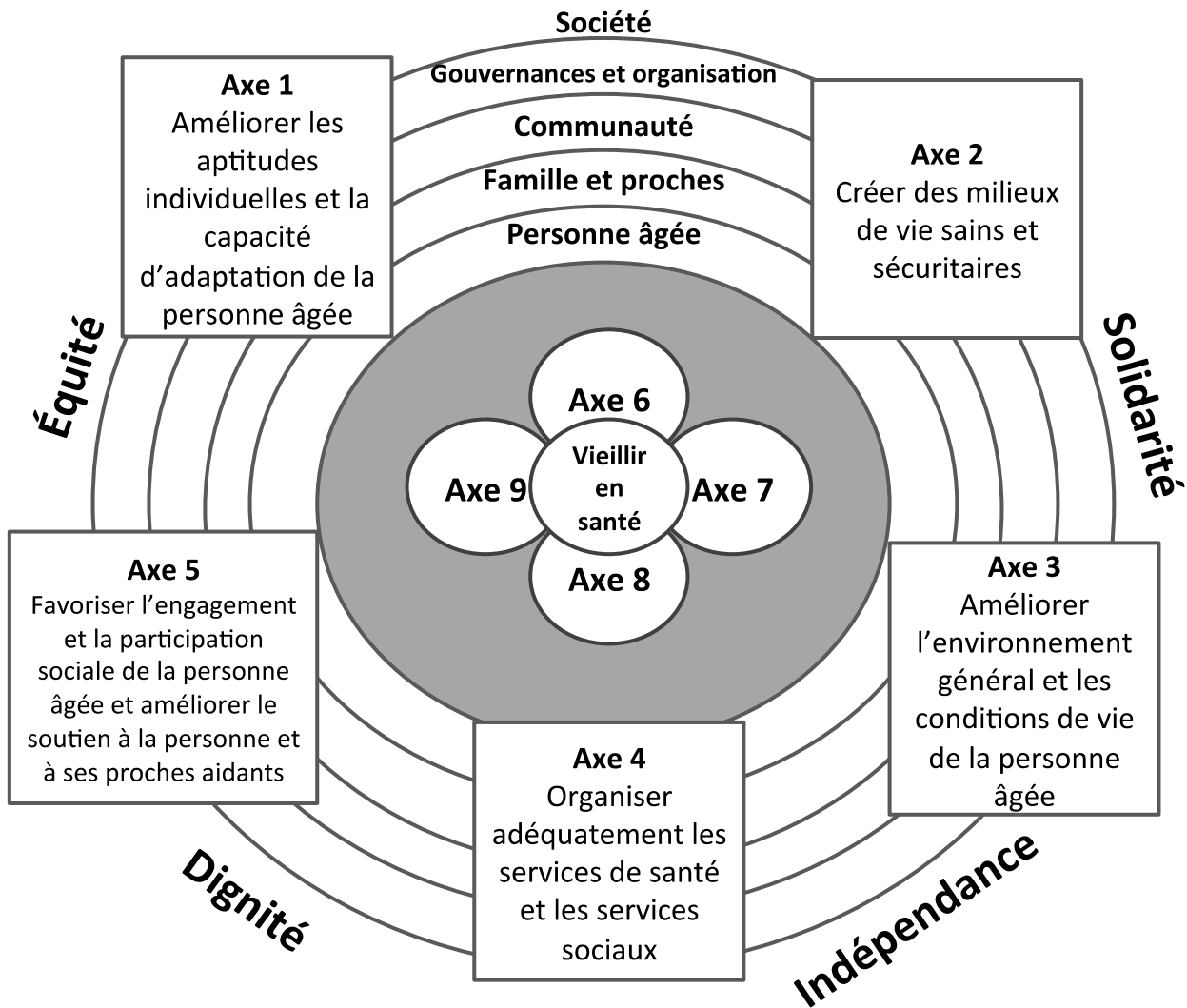
concept du vieillissement en santé défini par l'OMS: «État d'équilibre d'une personne à un moment donné, qui s'appécie notamment par le niveau de bien-être subjectif, par l'exercice des capacités intellectuelles, mentales et physiques ainsi que par la qualité des relations avec le milieu. Ces éléments, qui sont en évolution constante, s'intègrent de façon dynamique chez la personne. La santé est une ressource de la vie quotidienne et non le but de la vie» [53].

Les axes sont aussi teintés de quatre principes qui font la promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées tout en leur portant du respect. Voici un résumé des quatre principes:

- Équité: Ressentir que nos besoins et l'accès aux ressources sont comblés équitablement en comparaison avec les autres individus, et ce, sans discrimination.
- Solidarité: Obtenir et offrir de l'empathie sans discrimination des autres personnes via des actions bénéfiques pour sa santé et la communauté.
- Indépendance: Avoir la liberté de prendre ses propres décisions et de fonctionner de façon relativement autonome au quotidien.
- Dignité: Recevoir du respect, de l'appréciation et de la reconnaissance de la part des autres, tout en ressentant un sentiment d'estime de soi et d'appartenance dans la société.

À la figure 4, on retrouve le modèle conceptuel de Cardinal et coll. (2008) [48]:

**Figure 4:** Perspective pour un vieillissement en santé : modèle conceptuel adapté de Cardinal et coll., 2008



Tel que présenté dans la figure ci-haut, il existe neuf axes d'intervention dans ce modèle conceptuel. Or, afin d'adapter le modèle aux besoins de l'étude, seuls les axes ayant un impact pertinent sur les déterminants des habitudes alimentaires des personnes âgées autonomes ont été retenus. L'objectif étant de faire ressortir certains déterminants liés :

- Aux aptitudes individuelles et aux capacités d'adaptation (Axe 1), soit ce qui concerne les compétences personnelles et sociales, de même que les connaissances, les valeurs et les habitudes de vie de la personne âgée;

- Aux différents milieux de vie et aux environnements immédiats (Axe 2), soit ce qui concerne la qualité et la sécurité des lieux de résidence et du quartier, ainsi que la disponibilité et l'accessibilité aux produits, biens et services;
- À l'environnement général dans lequel la personne âgée évolue et ses conditions de vie incluant les normes sociales et les programmes gouvernementaux offerts (Axe 3);
- À l'ensemble des soins et services sociaux (Axe 4), soit les relations, les compétences et les services offerts;
- Au réseau de soutien et la participation sociale de la personne âgée (Axe 5), soit ce qui concerne les liens de la personne avec son entourage ainsi que son sentiment d'utilité.

Les axes 6 à 9 concernent les facteurs permettant d'agir pour prévenir les problèmes de santé des personnes âgées et optimiser leurs capacités. Ils visent à éviter, à détecter ou à gérer adéquatement les problèmes psychosociaux et les problèmes de santé physique et mentale

Les composantes spécifiques des neuf axes sont présentées en annexe (voir Annexe 2). Sous chacun de ces axes, des dimensions spécifiques à l'alimentation peuvent très bien être intégrées. En voici quelques exemples:

**Tableau 3:** Exemples en lien avec la nutrition selon les axes du modèle conceptuel d'un vieillissement réussi

Axe	Exemple de lien avec la nutrition
1	Capacité à cuisiner, connaissance en nutrition, habitudes de vie
2	Offre alimentaire à la résidence, accessibilité aux aliments
3	Programmes d'aide comme ressources financières, dépannage alimentaire
4	Alimentation adaptée à la condition médicale, accès aux professionnels pour en discuter, recommandations médicales au niveau nutritionnel
5	Partage de repas avec la famille ou les proches
6 à 9	Prévention, diagnostic et traitement des maladies avec des conseils au besoin par rapport à l'alimentation de la personne.

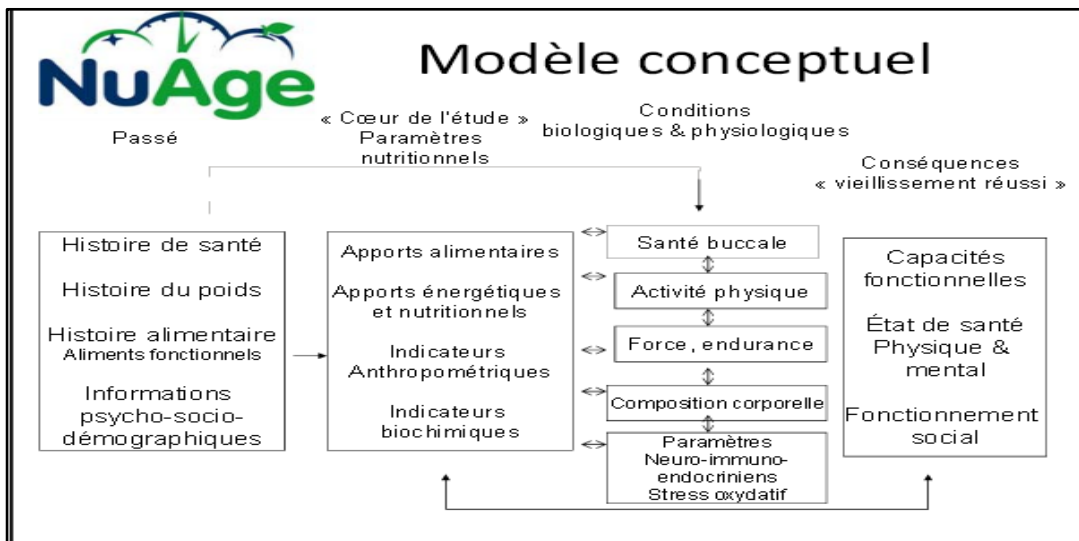
On remarque qu'il existe tout comme dans le cadre de la santé et de ses déterminants plusieurs niveaux auxquels les axes peuvent interagir. En premier lieu, c'est directement la personne âgée qui subit les influences des environnements. En second lieu, ce sont les proches de cette personne qui viennent façonner la façon d'être de cette même personne. En troisième lieu, on parle de la communauté dans laquelle évolue la personne. Par exemple, les ressources disponibles et les infrastructures du milieu de vie. En quatrième lieu, c'est la gouvernance et les organisations qui gèrent les communautés: ce sont les systèmes. Enfin, le tout évolue dans la société qui guide des conduites, soit le contexte global. Ces axes et ces niveaux d'écosystèmes évoluent dans le temps et l'espace, tout en considérant quatre valeurs: dignité, indépendance, solidarité et équité. Ces quatre valeurs font partie d'un vieillissement en santé.

Au Québec, il existe une banque de données liée à la cohorte NuAge, une étude longitudinale ayant étudié des personnes âgées de Montréal et de Sherbrooke pour évaluer les changements et les impacts des habitudes alimentaires sur plusieurs sphères de la santé de la personne âgée [51]. Cette étude a porté sur les personnes âgées vivant en milieu urbain et en milieu semi-rural. Cette étude longitudinale propose un modèle conceptuel du vieillissement réussi adapté à la nutrition. Ce modèle conceptuel image le bagage de la personne âgée qui vieillit [52]. La sénescence de l'être humain n'est pas seulement un état de santé physique, mais bien plusieurs



composantes qui ont pour conséquence le vieillissement. En effet, le vieillissement peut être caractérisé de «réussi» selon les capacités fonctionnelles, l'état de santé physique et mental et le fonctionnement social. Ces caractéristiques sont influencées par le passé de la personne, ses conditions biologiques et physiologiques ainsi que par les paramètres nutritionnels.

**Figure 5:** Modèle conceptuel du vieillissement réussi tiré du cadre théorique de l'étude de la cohorte Nuage, 2013



## 2. PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

### 2.1 Problématique

Si plusieurs facteurs peuvent exercer différentes influences sur le vieillissement en santé, nous avons peu d'informations sur la perception de l'importance de ces principaux déterminants sur les comportements alimentaires en lien avec le vieillissement telle que rapportée par les personnes âgées elles-mêmes. Cette question est peu répondue dans la littérature et encore moins pour le milieu rural soit la région de Lanaudière, au Québec. Cette région est le lieu de pratique professionnelle de l'étudiante et représente une région où le vieillissement de la population se fait plus rapidement que la moyenne québécoise. De 2009 à 2012, la population lanauoise âgée de 65 ans et plus atteignait 26,2% alors que celle du Québec était de 21,6%.

À ce jour, les recherches se sont plutôt intéressées aux personnes âgées malades et en milieu hospitalier, mais dans cette recherche nous sommes particulièrement intéressées aux personnes âgées autonomes et semi-autonomes afin d'évaluer leurs perceptions de divers déterminants de leurs comportements alimentaires.

Les Québécois seraient plus nombreux à vivre en communauté qu'à vivre en résidence ou dans d'autres ressources [57]. Cela laisse supposer que la plupart des personnes âgées vivent longtemps en domicile avant de déménager vers une résidence ou une autre ressource. Il est aussi possible de penser que les personnes âgées sont relativement autonomes et donc capables de rester à domicile avec peu de services extérieurs. Comprendre les différences de perceptions selon les environnements physiques (à domicile ou en résidence pour personnes âgées autonomes) mérite notre attention, car elles reflètent des milieux de vie différents qui justifient certainement des efforts d'interventions adaptées.

Suite à la recension des écrits, le présent projet de recherche retiendra principalement les axes d'intervention référant aux grands déterminants de la santé des personnes âgées, tels que proposés dans le cadre conceptuel du vieillissement en santé de Cardinal et coll. (2008) [48].

Les axes d'intervention associés à la prévention des problèmes de santé et l'optimisation de leurs capacités seront aussi retenues. Ce modèle conceptuel est l'un des plus récents modèles décrivant le vieillissement réussi. Il implique non seulement l'état de santé de la personne, mais aussi ce qui l'entoure comme service, comme société et comme environnements. C'est un modèle complet qui sera essentiel à l'encadrement de nos explorations de données.

## **2.2 Objectifs**

### *2.1.1 Objectif principal*

En se référant aux axes de Cardinal et coll. (Figure 4), l'objectif principal est d'explorer les perceptions de l'importance de facteurs liés au vieillissement en santé sur les comportements alimentaires telles que rapportées par des personnes âgées autonomes d'une région rurale habitant dans la communauté ou au sein d'une résidence pour personnes âgées autonomes.

### *2.1.2 Objectifs spécifiques*

Auprès des personnes âgées autonomes vivant dans la communauté ou en résidence pour personnes âgées :

1. Explorer et comparer leur perception du rôle des aptitudes individuelles et de leurs capacités d'adaptation sur leur comportement alimentaire (axe 1);
2. Explorer et comparer leur perception de l'importance du milieu de vie sur leur comportement alimentaire (axe 2);
3. Explorer et comparer leur perception de l'importance des services de santé et des services sociaux sur leur comportement alimentaire (axe 4);
4. Explorer et comparer leur perception de l'importance de l'engagement et de leur participation sur leur comportement alimentaire (axe 5).
5. Explorer l'état de santé et leurs perceptions des activités de la prévention (axe 6-9).

## **3. MÉTHODOLOGIE**

### **3.1 Devis et considérations éthiques**

Le devis choisi pour cette étude est une approche qualitative. Il s'agit d'une étude transversale menée chez les personnes âgées résidentes au Grand Manoir de Saint-Jean-de-Matha ou en communauté dans la région de la municipalité régionale de comté (MRC) de Joliette.

Une approbation éthique a été préalablement émise par le comité l'étude.

À noter que le propriétaire de la résidence pour personnes âgées autonomes est un membre de la famille de l'étudiante. Par contre, il n'aura pas de partie prenante dans l'étude. Il ne fait qu'autoriser la présence de l'étudiante afin de recruter des participants et de mener sa collecte de données. À aucun moment, le propriétaire n'était présent lors des entrevues avec les sujets.

### **3.2 Échantillon**

L'échantillon est composé de deux groupes de personnes âgées: celles vivant en résidence pour personnes autonomes (n=10) et celles vivant en communauté (n= 12). La taille de l'échantillon devait permettre une saturation des données colligées et également de rapporter des perceptions singulières pertinentes dans le cadre d'une recherche qualitative exploratoire tout en considérant des critères de faisabilité.

Un échantillon de convenance répondant à des critères d'inclusion fut donc constitué conformément aux pratiques en recherches qualitatives dans le cadre desquelles le caractère aléatoire du recrutement est non pertinent.

### *3.2.1 Recrutement des sujets: personnes âgées résidant au Grand Manoir*

La résidence *Le Grand Manoir* est une résidence familiale et accueillante pour personnes âgées autonomes dans le Nord de Lanaudière à Saint-Jean-de-Matha. La résidence est située à deux pas de l'église et dispose des équipements nécessaires pour assurer une protection complète des résidents à toute heure de la journée. C'est un ancien couvent de religieuses transformé en résidence pour personnes âgées à partir de 1997. Il s'agit maintenant d'un établissement de 126 unités dont 66 sont des studios pour personnes âgées autonomes [54]. La clientèle hébergée est issue de la région de Lanaudière et est très homogène au plan culturel. Elle vit dans des studios de façon individuelle ou en couple, lesquels possèdent chacun une petite cuisine avec four, un réfrigérateur et la possibilité d'avoir un micro-ondes, l'espace étant assez grand. Le propriétaire de la résidence fut sollicité pour désigner des personnes âgées susceptibles d'être volontaires pour l'étude. Une rencontre a été faite sur l'heure du dîner pour présenter l'étudiante. Les personnes intéressées à participer à l'étude venaient voir le propriétaire ou l'étudiante pour donner leur nom. Le lieu et le moment de l'entrevue étaient ensuite désignés selon les préférences de la personne volontaire.

### *3.2.2 Recrutement des sujets: personnes âgées résidant dans la communauté*

À la base, il était prévu que les employés et bénévoles des organismes communautaires et du réseau de la santé de la région de Lanaudière seraient sollicités pour désigner des personnes âgées en communauté susceptibles d'être volontaires pour l'étude. Toutefois, seule la Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ) a été approchée. Le recrutement fut annoncé via un sondage déjà prévu par la FADOQ en lien avec des activités à venir. Les personnes intéressées envoyaient leur adresse courriel à l'organisme qui la transmettait par la suite à l'étudiante. Une autre partie du recrutement s'est faite via le bouche-à-oreille d'une participante qui référait des participants à l'étudiante. Il n'a donc pas été nécessaire de se référer au regroupement d'organismes communautaires existant à Joliette.

### 3.2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants : personnes volontaires âgées de 65 ans et plus, résidant à la résidence *Le Grand Manoir* ou en communauté dans Lanaudière et capables de communiquer aisément en Français, capables de s'alimenter de façon autonome et également autonome dans les activités de la vie quotidienne. Les participants devaient être résidents du Québec depuis plus de 10 ans.

Les critères d'exclusion étaient les suivants : personnes âgées avec une perte d'autonomie grave et/ou troubles cognitifs risquant de compromettre la tenue de l'entrevue. Pour les résidents du Grand Manoir, ceux dont la condition nécessitait des services de soutien ou d'assistance (faisant partie de la section ressource intermédiaire) ne faisaient pas partie de cette recherche ni ceux devant se loger dans la section de soins palliatifs.

### 3.3 Collecte de données

La collecte de données a été faite par entrevue individuelle en personne à la résidence *Le Grand Manoir*, dans le studio de la personne âgée ou autre lieu public de la résidence, selon le désir de la personne répondante. Pour les personnes âgées vivant en communauté, la collecte de données devait être réalisée au sein de l'organisme communautaire d'appartenance. Or, comme les horaires n'étaient pas fonctionnels avec l'organisme communautaire et que le déplacement à domicile pouvait être invasif pour certaines personnes, il a été convenu de faire ces entrevues par téléphone. Lorsque la personne âgée acceptait de participer à l'étude (via la résidence ou via l'organisme communautaire), elle était contactée par téléphone par l'étudiante.

Un formulaire de consentement était transmis lors du recrutement et discuté avec eux avant de mener l'entrevue (voir Annexe 3). À noter que pour toutes les entrevues complétées via un appel téléphonique les sujets ont préalablement reçu le document de consentement par courriel et ce dernier a été révisé avec eux par téléphone avant de commencer la collecte de données. Il était déjà prévu que les participants qui préféraient un appel téléphonique pouvaient effectuer

l'entrevue par téléphone. Une autorisation d'enregistrement était aussi demandée pour permettre à l'interviewer de se concentrer sur le déroulement de l'entrevue et pour éventuellement permettre l'utilisation d'extraits. Toutefois, quelques sujets ont refusé l'enregistrement. Par ailleurs, le rythme de l'entrevue permettait aisément la prise de note en cours d'entrevue. L'étudiante à la maîtrise était la seule personne à collecter toutes les données. Aucun outil d'affichage n'a été prévu et utilisé. Ce projet n'a pas reçu de financement pour sa réalisation.

L'entrevue était dirigée avec une grille d'entrevue, incluant des questions lesquelles étaient développées en s'inspirant du cadre conceptuel de Cardinal et coll. (2008). La grille d'entrevue permettait d'organiser la collecte des données et la synthèse éventuelle des résultats autour des quatre axes de Cardinal et coll. (2008) [48]. Elle fut discutée avec la directrice de recherche pour en assurer la pertinence.

**Tableau 4:** Questions divisées selon les objectifs spécifiques et les axes de Cardinal et coll. (2008)

Objectif spécifique	Axe	Questions
Explorer et comparer leur perception du rôle des aptitudes individuelles et de leurs capacités d'adaptation sur leur comportement alimentaire	1	1. Avec le vieillissement, on observe quelques fois des changements dans la force physique, l'endurance ou la résistance, ce qui peut influencer l'autonomie à faire des activités ou à se déplacer. Avez-vous remarqué ceci et comment le tout a-t-il eu une influence sur votre alimentation? 2. Le vieillissement a-t-il amené des changements dans votre situation financière qui auraient eu ou auraient pu avoir un impact sur votre alimentation? 3. Le vieillissement peut mener à des changements dans notre façon de cuisiner. a) Qui s'occupe généralement de préparer vos repas? b) Si vous êtes la personne qui cuisine, avez-vous remarqué ceci? Sinon, remarquez-vous un changement dans le temps consacré à la cuisine de cette personne qui s'occupe de vos repas? 4. En vieillissant, on note quelques fois une diminution de l'appétit et de la grosseur des portions. Est-ce que vous avez remarqué ceci? Si oui, est-ce que le tout a influencé votre alimentation? 5. À quoi ressemble une journée typique dans votre alimentation? 6. Comment le fait de vieillir a-t-il changé votre perception du rôle de l'alimentation pour garder notre santé? 7. Si quelqu'un dans votre entourage avait une question en lien avec son alimentation, par exemple, contrôler son diabète, perdre du poids, soulager des problèmes intestinaux, qui lui conseillerez-vous de voir? Selon la réponse: Y aurait-il un livre, une émission de TV, un spécialiste, auquel vous pensez.

		<p>8. En vous comparant avec d'autres personnes de votre âge, comment considérez-vous vos connaissances dans le domaine de la nutrition?</p> <p>Si vous le considérez plus élevé que la moyenne, vous arrive-t-il de discuter et/ou d'informer d'autres personnes âgées par rapport à l'alimentation et à la nutrition?</p> <p>9. Pour vous, que signifie avoir une bonne alimentation?</p> <p>10. Percevez-vous que vous avez une bonne alimentation? Y a-t-il des choses vous aimeriez améliorer?</p> <p>11. Quelle importance accordez-vous à votre poids? Expliquez.</p>
Explorer et comparer leur perception de l'importance du milieu de vie sur leur comportement alimentaire	2	<p>12. Considérez-vous votre quartier sécuritaire et adapté pour vos déplacements?</p> <p>13. Quelles méthodes utilisez-vous pour acheter des aliments en épicerie?</p> <p>14. Diriez-vous que les commerces sont faciles d'accès dans votre quartier pour faire vos achats alimentaires/épiceries?</p> <p>15. Quels types de magasins fréquentez-vous pour faire vos achats alimentaires?</p>
Explorer et comparer leur perception de l'importance des services de santé et des services sociaux sur leur comportement alimentaire	4	<p>16. Voyez-vous un médecin à chaque année?</p> <p>17. Est-ce un médecin de famille qui fait le lien avec les autres spécialistes? Exemple: Cardiologue.</p> <p>18. Voyez-vous d'autres spécialistes de la santé annuellement ?</p> <p>19. Pour les spécialistes de la santé que vous consultez, ont-ils déjà abordé avec vous les besoins alimentaires spécifiques des personnes âgées? Si oui, selon vous, avaient-ils une compétence pour aborder le sujet?</p> <p>20. Si oui, vous est-il alors arrivé de changer vos habitudes alimentaires?</p> <p>Merci de préciser le changement.</p> <p>21. Y a-t-il des situations auxquelles vous pensez pour lesquelles il serait important qu'une personne âgée consulte ces professionnels (peut-être même en présence d'un membre de sa famille ou d'un proche) pour parler de son alimentation?</p> <p>22. Comment trouvez-vous l'offre de services de santé disponible dans votre communauté par rapport à vos besoins (suffisance des services)?</p> <p>23. Selon vous quel est le rôle d'une nutritionniste (diététicienne) et comment peut-elle être utile lors du vieillissement ?</p>
Explorer et comparer leur perception de l'importance de l'engagement et de leur participation sur leur comportement alimentaire	5	<p>24. Participez-vous à des activités dans des organismes communautaires? Si oui, participez-vous à des activités dans des organismes communautaires qui offrent:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Des activités aux personnes âgées en lien avec l'alimentation?</li> <li>-Des activités à des clientèles de différents groupes d'âge en lien avec l'alimentation?</li> </ul> <p>25. Avez-vous l'habitude de partager vos repas et vos collations avec quelqu'un?</p> <p>26. Il est souvent difficile de trouver des moments de rencontre avec des amis. Est-ce possible pour vous d'avoir des occasions pour partager des repas avec eux?</p> <p>27. Il est souvent difficile de trouver des moments de rencontre avec des membres de sa famille, des enfants ou des petits-enfants selon le cas. Est-ce possible pour vous d'avoir des occasions pour partager des repas avec eux?</p> <p>28. À quelle fréquence allez-vous manger à l'extérieur de la résidence ou de chez vous? (c.-à-d. restaurant, ami, famille, etc.)</p>



Explorer l'état de santé et leurs perceptions des activités de prévention	Axes 6-9	<p>29. Êtes-vous atteint d'une maladie telles que diabète, cholestérol, ostéoporose, etc.?</p> <p>30. Fumez-vous?</p> <p>31. Selon votre état de santé, comment percevez-vous le suivi et le soutien médical que vous recevez?</p> <p>32. Avec le vieillissement, on a observé que les individus ont quelques fois moins de défense contre les maladies(un système immunitaire plus faible). Que faites-vous pour prévenir les infections?</p> <p>33. Croyez-vous que les campagnes de prévention en santé telles que les campagnes de vaccination sont importantes?</p>
Démographie	N/A	<p>34. Vous êtes: homme ou femme?</p> <p>35. Votre âge: par tranche d'âge?</p> <p>36. Vous habitez: type de domicile?</p> <p>37. Vous parlez: Français, Anglais, autre?</p> <p>38. Vous vivez: seul ou en cohabitation?</p> <p>39. Dans la vie de tous les jours, avez-vous besoin d'aide pour vos activités quotidiennes? Exemple: Se déplacer, faire à manger, faire des tâches ménagères.</p> <p>40. Si vous avez besoin d'aide, vous pouvez compter sur : Vos enfants, vos frères et sœurs, votre conjoint, le personnel de la résidence, votre ami, votre voisin, autre?</p>

À cette entrevue s'ajoutent des questions relatives au lieu de résidence, au sexe, à l'âge et au profil du ménage et de la famille du répondant. La lettre A avec un chiffre a été donnée au sujet de prétest pour la résidence du Grand Manoir alors que la lettre B avec un chiffre a été donnée aux sujets habitant au Grand Manoir et ayant reçu l'entrevue avec la grille de questions finales. La lettre C avec un chiffre a été donnée aux sujets de prétest vivant en communauté alors que la lettre D a été donnée pour les sujets des entrevues. Une partie de ces sujets étaient recrutés via l'organisme de la FADOQ.

Afin de s'assurer de la compréhension des questions d'entrevue et de valider la durée nécessaire, l'entrevue a été prétestée auprès de répondants issus des deux clientèles cibles (n=3 au total). Des changements mineurs furent apportés à la grille d'entrevue ainsi les entrevues menées au prétest ont été intégrées dans les résultats (Voir Annexe 4). L'entrevue était d'une durée d'environ 30 à 45 minutes.

### 3.4 Analyse de données

Quelques entrevues ont été retranscrites intégralement. Ainsi, avec les notes d'entrevues et les quelques *verbatim*, une retranscription des réponses fut effectuée sous forme de tableau et divisée par question. Il n'a pas été nécessaire d'utiliser un logiciel d'analyse de données.

Au fur et à mesure du déroulement des entrevues, tous les résultats ont été discutés avec la directrice de recherche afin de s'assurer de la pertinence et de la qualité des données recueillies.

Une synthèse des données fut effectuée pour chacun des axes de la grille d'entrevue. Si l'axe représentait le thème principal, les sous-dimensions spécifiques à chaque axe furent à la fois liées aux questions formulées et inspirées du corpus de données. Ainsi une approche inductive et déductive fut retenue pour l'analyse [55]. Cette synthèse fut revue et discutée avec la directrice de recherche pour en arriver à un consensus.

En plus, après chaque entrevue, la candidate a tracé le profil de chaque personne sous forme de récit d'environ une demi-page (voir Annexe 5). Le récit visait à faire ressortir le profil unique de chaque participant illustrant la variabilité des sujets. Cette synthèse qualitative des profils complète l'analyse détaillée des entrevues et vise donc à décrire l'échantillon. Ayant pris connaissance des résultats de chaque entrevue, chaque récit individuel fut revu et commenté par la directrice de recherche.

## 4. RÉSULTATS

### 4.1 Profil des répondants

La section suivante présente le profil sociodémographique, le profil de santé et le profil singulier (récit de vie) de chacune des personnes âgées interrogées.

#### 4.1.1 Profil sociodémographique des répondants

Un total de 12 participants habitant à domicile et de 10 participants habitant à la Résidence *Le Grand Manoir* furent rencontrés en entrevue individuelle, en personne ou par téléphone.

Les sujets ayant participé à l'entrevue sont d'âge varié. L'âge moyen des sujets vivant à domicile est légèrement inférieur par rapport à l'âge moyen des sujets vivant à la résidence *Le Grand Manoir*. La majorité des répondants étaient des sujets féminins. Notons qu'il y a deux couples de sujets dans le groupe de personnes vivant à domicile et un seul couple dans le groupe de personnes vivant à la Résidence *Le Grand Manoir*. La moitié des hommes ayant participé sont donc des conjoints des sujets féminins rencontrés. Notons que ces hommes ont participé à l'entrevue séparément de leur femme, mais que ces dernières n'étaient pas bien loin.

Pour ce qui est de la langue, la plupart des répondants parlent seulement le français. Dans le groupe des personnes vivant à domicile, une seule personne parle français, anglais et allemand (Homme, 80-84 ans, Sujet 10-D). Ces langues secondaires ont été apprises lors de son service militaire. Dans l'autre groupe, la personne parlant anglais habitait auparavant dans une autre région que Lanaudière. L'anglais est sa langue maternelle, mais elle s'exprime avec fluidité en français (Femme, 65-69 ans, Sujet 4-B).

Les tableaux 5 et 6 présentent les caractéristiques des répondants rencontrés habitant soit à domicile ou à la résidence privée *Le Grand Manoir*.

**Tableau 5:** Profil des sujets habitant à domicile

<b>Caractéristiques</b>	<b>Nombre de sujets</b>				
Résidence	12 personnes à domicile				
Âge	65-69 ans : 4	70-74 ans : 2	75-79 ans : 3	80-84 ans : 3	85-59 ans: 0
Sexe	Homme: 3		Femme: 9		
Langue	Français: 12		Anglais: 1	Autre: 1	
Type de résidence	Maison: 6	Appartement: 6		Condominium: 0	
Années dans une même résidence	0-5 ans : 1	5-10 ans : 2		>10 ans : 9	
Cohabitation	Seul: 4	Avec conjoint : 6		Avec fils ou fille : 3	

**Tableau 6:** Profil des sujets habitant à la résidence *Le Grand Manoir*

<b>Caractéristiques</b>	<b>Nombre de sujets</b>				
Résidence	10 personnes en résidence				
Âge	65-69 ans : 3	70-74 ans : 1	75-79 ans : 1	80-84 ans : 0	85-59 ans: 5
Sexe	Homme: 4		Femme: 6		
Langue	Français: 10		Anglais: 1	Autre: 0	
Type de résidence	résidence pour personnes âgées : 10				
Années dans une même résidence	0-5 ans : 6	5-10 ans : 2		>10 ans : 2	
Cohabitation	Seul: 7	Avec conjoint : 4		Avec fils ou fille : 0	

Le type de résidence dans le groupe des personnes vivant à domicile est réparti en deux groupes: les maisons et les appartements locatifs. Aucun sujet ne vivait en condominium. La plupart habitent au même endroit depuis plus de 10 ans. Seule une personne habite à son domicile depuis moins de cinq ans alors que deux personnes habitent à leur domicile actuel depuis 5 à 10 ans.

Dans le groupe des sujets vivant à la résidence *Le Grand Manoir*, une plus grande proportion de sujets habitent seuls dans le studio. Les sujets faisant de la cohabitation habitent avec leur conjoint. À l'inverse, pour les sujets habitant dans la communauté, une plus grande proportion de sujets habite en cohabitation avec une autre personne. Environ le tiers des personnes vivent seules dans leur domicile, alors que la moitié vit en cohabitation avec leur conjoint et le quart avec leur fils ou leur fille. Notons qu'une de ces personnes vit avec son conjoint et son fils.

Dans les deux groupes de répondants, aucune personne n'habite avec un frère, une sœur, un ami, ou un autre membre de la parenté autre que leurs enfants. Tous ceux qui habitent en cohabitation vivent avec leur conjoint ou leur enfant.

#### *4.1.2 Profil de santé des répondants*

Rappelons que pour faire partie des répondants de cette étude, les sujets ne devaient pas être en perte d'autonomie ou avoir une condition limitant le déroulement de l'étude c.-à-d. surdité, perte de la vue. Voici les conditions médicales des personnes âgées ayant participé aux entrevues et leurs comportements préventifs pour prévenir la maladie et le tabagisme.

Pour les personnes âgées vivant en résidence privée, environ le tiers des répondants déclarent ne pas être atteints d'une maladie chronique. Chez les autres répondants, les conditions médicales sont variables. Quelques personnes parlent de cholestérol et d'arthrite. Les autres conditions nommées sont: le diabète, l'insuffisance rénale, des problèmes cardiaques, l'apnée, le zona, la dégénérescence maculaire (encore bien contrôlée puisque la personne concernée peut encore faire ses activités sans limitation), de la douleur chronique et la haute pression. Pour les personnes âgées vivant en communauté, l'hypertension artérielle, le diabète, l'arthrite et l'hypercholestérolémie (dit cholestérol par les répondants) sont les conditions médicales les plus rapportées. Les autres conditions médicales nommées sont: l'hépatite, le lichen, le glaucome, une sténose spinale, une fibrillation auriculaire, des reflux gastro-œsophagiens et de l'ostéoporose.

Pour prévenir la maladie, la plupart des personnes âgées vivant en résidence mentionnent qu'ils reçoivent le vaccin contre la grippe. Notons que le vaccin était l'exemple utilisé dans la question. Les autres précautions prises sont :

- Manger des antioxydants (Femme, 65-69 ans, Sujet 5-B)
- Laver les mains, tousser dans le coude (Homme, 65-69 ans, Sujet 6-B); «*Tylénol*» (Homme, 85-89 ans, Sujet 7-B)
- Mettre des oignons un peu partout dans son appartement (Homme, 85-89 ans, Sujet 8-B)
- Faire attention à la propreté (Femme, 75-79 ans, Sujet 9-B).

Une seule personne rencontrée à la résidence ne fait rien en particulier:

- Pas de changement. Avait trucs du curé plus jeune c.-à-d. pâte de fécule de maïs sur les brûlures du bébé avec une poche de coton, compote de pommes pour faire aller l'enfant aux toilettes ou encore soigner des otites avec des oignons au charbon. (Femme, 85- 89 ans, Sujet 2-B).

Chez les personnes âgées vivant en communauté, une seule personne mentionne se faire vacciner. Plus de la moitié des répondants déclarent ne rien faire de particulier pour prévenir les infections. La précaution la plus nommée dans ce groupe est celle de bien se laver les mains. Deux personnes identifient d'autres précautions :

- Faire attention aux courants d'air, froid au dos. Bien s'habiller (Homme, 75-79 ans, Sujet 2-C)
- Pas de bisous l'automne et l'hiver. Se donne plutôt le coude. *Purell* (désinfectant), se lave les mains. Tisane gingembre et citron. Élimine des microbes (Femme, 65-69 ans, Sujet 3-D).

Lorsqu'il est question de prévention des maladies, on observe une différence d'opinions entre les deux groupes à l'étude. La différence est moins marquée lorsqu'on questionne directement par rapport à la perception de l'importance du vaccin. Toutes les personnes âgées vivant en résidence privée affirment considérer comme importantes les campagnes de vaccination. Certaines émettent toutefois une incertitude quant à l'efficacité totale des vaccins. Un homme explique qu'il ne sait pas quoi en penser. Personnellement, il croit que oui, mais avec toutes les annonces des médias il se questionne parfois sur la pertinence (Homme, 70-74 ans, Sujet 3-B). Notons aussi qu'une personne considère que les vaccins sont importants, mais que cette dernière ne se fait pas vacciner:

- Importance pour la masse, mais [je] ne le fais pas : il se dit que si tout le monde le fait, il est protégé (Homme, 85-89 ans, Sujet 8-B).

Les personnes âgées vivant en communauté sont moins nombreuses à croire que les campagnes de prévention en santé telles que les campagnes de vaccination sont importantes. Cette proportion représente le trois quarts des personnes interrogées. Certaines personnes expriment reconnaître les bienfaits de la prévention des maladies et de la mobilisation de la

population. Les autres personnes ne croient «pas nécessairement» que c'est important (Femme, 65-69 ans, Sujet 1-D), ne se font pas nécessairement vacciner pour la grippe, mais pour d'autres maladies oui (Femme, 65-69 ans, Sujet 2-D) ou encore le prennent seulement parce que le médecin le demande (Femme, 70-74 ans, Sujet 4-D). Tout comme dans le groupe des personnes âgées vivant en résidence, une personne croit que les campagnes de prévention sont importantes, mais ne se fait pas vacciner (Femme, 65-69 ans, Sujet 3-D).

Concernant le tabagisme, chez les personnes âgées vivant en résidence, une seule personne fume. Cette même personne identifie aussi avoir diminué sa consommation:

- Avant oui, maintenant presque pas. Pipe si s'ennuie l'été (du gros tabac 1x/semaine), (Homme, 85-89 ans, Sujet 7-B).

Chez les autres sujets, deux personnes spécifient avoir cessé depuis longtemps: depuis 32 ans (Homme, 70-74 ans, Sujet 3-B) 38 ans (Homme, 85-89 ans, Sujet 8-B).

Chez les personnes âgées vivant en communauté, une seule personne se déclare fumeuse et une deuxième personne confie avoir cessé une nouvelle fois la veille de l'entrevue. Cette personne cesse parfois de fumer, puis recommence:

- Retour de l'arrêt depuis hier! [Je] fais attention, mais [je] recommence quelques fois. Pas d'abus. (Femme, 70-74 ans, Sujet 1-C).

Chez les autres personnes âgées vivant en communauté, il y a encore une fois quelques personnes qui confirment avoir cessé depuis longtemps de fumer: depuis 35 ans (Femme, 75-79 ans, Sujet 7-D), depuis 38 ans (Femme, 65-69 ans, Sujet 2-D) et depuis 36 ans suite à l'arrivée à l'unité de cardiologie (Homme, 80-84 ans, Sujet 10-D).

#### *4.1.3 Profil singulier de chacun des répondants*

Les récits résumant le profil singulier de chacun des répondants sont présentés en annexes (voir Annexe 5). L'ensemble des 22 récits révèle une hétérogénéité de répondants sur le plan de la santé, des habitudes de vie et de certains comportements.

## **4.2 Importance des aptitudes individuelles et des capacités d'adaptation de la personne âgée sur les comportements alimentaires**

Les résultats de cette section portent sur les aptitudes individuelles et les capacités d'adaptation aux changements des personnes âgées en relation avec l'alimentation.

Plus précisément cette section présente une synthèse des réponses aux questions en lien avec l'adaptation au vieillissement et l'alimentation en abordant l'appétit et la variété alimentaire des aînés, l'acte de cuisiner et la capacité de réaliser certaines activités, les apports et les habitudes alimentaires. La perception de la contribution de l'alimentation à la santé, leurs sources d'information nutritionnelle, la perception de ce que représente une bonne alimentation et les considérations financières et l'alimentation furent abordées.

### *4.2.1 Appétit et variété alimentaire*

Dans les deux groupes, la majorité des changements de comportements alimentaires liés au vieillissement réfèrent aux quantités consommées et à l'appétit. Les sujets rapportent prendre de plus petites portions. Certaines personnes remarquent des changements liés à des événements marquants depuis leur retraite ou encore leur déménagement à la résidence pour personnes âgées:

- Évite de manger trop ou trop vite, (Femme, 80-84 ans, Sujet 5-D).
- Diminution de l'appétit et de la grosseur des portions depuis 11 ans (soit la période passée à la résidence), (Femme, 85-89 ans, Sujet 1-A).
- Au travail j'avais des lunchs le midi et gros le repas le soir. Maintenant avec le temps c'est l'inverse, (Femme, 70-74 ans, Sujet 1-C).

D'autres ne remarquent toutefois pas de changement dans leur appétit:

- «Pas parce qu'on vieillit qu'on a moins faim. Toujours même appétit», (Femme, 65-69 ans, Sujet 6-D).



Fait intéressant, les personnes âgées rapportent avoir modifié leurs choix alimentaires avec le vieillissement. Au premier coup d'œil, cela semblait être rapporté par les personnes âgées plus âgées, mais ce genre de changement est aussi observé chez les personnes âgées de 65-69 ans, soit les plus jeunes à l'étude. Certains aliments irritants ou «lourds» leur causaient des inconforts. Des personnes prennent ainsi leurs précautions par rapport aux aliments qualifiés de lourds, sucrés et gras.

- « J'évite ce qui est trop «pesant. C'est comme si l'estomac était plus usé», (Homme, 85-89 ans, Sujet 7-B)

- «Je fais plus attention avec le café» (Femme, 65- 69 ans, Sujet 1-D).

Par ailleurs, certains mentionnent que l'arrivée à la résidence pour personnes âgées a changé certaines habitudes alimentaires, mais qu'une fois arrivés, il n'y a peu ou pas de changement. Ainsi, pour certains, les comportements alimentaires sont plutôt associés au vieillissement et non au changement de résidence. Certains notent aussi une plus grande variété alimentaire depuis leur arrivée à la résidence. Par exemple, un sujet rapporte qu'avant son arrivée en résidence, il avait l'habitude de cuisiner des portions qu'il qualifie de «portions chaudron». Autrefois, sa mère faisait de gros chaudrons et il pouvait se servir comme il le désirait. Monsieur rapporte qu'il cuisinait peu, mais faisait des repas simples qui duraient longtemps. C'est d'ailleurs l'une des raisons qui a précipité son arrivée à la résidence. Monsieur ne désirait plus cuisiner, (Homme, 85-89 ans, Sujet 7-B).

Enfin, certaines personnes expriment l'intention d'ajouter de nouveaux aliments à leur alimentation. La routine du conjoint peut toutefois être un obstacle à ces introductions.

«J'aimerais être plus moderne dans l'alimentation. J'ai un conjoint qui n'aime pas la nouveauté; il préfère le traditionnel.» (Femme, 70-74 ans, Sujet 4-D).

Ainsi, les changements alimentaires diffèrent d'une personne à l'autre. La plupart des personnes vivant en résidence pour personnes âgées identifient une diminution des portions, même chez celles qui ne déclarent pas de changement dans leurs signaux de faim et de satiété. Certains identifient que l'appétit diffère depuis l'arrivée à la résidence. Selon eux, ce seraient les efforts physiques moins importants qui modulent la diminution de leurs apports étant donné qu'ils ont moins de tâches et responsabilités ménagères dans leur appartement à la

résidence. La variété est par ailleurs qualifiée de meilleure. Les personnes vivant en communauté remarquent aussi avoir une diminution de l'appétit. Les plus âgés identifient une diminution avec l'âge, alors que d'autres parlent plutôt d'un changement alimentaire afin d'éviter des inconforts intestinaux.

#### *4.2.2 Acte de cuisiner, activités et vieillissement*

Le plus grand changement au niveau alimentaire a trait aux fréquences d'utilisation des habiletés culinaires. Pour les sujets vivant à la résidence pour personnes âgées, presque la totalité des repas est cuisinée par les employés de la résidence. Ainsi, ils cuisinent alors très peu ou seulement pour les occasions spéciales. Pour ceux qui y résident depuis longtemps, ils ne rapportent pas de différence récente dans le temps consacré à cuisiner et ne réfèrent pas à leur situation avant l'arrivée en résidence. À l'inverse, ceux qui sont nouvellement arrivés à la résidence remarquent une diminution du temps consacré à la cuisine.

Les fréquences et habitudes culinaires des sujets vivant en communauté sont plus hétérogènes: certains remarquent une diminution par manque de force. Par exemple, une des répondantes a cessé de consommer des pommes de terre parce qu'elle n'arrivait plus à les éplucher à cause de son arthrite (Femme, 80-84 ans, Sujet 9-D). Avec le vieillissement, on observe quelques fois des changements dans la force physique, l'endurance et la résistance, ce qui peut influencer l'autonomie à faire des activités (e. g. cuisiner) ou à se déplacer (e. g. aller à l'épicerie). À l'exception d'une personne, toutes les personnes âgées interrogées ont remarqué une diminution dans leur endurance, mais ces dernières n'ont toutefois pas associé cette condition physique à leurs comportements alimentaires. Pour certaines personnes, la diminution est moins marquée.

D'autres remarquent plus de temps passé à cuisiner compte tenu du temps libre depuis la retraite. Une personne se fait même un potager maintenant. Aucun des sujets masculins ne cuisine ses repas. C'est plutôt la conjointe ou leur enfant qui s'en occupe. Ils ne remarquent donc pas de changement dans les habitudes culinaires.

«Je n'ai pas remarqué de différence dans ma cuisine, ce n'est pas mon fort la cuisine, c'est plutôt ma conjointe qui s'en occupe. Je fais de petites choses comme du gruau. Si je ne me sens pas bien, je change mon alimentation.» (Homme, 75-79 ans, Sujet 2-C).

Certaines personnes précisent aussi qu'elles se font des réserves de repas dans le congélateur afin d'être prêtes à recevoir à tout moment ou simplement pour avoir quelque chose si elles n'apprécient pas les repas servis à la résidence. Notons que tous les sujets interrogés dans cette étude déclarent aller à l'épicerie, peu importe s'ils doivent quotidiennement cuisiner ou non. Enfin, certaines personnes âgées vivant en communauté font aussi des réserves dans le congélateur : soit pour avoir des repas prêts à l'avance, soit parce qu'ils sont habitués à cuisiner plus et ne veulent pas perdre les aliments préparés.

#### *4.2.3 Apport alimentaire et rythme prandial*

Une partie du questionnaire abordait sommairement leurs apports alimentaires dans une journée typique de leur quotidien. Les réponses sont uniques pour chaque personne. Avant d'aborder les réponses des personnes âgées vivant en résidence, précisons l'offre de repas de la résidence privée.

Pour le déjeuner, la résidence offre des rôties, des œufs, du gruau, des céréales froides, du lait, du jus, des fruits, de la confiture, du beurre d'arachide, du café, du thé et une fois par semaine, le dimanche, un brunch complet avec fèves au lard, bacon, crêpes et saucisses.

Pour les repas du midi et du soir, la résidence fournit une soupe en entrée, deux choix de repas principal, un bar à salades et un bar à desserts. Pour le bar à salades, on y retrouve des crudités, des craquelins, des fromages, des salades préparées et des condiments pour préparer sa propre salade. Pour le bar à desserts, on y retrouve des *Jell-O*<sup>MD</sup>, des poudings, du yogourt, des coupes de fruits et des desserts plus sucrés comme du gâteau, de la bagatelle, du pouding chômeur, de la tarte, etc.

La plupart des personnes habitant *Le Grand Manoir* consomment trois repas par jour. Le dîner et le souper sont le plus souvent consommés à la salle à manger de la résidence. Les sujets

consomment donc les repas fournis par la résidence. Le déjeuner est un repas où les apports et lieux de consommation sont moins homogènes d'une personne à l'autre. Certains déjeunent à leur chambre, d'autres à la salle à manger de la résidence et d'autres consomment deux déjeuners. Les aliments mentionnés le plus souvent dans le déjeuner sont les rôties, les céréales, la banane et le café. Les rôties sont au beurre d'arachide ou à la confiture.

Les collations ne sont pas fournies par la résidence. Les personnes âgées doivent donc se procurer leurs propres aliments. Aucune des personnes âgées de la résidence ne confirme prendre une collation en avant-midi: seules deux personnes expriment consommer rarement cette collation le matin donc en remplacement du déjeuner? En après-midi et en soirée, les collations sont plus présentes, mais celles prises en soirée sont moins fréquentes. Les aliments qui reviennent le plus souvent sont les fruits, les noix, des biscuits de type *Social Tea<sup>MD</sup>*, et les produits laitiers comme le fromage et le yogourt. Une personne précise aussi des rôties *Nutella<sup>MD</sup>*-beurre d'arachide. Une répondante utilise le terme grignotage.

La plupart des sujets de la résidence pour personnes âgées ne changent pas leur alimentation selon les saisons. Seule une personne exprime consommer plus de jus l'été (Homme, 65-69 ans, Sujet 6-B). La résidence possède toutefois un menu cyclique qui varie selon les saisons. Probablement que les personnes âgées vivant en résidence ne se rendent donc pas compte du changement des repas étant donné que c'est la résidence qui planifie les repas pour eux.

Chez les sujets vivant en communauté, il y a une plus grande variabilité dans les repas. Seule une personne saute le petit déjeuner. Sauter un repas semble être une pratique plus commune pour le dîner et le souper. Environ le tiers des personnes âgées saute soit le dîner, soit le souper et une personne interrogée saute deux repas en incluant le déjeuner.

Pour les déjeuners, les aliments qui reviennent le plus souvent sont les rôties au beurre d'arachides, le lait, le café et des fruits, surtout la banane. D'autres consomment aussi des céréales, du gruau, des cretons et de la confiture sur les rôties.

Pour les dîners, certaines personnes rapportent manger plus légèrement. On parle de soupe, de salade, d'assiette équilibrée ou encore de grignotage. Pour un des répondants, le dîner est un substitut de repas de marque *Ensure*<sup>MD</sup>. Le repas du soir est, pour la plupart, le plus gros repas de la journée. Les protéines se retrouvent principalement dans ce repas. Seule une personne précise manger davantage au dîner qu'au souper, celle-ci consomme la plupart de ses dîners au restaurant.

Pour ce qui est des collations, aucune personne n'a répondu prendre des collations en avant-midi. Une répondante a exprimé consommer des aliments en avant-midi, mais ne pas déjeuner en se levant. Ces aliments sont les premiers consommés de la journée et représentent donc son déjeuner. La plupart des personnes âgées en communauté vont donc prendre une collation en après-midi ou en soirée. Ces mêmes répondants parlent de leur prise de collation comme étant «rare» ou «parfois».

Il y a plus de personnes âgées dans le groupe vivant en communauté qui déclarent varier leur alimentation selon les saisons que dans le groupe des personnes âgées vivant en résidence pour personnes âgées. Les changements sont les suivants: augmentation des apports hydriques (eau, thé, jus), augmentation de la consommation de fruits et/ou de légumes, préparation d'un potager. Une personne précise plus de sandwiches aux tomates (Homme, 75-79 ans, Sujet 2-C) alors que deux personnes identifient manger plus de légumes l'été parce que ces aliments sont moins chers qu'en hiver (Femme et Homme, 75-79 ans, Sujets 7-D et 8-D).

#### *4.2.4 Habitudes alimentaires selon les catégories alimentaires*

Les personnes âgées ont exprimé leur consommation d'aliments lesquelles furent classées selon les catégories alimentaires suivantes: fruits et légumes, viandes et substituts, produits laitiers, produits céréaliers, desserts, aliments sucrés et salés, boissons, suppléments et substituts de repas.

*Fruits et légumes.* Pour les fruits et légumes, les personnes vivant en résidence pour personnes âgées apprécient pour la plupart en consommer. La plupart en consomment à tous les repas.

Une personne exprime apprécier peu les légumes alors qu'une autre exprime qu'il lui est plus facile de consommer des légumes que des fruits. Les fruits sont consommés en entier, en salade de fruits ou en compote. Chez certaines personnes, les fruits sont consommés à titre de dessert. Les personnes âgées vivant en communauté sont moins nombreuses à consommer des légumes à chaque repas.

«Je commence à incorporer des légumes dans mon alimentation. Peu de fruit. (j'en achète, mais ils pourrissent dans le frigo). [J]'en mangeais plus avant, mais [je] diminue depuis 5-6 ans. Peut-être 3 semaines sans.» (Femme, 70-74 ans, Sujet 4-D).

Certaines personnes âgées réfèrent consommer les fruits le matin, d'autres le soir. Chez les personnes âgées vivant en résidence, les fruits sont consommés au déjeuner et en dessert. Chez les personnes âgées vivant en communauté, la consommation est plus variable.

*Viandes et substituts.* Pour les viandes et substituts, les personnes vivant en résidence pour personnes âgées affirment en manger une portion au moins à chaque dîner et souper. Certaines personnes qualifient leur portion de peu importante ou en diminution, mais présente à chaque repas. Quelques personnes font aussi attention à leur consommation de viande rouge (Homme et Femme, 65-69 ans, Sujets 5-B et 6-B). Une personne mentionne choisir volontairement deux repas de poisson par semaine (Homme, 85-89 ans, Sujet 8-B).

Pour les personnes âgées vivant en communauté, il y a plus d'hétérogénéité dans les choix de viandes et substituts. La viande n'est pas présente à chaque dîner et souper et encore moins au déjeuner pour tous les répondants. Certains ont une consommation très variée avec des protéines animales et végétales. Certains pourraient aussi être caractérisés de flexitarien (semi-végétarien): ils diminuent leur consommation de viandes rouges et augmentent leur consommation d'autres protéines c.-à-d. de la volaille, des poissons, des œufs, du tofu et des légumineuses. À l'inverse, d'autres ne sont pas friands des protéines végétales et consomment plutôt des protéines animales. Certains limitent plutôt le gras de la viande ainsi ces derniers préfèrent les viandes maigres. Le poulet et les œufs sont les aliments provenant du groupe des viandes et substituts qui sont le plus appréciés. Une seule personne limite sa consommation en

œufs à 2-3 fois par semaine par peur de consommer trop de cholestérol (Homme, 80-84 ans, Sujet 10-D).

*Produits laitiers et substituts.* Pour les produits laitiers, les personnes âgées vivant en résidence pour personnes âgées rapportent une consommation très variable. Certains prennent du yogourt, du fromage et du lait chaque jour alors que d'autres éliminent l'un des trois aliments. Un des sujets est intolérant au lactose. Sa conjointe et lui substituent le lait de vache par de la boisson de soya. Quant à l'autre personne intolérante au lactose, elle évite tous les produits laitiers.

Pour le groupe des personnes âgées vivant en communauté, la variation est toute aussi unique d'une personne à l'autre. Plusieurs personnes mentionnent diminuer ou limiter leurs apports en produits laitiers. Seule une personne recommence à augmenter sa consommation:

« [Je] recommence à boire du lait, le soir.» (Homme, 80-84 ans, Sujet 10-D).

Dans ce groupe-ci, une seule personne identifie prendre de la boisson de soya. Elle ne déclare pas être intolérante au lactose.

*Produits céréaliers et féculents.* Pour les produits céréaliers, presque tous les sujets provenant du groupe de personnes âgées vivant en résidence privée en consomment à chaque repas. Une personne élimine le pain, sauf si c'est le repas principal c.-à-d. *Hot Chicken*. (Femme, 65-69 ans, Sujet 5-B). Une autre personne dit éliminer pain, pâtes et patates frites, mais conserver les patates bouillies. Notons que cette même personne consomme des rôties et un bol de céréales au déjeuner (Homme, 85 ans, Sujet 8-B).

Chez les personnes âgées provenant du groupe vivant en communauté, il y a plus de personnes qui limitent leur consommation de produits céréaliers. Certains font des choix qu'ils qualifient de plus santé c.-à-d. pain de La Boulangerie St-Méthode sans sel sans sucre. D'autres choisissent des aliments selon leurs préférences: deux sujets adorent les patates et en consomment beaucoup dans leurs repas (Femme et Homme, 75-79 ans, Sujets 7-D et 8-D). Enfin, une personne limite ses féculents à sa consommation de rôties deux fois par semaine au

restaurant. Cette même personne ne déjeune pas à la maison et consomme un seul repas complet par jour.

*Autres aliments.* Pour les desserts, les réponses varient. Chez les personnes âgées vivant en résidence, les choix consommés sont ceux offerts par la résidence (gâteaux, yogourt, fruits et autres desserts). La plupart des gens consomment un dessert au dîner et au souper. D'autres cherchent à en limiter la consommation.

«Le mardi, c'est la tarte parce qu'il y a de la crème glacée. [Je] ne dois pas trop manger de sucre. Je ne veux pas engraisser pour toujours être capable de monter l'escalier (Monsieur habitude au sous-sol, un étage de chambre sous le premier étage). Ma voisine de table me surveille», (Homme, 85-89 ans, Sujet 7-B).

Pour les personnes âgées vivant en communauté, les desserts sucrés comme des gâteaux sont considérés comme étant permis de façon occasionnelle. La plupart du temps, les gâteaux sont consommés lors d'événements, occasions et/ou fêtes. Les desserts peuvent être du yogourt, une compote, une coupe de fruits, un *Jell-O<sup>MD</sup>*, un pouding ou encore des biscuits de type *Social Tea<sup>MD</sup>*. Seule une personne se permet des desserts sucrés sans limites.

«En masse. N'importe quoi. Chocolat, pouding chômeur, gâteau au chocolat, tarte aux pommes, etc.» (Femme, 80-84 ans, Sujet 9-D).

Pour les aliments sucrés et salés, les personnes âgées vivant en résidence les considèrent pour la plupart comme étant du grignotage. Certains sont plus sucrés que salés, certains en consomment seulement la fin de semaine, d'autres n'en consomment qu'occasionnellement ou tentent d'éviter ces aliments. Les aliments les plus souvent nommés sont les croustilles (chips). Les autres aliments mentionnés sont: le chocolat, les bonbons à la menthe (*peppermints*), les «crottes» au fromage et les noix. Il n'est pas spécifié dans ce groupe si les noix sont salées ou naturelles, mais quelques personnes identifient limiter leurs apports en sodium.

Pour les personnes âgées vivant en communauté, leur consommation d'aliments sucrés et salés est qualifiée de très rare ou occasionnelle. Certains associent des comportements compulsifs avec ce type d'aliments. Une dame explique qu'elle grignote du chocolat, mais se contrôle.



Toutefois, si elle voit la boîte complète chez elle, elle ne se contrôle pas (Femme, 65-69 ans, Sujet 3-D). Une autre personne explique limiter la consommation:

- «Pas [de] chocolat, dur avec la digestion.» (Femme, 80-84 ans, Sujet 5-D),
- «Chips occasionnel. Peu de chocolat.» Monsieur explique qu'il diminue parce qu' [il fait du] cholestérol, (Homme, 75-79 ans, Sujet 8-D),
- «Chips, fait attention. [Elle] enfle», (Femme, 80-84 ans, Sujet 9-D) et
- «Pu capable de manger de chips (j'en raffolais avant). Chocolat non plus.» (Homme, 80- 84 ans, Sujet 10-D).

Lorsque des grignotines sont consommées, les aliments nommés sont: les arachides non salées, les croustilles soufflées de *Quaker*, le chocolat, les chips et les *Tostitos*.

*Boissons.* Pour les boissons et autres apports liquidiens, presque la totalité des personnes âgées vivant en résidence pour personnes âgées consomme du café et/ou du thé au moins une fois par jour. Les jus ne sont pas consommés par tous et se consomment surtout le matin. Lorsque la saveur est nommée, on parle seulement du jus d'orange. Les boissons gazeuses ne font pas partie des habitudes. La plupart n'en consomment pas ou en prennent de façon occasionnelle. L'alcool est aussi consommé de façon très occasionnelle. Seulement deux personnes ont affirmé consommer de l'alcool hebdomadairement, la fin de semaine. Ces deux personnes résident dans le même appartement. Enfin, les apports hydriques sont variables d'une personne à l'autre. Certains consomment quelques verres d'eau ou rapportent boire peu d'eau alors que d'autres comptent leur consommation en terme de bouteilles d'eau.

Pour les personnes âgées vivant en communauté, les mêmes remarques sont observées. Pour les jus, on nomme aussi le jus d'ananas et le jus de légumes. On précise aussi diluer le jus avec de l'eau ou encore boire de l'eau gazéifiée aromatisée à saveur citronnée.

*Suppléments de vitamines et minéraux et produits de santé naturels (PSN).* Pour les suppléments de vitamines et minéraux, la moitié des répondants du groupe des personnes âgées vivant dans la résidence pour personnes âgées ne consomment aucun supplément. Les autres consomment tous un supplément de calcium. Certains consomment aussi de la vitamine

D et une personne prend quotidiennement du *Jamplavite*, (multivitamine qui contient de l'acide folique, de la biotine, de la niacinamide, de la thiamine, de la riboflavine, de la vitamine B5, de la vitamine B6, de la vitamine B12 et de la vitamine C).

Pour les personnes âgées vivant en communauté, la réponse est variable. Certaines personnes ne consomment aucun supplément, d'autres limitent leur apport en supplément compte tenu de conditions médicales comme le répondant en ayant cessé la consommation depuis la prise d'anticoagulant (Femme, 65-69 ans, Sujet 3-D). Celle-ci prend toutefois des probiotiques. Les vitamines et minéraux nommés sont le calcium, la vitamine D et la multivitamine. Un sujet rapporte essayer la vitamine C avec de la vitamine D et de la glucosamine pour prévenir le rhume (Femme, 65-69 ans, Sujet 6-D) alors qu'un autre utilise des PSN (Homme, 75-79 ans, Sujet 2-C). Un seul sujet a mentionné fréquenter un magasin de PSN. Sa conjointe fait aussi partie des sujets et en a déjà consommés, mais elle ne le rapporte pas lors de l'entrevue. Notons aussi qu'un sujet du groupe des personnes âgées vivant en résidence apprécierait voir un magasin de PSN (qu'elle nomme aliments naturels) ouvrir ses portes dans le village de la résidence. Elle se dit intéressée, mais ne décrit pas ses motivations. (Femme, 65-69 ans, Sujet 5-B).

*Substituts de repas.* Pour les substituts de repas, seulement deux personnes issues du groupe de personnes âgées vivant en résidence en consomment. La première consomme un *Boost*<sup>MD</sup> protéiné environ une fois chaque 48h (Homme, 70-74 ans, Sujet 3-B) et la deuxième consomme un *Ensure*<sup>MD</sup>, 2 à 3 fois par semaine (Homme, 85-89 ans, Sujet 8-B).

Chez les personnes âgées vivant en communauté, deux personnes en consomment occasionnellement alors qu'une personne consomme un *Ensure*<sup>MD</sup> quotidiennement afin de remplacer son dîner (Femme, 65-69 ans, Sujet 2-D). Notons que les deux personnes qui consomment occasionnellement un substitut préfèrent le *Boost*<sup>MD</sup> à l'*Ensure*<sup>MD</sup>.

«1 bouteille de *Boost*<sup>MD</sup> par semaine, *Ensure*<sup>MD</sup> trop sucrée.» (Femme, 75-79 ans, Sujet 7- D).

«Parfois, *Ensure*<sup>MD</sup>, [je] préfère le *Boost*<sup>MD</sup> au chocolat, bien froid. Pas régulier.» (Homme, 80-84 ans, Sujet 10-D).

#### *4.2.5 Perception de la contribution de l'alimentation à la santé*

En réponse à la perception de la contribution de l'alimentation à la santé, les réponses sont moins riches en contenu qu'anticipées. Ces derniers ont surtout associé l'alimentation à la contribution au poids santé et précisé leurs sources personnelles d'information en nutrition. Voici ce qui est ressorti des entrevues.

Chez certaines personnes âgées, le fait de vieillir a changé leur perception du rôle de l'alimentation pour garder leur santé, alors que d'autres n'y voient aucune différence. Pour le groupe de sujets vivant en résidence pour personnes âgées, quelques personnes identifient peu de changement et précisent que leur alimentation est toujours pareille. Un plus grand nombre de sujets remarquent toutefois des changements c.-à-d. certains font plus attention à ce qu'ils mangent, certains cherchent à consommer de meilleurs aliments. Ils semblent associer un lien positif entre la saine alimentation et la santé, tout comme au fait qu'ils accordent de l'importance à leur poids. Ainsi, une personne spécifie qu'elle croit bien manger, mais elle s'inquiète plutôt par rapport à son activité physique. Elle rapporte se sentir préoccupée par le sport. Madame croit qu'elle mange bien, mais qu'elle devrait accorder plus d'importance à son activité physique qu'à son alimentation pour garder la santé (Femme, 65-69 ans, Sujet 5-B).

Les personnes âgées en résidence accordent une importance à leur poids, pour leur santé, mais aussi pour leur apparence. Notons que la plupart y accordent une importance pour leur apparence et pour leur santé.

«Pas beau l'apparence [surplus de poids]. Trop lourd, [c'est] difficile à se déplacer»,  
(Femme, 85-89 ans, Sujet 1-B).

Les problèmes de santé associés au surplus de poids par ce groupe de personnes sont les maladies cardiaques et la douleur chronique. Une personne identifie avoir fait attention à son poids afin de limiter la prise de médicaments:

«Une perte de poids voulue pour ne pas prendre de médicaments.. » (Femme, 65-69 ans, Sujet 1-D).

Pour les personnes âgées vivant en communauté, les réponses sont sensiblement les mêmes, elles perçoivent généralement devoir faire plus attention à leur alimentation en vieillissant. Elles rapportent aussi l'importance de faire attention au poids et au choix des aliments. À l'égard du poids, les réponses sont mitigées. Certains identifient que c'est pour la santé et d'autres pour l'apparence. Notons que dans ce groupe-ci, les inquiétudes sont reliées au gain et à la perte de poids:

«Aucune [Importance]. Si en perd trop, elle s'inquiète, sinon non.» (Femme, 80-84 ans, Sujet 9-D).

Quelques personnes mentionnent avoir suivi des régimes, avoir de la difficulté à perdre du poids ou identifient prendre rapidement du poids. Encore une fois, certaines personnes accordent une importance à leur poids à la fois pour leur santé et pour leur apparence. Quelques autres personnes visent simplement le maintien de leur poids, mais aucune personne n'est indifférente lorsque leur poids varie.

#### *4.2.6 Sources d'information en nutrition*

Les personnes âgées rencontrées n'ont pas tendance à discuter ou suggérer des conseils en lien avec l'alimentation et comparent peu leurs connaissances en lien avec la nutrition avec leurs pairs.

Ainsi, à l'égard des sources d'information en nutrition, si quelqu'un dans l'entourage des personnes âgées interrogées avait une question reliée à son alimentation, ces dernières connaissent quelques références. Voici les catégories nommées : les infirmières et préposées de la résidence, des livres, la télévision, le médecin, la nutritionniste, l'hôpital de la région (Centre hospitalier de Lanaudière C.H.D.L, anciennement C.H.R.D.L.), le magazine Bel-Âge (<https://www.lebelage.ca/>) et internet. Une personne n'a pas spécifiquement de référence, mais elle rapporte se fier à sa fille infirmière ou sa petite-fille enseignante.

De toutes ces références, les personnes âgées ne sont pas toutes en accord, par exemple, une personne nomme la télévision alors qu'une autre spécifie ne pas s'y référer (Femme, 65-69 ans,

Sujet 4-B). Cette dernière fait plus confiance aux professionnels de la santé: nutritionniste et médecin. Une autre personne préfère ne pas proposer de conseils (Femme, 85-89 ans, Sujet 1-B).

«Non. [Je] ne suggère pas rien aux gens; ce sont de leurs affaires de voir s'ils veulent consulter et personne n'est pareil.» (Femme, 85-89 ans, Sujet 1-B).

Notons que cette répondante est la seule du groupe de personnes âgées vivant en résidence à avoir répondu qu'elle ne désirait pas suggérer quoi que ce soit aux autres. Toutefois, lorsqu'il est question de discuter de son alimentation ou de situations auxquelles il serait important de consulter une nutritionniste, trois autres personnes répondent aussi ne pas désirer donner de conseils ou juger ce que les autres devraient faire.

Les références des personnes âgées vivant en communauté sont aussi variées, le concept alimentaire Belle et Mince (<http://www.belleetmince.qc.ca/>), la télévision, les activités avec la carte d'âge d'or (Conférences organisées pouvant avoir un lien avec la nutrition), le pharmacien, une boutique de PSN, des livres, des spécialistes, une nutritionniste, des documents du centre ÉPIC (Étude Pilote de l'Institut de Cardiologie), le CLSC et internet. Comme pour le groupe de personnes âgées vivant en résidence, certaines personnes sont d'accord pour utiliser la télévision comme référence, alors que d'autres s'y opposent. Cette mésentente est observée chez deux personnes vivant dans le même domicile. L'homme du couple identifie toutefois sa conjointe comme étant sa référence en nutrition:

« (Monsieur dit comme madame): c'est plutôt elle [ma] référence qui va regarder pour [moi] et référer.» (Homme, 75-79 ans, Sujet 8-D).

Une autre personne identifie que les livres sont une référence complexe compte tenu de l'abondance d'information. Enfin, plus de personnes du groupe vivant en communauté réfèreraient spontanément à une nutritionniste si une personne de leur entourage avait besoin de conseils en lien avec l'alimentation.

Lorsqu'il est question de comparer leurs connaissances en nutrition avec d'autres personnes de leur âge, les personnes âgées vivant en résidence déclarent, pour la majorité, ne pas se

comparer. Par exemple, un sujet explique ne pas savoir quoi répondre à la question. Se dit conscientisé, mais ne parle pas de ça avec les hommes (Homme, 65-69 ans, Sujet 6-B). Une seule personne considère avoir de meilleures connaissances que les autres personnes de son âge, parce qu'elle perçoit avoir plus d'intérêt (Femme, 85-89 ans, Sujet 1-A). Chez les personnes âgées vivant en communauté, toutes les personnes s'identifient comme étant dans la moyenne ou ayant des connaissances équivalentes aux autres. Un répondant précise:

«Y'en a qui s'y connaissent beaucoup et s'exigent beaucoup et font *ben ben* attention, moi je suis dans la moyenne.» (Homme, 75-79 ans, Sujet 2-C).

#### 4.2.7 Perception du sens donné à l'expression *bonne alimentation*

Au travers de ces informations, la définition de la signification accordée à l'expression *avoir une bonne alimentation* est sensiblement la même d'une personne à l'autre. Pour le groupe de personnes âgées vivant à la résidence, une bonne alimentation signifie manger de bons repas, selon les groupes alimentaires, éviter certains aliments comme les charcuteries, le sel, les gras *trans* ainsi que les aliments préparés, et prendre le temps de manger. Certaines personnes associent la bonne alimentation à l'offre alimentaire reçue à la résidence *Le Grand Manoir*. Une personne glisse un mythe alimentaire dans sa définition:

«[Je] crois aussi aux combinaisons alimentaires c.-à-d. s'il y a du pain, pas de pâtes et vice-versa.» (Femme, 65-69 ans, Sujet 5-B).

Pour les répondants vivant en communauté, les réponses sont variables. Voici les perceptions rapportées :

- «Éviter l'abus. Peu importe quoi.» (Femme, 70-74 ans, Sujet 1-C).
- «Manger ce que ma conjointe m'offre.» (Homme, 75-79 ans, Sujet 2-C).
- «Guide alimentaire, portions fruits et légumes. Moins de protéines animales. Variété. Essayer autre chose.» (Femme, 65-69 ans, Sujet 1-D).
- «Intellectuellement: sans gras, remplacer les protéines animales par les végétales, repas équilibrés, légumes. GAC. Mais [je] ne le fais pas.» (Femme, 65-69 ans, Sujet 2-D).
- «Allez chercher ce qui est bon pour la santé, en essayant de suivre le régime méditerranéen (pas nécessairement GAC).» (Femme, 65-69 ans, Sujet 3-D).
- «Manger sainement, pas manger de malbouffe.» (Femme, 70-74 ans, Sujet 4-D).
- «3 repas réguliers par jour.» (Femme, 80-84 ans, Sujet 9-D).
- «Important. Déjeuner varié. C'est primordial comme repas.» (Homme, 80-84 ans, Sujet 10-D).

Si tous les répondants ont donné leur opinion à propos de ce que signifie une bonne alimentation, ce ne sont pas toutes les personnes âgées rencontrées en entrevue qui perçoivent avoir une bonne alimentation. Chez les personnes âgées vivant à la résidence, si tous perçoivent avoir une bonne alimentation, plus de la moitié aimeraient améliorer leur alimentation. Les améliorations désirées sont la perte de poids, la diminution de sucreries, la diminution des apports en sel, l'augmentation des apports hydriques et l'harmonie des repas.

Pour les personnes âgées vivant en communauté, presque la moitié des répondants ne perçoivent pas avoir une bonne alimentation. Seules deux personnes expriment vouloir l'améliorer. L'une d'entre elles identifie la consommation de légumes comme étant le plus gros défi. L'autre personne désire diminuer les portions et les sauces:

«Faudrait couper les portions pour maigrir, éliminer sauces, mayo, sucres, ce qu'ils disent de faire, mais qui est trop dur à faire.» (Femme, 65-69 ans, Sujet 6-D).

Deux autres personnes vivant en communauté ne sont pas préoccupées par leur alimentation:

«Bien comme ça. [Je] ne peux pas me permettre de manger plus, ça ne rentre pas.» (Femme, 80-84 ans, Sujet 9-D);

«À l'âge que [je suis] rendu, [je] m'en fous, [je] suis indifférent.» (Homme, 80-84 ans, Sujet 10-D).

Chez les répondants percevant avoir une bonne alimentation, deux personnes aimeraient tout de même améliorer certaines habitudes alimentaires. L'une d'entre elles rapporte qu'elle aimerait «tout» changer, mais qu'il est difficile de le faire avec son conjoint. La dame décrit monsieur comme ayant une certaine néophobie alimentaire (Femme, 70-74 ans, Sujet 4-D). L'autre personne désirerait seulement manger plus de légumes (Femme, 75-79 ans, Sujet 7-D). Ces répondantes perçoivent donc avoir une saine alimentation, mais ressentent tout de même le besoin de s'améliorer afin d'avoir une meilleure santé.

#### *4.2.8 Finances personnelles et alimentation*

Du côté monétaire, environ le deux tiers des sujets vivant en résidence pour personnes âgées ne mentionnent pas de changement dans leurs finances qui serait associé au vieillissement et qui aurait un impact sur leur alimentation. Une des personnes âgées explique qu'elle peut se permettre de vivre en résidence grâce à la pension reçue pour les veuves en plus de celle du gouvernement (Femme, 85-89 ans, Sujet 1-A). Un couple de sujets qui ont récemment aménagé à la résidence pour personnes âgées constate que les finances diminuent alors que les coûts de la vie augmentent. Ils remettent donc en question leur façon de s'alimenter. À noter que ces deux répondants apprécient aussi cuisiner dans leur appartement. Ils achètent donc plusieurs aliments qui ne sont pas fournis à la résidence.

«Bien manger coûte cher. C'est presque un luxe. Les fruits sont plus chers donc on diminue notre consommation.» (Femme et Homme, 65-69 ans, Sujets 5-B et 6-B).

On observe sensiblement la même répartition chez les répondants vivant en communauté. L'autre tiers des réponses se divisent en deux situations monétaires: deux personnes identifient un changement financier relié à la retraite, mais pas de changement du côté alimentaire:

«Pas vraiment d'impact sur l'alimentation parce que c'est une priorité.» (Femme, 65-69 ans, Sujet 3-D).

À l'inverse, un des répondants identifie une amélioration depuis la retraite reliée à l'acquisition de multiplex. Ces immeubles lui assurent un revenu supplémentaire. Ces ressources monétaires supplémentaires lui permettent de s'offrir sans restriction les aliments qu'ils désirent. Ainsi, il n'a pas ressenti de changement monétaire lorsqu'il a quitté son emploi principal pour la retraite.

Notons que les personnes âgées vivant en résidence consomment des repas à l'extérieur de la résidence à une fréquence moyenne variant entre 1-2 fois par semaine et 1-2 fois par mois. Deux personnes fréquentent le restaurant plus de deux fois par semaine. Quant aux personnes âgées vivant en communauté, la fréquence moyenne des repas consommés à l'extérieur du domicile varie entre 1 fois par jour et 1-2 fois par mois. C'est le tiers des personnes qui consomment au moins un repas par jour à l'extérieur. Notons que pour la majorité, les repas



consommés à l'extérieur du domicile sont des repas consommés au restaurant. Aucune personne ne se plaint du prix de ces repas. Certaines personnes âgées ont aussi un intérêt pour les achats locaux, les achats de qualité et les PSN. La fréquence et le type d'aliments achetés laissent présager une certaine capacité à dépenser chez les personnes âgées des deux groupes.

### **4.3 Importance des milieux de vie des personnes âgées sur les comportements alimentaires**

Dans un premier temps, les personnes âgées étaient questionnées par rapport à la dimension sécuritaire de leur quartier, et s'il est adapté à leur déplacement. Cette mise en contexte du milieu de vie permet d'apprécier indirectement leur autonomie pour se déplacer dans la communauté. Leur méthode d'approvisionnement alimentaire et leur perception de la facilité d'accès aux commerces pour faire les achats alimentaires dans leurs milieux de vie respectifs furent ensuite explorées.

#### *4.3.1 Perception du quartier*

Pour les personnes âgées vivant en résidence, mise à part une personne, tous considèrent leur quartier comme étant un milieu sécuritaire. Quelques-uns y ajoutent toutefois des contraintes. Par exemple, une répondante affirme que c'est sécuritaire lorsque son conjoint est présent pour sortir avec elle. La résidence privée étant située en haut d'une côte, certaines personnes craignent la glace l'hiver.

«Depuis ma fracture à la cheville, [je] suis préoccupée de marcher seule surtout l'hiver avec la glace.» (Femme, 65-69 ans, Sujet 5-B).

D'autres personnes identifient une diminution dans leur capacité à se déplacer, mais considèrent tout de même le quartier sécuritaire. Une personne mentionne aussi que malgré le fait qu'elle trouve son quartier sécuritaire, elle remarque une diminution de l'accessibilité étant donné qu'elle n'a plus sa voiture. Enfin, une seule personne n'identifiait pas trouver son

quartier sécuritaire et adapté à ses déplacements simplement parce qu'elle ne marche pas à l'extérieur. Elle n'a donc pas de réponse.

Pour les personnes âgées vivant en communauté, une personne est neutre sur la question puisqu'elle habite sur une route rurale et passante. Une autre personne ne considère pas son quartier sécuritaire depuis un certain événement.

«Non. On n'est plus sécuritaire nulle part à présent. Il y a deux ans, un livreur a reçu un appel pour une pizza à côté [de son logement] et s'est fait attaquer avec un poignard et du poivre de Cayenne.» (Homme, 80-84 ans, Sujet 10-D).

Le répondant était un vétéran et aimait se bagarrer avant. C'est donc lui qui avait aidé le livreur. Pour les autres répondants de ce groupe, tous ont répondu par l'affirmative, ils considèrent leur quartier sécuritaire et adapté à leurs déplacements.

#### *4.3.2 Déplacement pour les achats alimentaires*

Lorsqu'ils ont besoin de se déplacer pour faire leurs achats alimentaires, les personnes âgées utilisent divers moyens de transport. Pour les personnes âgées vivant en résidence, les moyens de transport sont divisés en deux catégories: soit le répondant ou son conjoint conduit une voiture, soit le répondant se déplace en voiture avec sa famille. Un seul répondant demande à ses amis de faire des commissions puisqu'il n'a plus son permis depuis trois ans et que sa famille est éloignée et plus âgée que lui (Homme, 85-89 ans, Sujet 8-B). Notons que plusieurs sujets catégorisés dans les tranches d'âge les plus âgées de nos sujets se déplacent encore avec leur propre voiture. Ce sont principalement les sujets dans la tranche d'âge de 65-69 ans, mais il y a aussi une femme de 70-74 ans et un homme de 85-89 ans. Une dame a volontairement cessé de conduire depuis un an (Femme, 85-89 ans, Sujet 2-B) alors qu'une autre n'a jamais eu de permis de conduire (Femme, 85-89 ans, Sujet 1-A).

Pour les personnes âgées vivant en communauté, le principal moyen de transport est aussi l'automobile, peu importe l'âge. Une seule personne a besoin de ses enfants pour se déplacer

en voiture (Femme, 80-84 ans, Sujet 5-D). Les autres conduisent leur voiture ou se déplacent en voiture avec leur conjoint.

#### *4.3.3 Perception d'accessibilité et fréquentation des commerces alimentaires*

L'accessibilité des commerces dans le quartier est jugée différemment d'une personne à l'autre. Dans le groupe des répondants vivant dans la résidence pour personnes âgées, deux personnes identifient qu'il manque de choix dans la région. Ces personnes préfèrent aller à Joliette (à une quarantaine de kilomètres) où ils considèrent que les prix sont moins chers et où il y a plus de choix. À Saint-Jean-de-Matha, lieu de la résidence privée, la seule épicerie est un Supermarché Métro.

Pour les personnes âgées vivant en communauté, tous considèrent que les commerces sont faciles d'accès dans leur quartier pour faire leurs achats alimentaires. Ces personnes habitent toutes dans la ville de Joliette.

Toutes les personnes âgées fréquentent au moins une épicerie pour leurs achats alimentaires. Une certaine proportion magasine aussi dans d'autres types de commerces pour leurs achats alimentaires. Pour les personnes âgées vivant à la résidence privée, certains magasinent aussi dans les grandes surfaces (Costco et/ou Walmart), des magasins à rabais (Magasins Korvette) et des marchés locaux aux alentours. Une seule personne va parfois au dépanneur.

Pour les personnes âgées vivant en communauté, les mêmes types de commerces sont nommés. Comparativement aux personnes âgées vivant en résidence, elles fréquentent une plus grande variété de magasins pour leurs achats alimentaires. En addition, les personnes âgées vivant en communauté utilisent occasionnellement les services de traiteurs. Ce service est utilisé environ une fois par année pour les grandes occasions et réunions de famille (e.g. le temps des fêtes). Enfin, ils utilisent très rarement les dépanneurs, simplement lorsque les autres magasins ne sont pas ouverts.

#### **4.4 Importance des intervenants des services de santé et des services sociaux sur les comportements alimentaires des personnes âgées**

Les personnes âgées n'accordent pas toutes la même importance aux services de santé et services sociaux reçus. Certains y consultent un ou plusieurs spécialistes selon les besoins. Le réseau parallèle aux services de santé offre aussi des spécialistes lesquels sont consultés. L'offre et l'accessibilité aux intervenants des services (médecins, médecins spécialistes, autres spécialistes de la santé) et leur consultation sont d'intérêt, car certains peuvent aborder les besoins alimentaires spécifiques aux personnes âgées.

##### *4.4.1 Perception de l'offre générale de services de santé*

Il fut demandé aux personnes âgées leurs impressions de l'offre générale de services de santé disponibles dans leur communauté par rapport à leurs besoins. Pour les personnes âgées vivant en résidence, la totalité considère avoir des services de santé suffisants en réponse à leurs besoins. Plusieurs nomment toutefois que cette offre de service n'est pas accessible pour tous, surtout pour ceux qui n'ont pas de médecin de famille. Certaines personnes ont vécu cette situation:

«Si pas de médecin c'est peut-être un manque, surtout pour ceux qui ne peuvent pas se déplacer. L'infirmière ici pourrait intervenir. Elle devrait pouvoir faire plus de choses. La pharmacie est facile d'accès, mais à la fin, c'est le médecin qui a le plus de pouvoir.» (Homme, 65-69 ans, Sujet 6-B).

«Depuis qu'ils ont un médecin de famille, c'est mieux, mais c'est difficile à avoir. Les professionnels et spécialistes c'est ok.» (Femme, 65-69 ans, Sujet 5- M).

Les personnes âgées de la résidence privée nomment aussi la facilité d'accès aux pharmaciens du village et au CLSC. Ils mentionnent aussi les services des infirmières et d'un médecin pour la résidence qu'ils considèrent faciles d'accès. Une répondante nomme aussi en réponse à la question sur l'offre de services de santé les deux cuisinières et la gérante de cuisine qui écoutent ses besoins (Femme, 85-89 ans, Sujet 1-A). Notons que l'exemple des cuisinières

n'avait pas été donné puisque la personne qui le spécifie a été exposée au questionnaire pré-test.

Pour les personnes âgées vivant en communauté, les réponses sont variables. Quelques personnes trouvent que les services de santé sont difficiles d'accès alors que d'autres se considèrent choyés. Le médecin est le professionnel de la santé le plus nommé comme n'étant pas facile d'accès.

«Facilité d'accès au médecin dépend. Beaucoup de services offerts, mais pas tous accessibles lorsque nécessaires.» (Femme, 70-74 ans, Sujet 1-C).

Quelques personnes nomment que le pharmacien est accessible pour des conseils en matière de santé. Les infirmières sont aussi identifiées comme étant de plus en plus accessibles. Une personne considère qu'il y a peu de services au CLSC alors qu'une autre trouve leurs services accessibles lorsque sur place. La même personne qui considère qu'il y a peu de services au CLSC exprime qu'il faut consulter au privé pour avoir des services (Femme, 65-69 ans, Sujet 3-D). Enfin, un sujet répond qu'il y a toujours place à amélioration (Homme, 80-84 ans, Sujet 10-D).

#### *4.4.2 Les médecins et les médecins spécialistes*

Pour le rendez-vous médical, à l'exception d'une personne, tous les répondants rencontrent leur médecin annuellement. La personne qui fait exception voit son médecin environ tous les 2-3 ans. Elle oublie de l'appeler. C'est sa fille infirmière qui le fait pour elle ou répond à ses questions (Femme, 75-79 ans, Sujet 9-B). Chez les personnes âgées vivant en résidence privée, la fréquence varie entre une fois par année et une fois par semaine. Le répondant voyant hebdomadairement son médecin consulte en rotation l'un des cinq néphrologues de l'hôpital lors de sa visite hebdomadaire pour des dialyses. Pour d'autres, il est possible d'avoir leur rendez-vous médical à la résidence puisqu'un médecin s'y rend régulièrement. Ce médecin est d'ailleurs le médecin de famille de quelques résidents. Les autres peuvent le contacter en cas d'urgence.

Une personne âgée déclare se faire soigner via internet: son médecin exerce à Montréal et répond parfois en ligne à ses questions. Le répondant transmet ses signes vitaux par internet à son infirmière (Homme, 85-89 ans, Sujet 8-B).

Pour les personnes âgées vivant en communauté, la fréquence de consultation médicale varie à une fois tous les mois jusqu'à environ une fois chaque deux ans. Pour certains, le rendez-vous se prend lorsqu'ils reçoivent un rappel de la clinique. Une personne émet son désaccord par rapport à cette gestion de rendez-vous aux deux ans:

«Pas d'accord avec le système de santé. Lorsqu'on en a de besoin, il n'est pas disponible, mais toujours là pour le rendez-vous annuel.» (Femme, 85-89 ans, Sujet 1-C).

La fréquence de rendez-vous semble donc différente d'une personne âgée à une autre et d'un médecin à un autre. Les personnes âgées vivant en résidence identifient pour la plupart que malgré la variabilité de la fréquence de rendez-vous médicaux, le médecin de famille fait le lien avec les autres spécialistes au besoin. Les personnes âgées ayant répondu qu'elles n'avaient pas de médecin faisant le lien avec un spécialiste spécifient qu'elles n'avaient pas besoin d'être référées ou qu'elles ont déjà des spécialistes dans le dossier qui s'occupent de leur état de santé: «Non. Personne. [Je] n'ai pas besoin» (Femme, 75-79 ans, Sujet 9-B) et madame qui spécifie que non parce que monsieur a déjà tout le suivi nécessaire en dialyse à l'hôpital (Femme, 85-89 ans, Sujet 2-B).

Pour les personnes âgées vivant en communauté, la totalité répond que malgré la variabilité de la fréquence de rendez-vous médicaux, le médecin de famille fait le lien avec les autres spécialistes au besoin. Certains ont dit «oui», les médecins font le lien avec les autres spécialistes au besoin, tout en spécifiant que pour le moment, ils n'avaient besoin de personne. Voici les spécialistes médicaux rencontrés pour les personnes âgées vivant en résidence: le neurologue, le cardiologue, le pneumologue, le néphrologue. Le cardiologue est le plus souvent cité. Il y a plus de personnes âgées vivant en communauté qui côtoient les spécialistes médicaux que ceux vivant à la résidence pour personnes âgées *Le Grand Manoir*. Voici ceux

qui sont nommés: le gastro-entérologue, le physiatre, l'ophtalmologiste, le dermatologue, l'urologue et le cardiologue.

Chez les personnes âgées vivant en résidence, les commentaires pour décrire leur perception des services de santé reçus par rapport à leur condition médicale passent de «bien» à «très bien» à «5 étoiles». Chez les personnes âgées vivant en communauté, la réponse est plus variable. Certaines personnes qualifient les services reçus comme étant bon, bien, adéquats et très bien:

«Excellent pour l'instant, ça va bien. Peut toujours communiquer. [Je suis] sur le programme de recherche à l'Institut de cardiologie. [Je peux] avoir RV rapidement. Moins facile avec le médecin de famille, mais si urgence, c'est faisable.» (Femme, 65-69 ans, Sujet 3-D)

«(Médecin), bon service. Téléphone le matin et le voit en après-midi ou voit quelqu'un d'autre (clinique).» (Femme, 65-69 ans, Sujet 4-D).

D'autres jugent les services plutôt ordinaires ou moins bien qu'avant:

«Avant c'était plus facile. Maintenant, c'est lorsque le médecin a le temps.» (Femme, 65-69 ans, Sujet 6-D)

«Tranquille, le médecin a changé, il a tellement de patients comme ses collègues qu'ils n'ont plus le temps de discuter.» (Homme, 80-84 ans, Sujet 10-D).

Une des répondantes identifie qu'il faut oser demander de l'information et consulter pour avoir des réponses. Elle associe aussi un lien avec le niveau d'instruction reçue:

«Adéquat. Quand on demande, on reçoit une réponse. D'autres n'osent pas et endurent le bobo et imaginent qu'ils sont seuls à vivre ça et ont peur d'être jugés. N'osent pas et ça s'aggrave. Différence avec ceux qui ont de l'instruction: plus de confiance pour s'exprimer.» (Femme, 70-74 ans, Sujet 1-C).

#### *4.4.3 Les autres professionnels et spécialistes de la santé*

Mis à part les médecins spécialistes, les personnes âgées côtoient aussi des professionnels de la santé et des spécialistes. Dans le questionnaire, il était demandé aux répondants s'ils consultaient annuellement l'un des 10 spécialistes suivants: Dentiste, optométriste, physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, prothésiste, naturopathe, massothérapeute, ostéopathe, travailleur social et autre. Chez les personnes âgées vivant en résidence, l'optométriste est le professionnel le plus visité. Pour la dentition, tout dépend de la présence ou non de prothèse dentaire: les personnes âgées côtoient soit le dentiste, soit le prothésiste. Ces derniers ne sont pas vus annuellement, mais plutôt au besoin ou chaque deux ans. Certaines consultent ou ont déjà consulté d'autres spécialistes: l'ergothérapeute, le physiothérapeute, l'ostéopathe et le travailleur social sont les professionnels déjà rencontrés. Le suivi est toutefois terminé pour chacun des répondants. La nutritionniste fait aussi partie de cette catégorie sauf pour une personne qui la rencontre 1x/mois à l'hôpital (Homme, 70-74 ans, Sujet 3-B). Deux personnes avaient déjà rencontré la nutritionniste dans le passé. La situation se répète pour le chiropraticien et le massothérapeute: une seule personne précise les rencontrer au besoin, les autres les ont déjà consultés, mais ont cessé le suivi, certains pour des motifs de déplacement.

Chez les personnes âgées vivant en communauté, les mêmes principaux professionnels sont nommés. Encore une fois, l'optométriste est le professionnel le plus visité. Et pour la dentition, selon la présence ou non de prothèse dentaire, les personnes âgées côtoient soit le dentiste, soit le prothésiste. Une personne nomme aussi son pharmacien comme étant une ressource importante, au besoin. Une répondante profite aussi des services d'une infirmière à domicile. La nutritionniste fait encore une fois partie des professions déjà rencontrées, mais elle est nommée plus souvent dans ce groupe-ci. En effet, elle a déjà été rencontrée par cinq personnes. Un répondant précise qu'elle consultait une naturopathe occasionnellement avant de consulter une nutritionniste. Les professionnels suivants ont déjà été consultés, mais le suivi est complété: le physiothérapeute, l'ergothérapeute et l'acupuncteur. Le massothérapeute et l'ostéopathe sont deux intervenants nommés plus souvent que dans le groupe de personnes âgées vivant en résidence privée alors que l'ergothérapeute et le travailleur social sont nommés



moins souvent. Le massothérapeute et l'ostéopathe semblent être souvent visités au besoin. Une répondante remarque qu'elle trouve plus efficaces les traitements de l'ostéopathe comparativement à ceux du massothérapeute. Elle précise aussi que sa fille est ostéopathe (Femme, 70-74 ans, Sujet 4- F).

#### *4.4.4. Les recommandations nutritionnelles des intervenants*

Pour toutes les professions et tous les spécialistes nommés, les répondants affirment que certains émettent des recommandations sur la nutrition de la personne âgée alors que d'autres s'abstiennent. Pour les personnes âgées vivant en résidence, la plupart ont répondu avoir reçu des conseils nutritionnels de la part d'un professionnel de la santé. Toutes les personnes ayant répondu par l'affirmative considéraient aussi que la personne ayant abordé des questions en lien avec la nutrition avait les compétences pour le faire. Les deux professions nommées sont le médecin et la nutritionniste. Pour les personnes âgées vivant en communauté, c'est plutôt l'inverse. Le trois quarts des répondants n'ont pas discuté d'alimentation avec un professionnel ou un spécialiste de la santé.

Ceux qui ont pu se prêter à l'exercice considéraient que la personne qui abordait le sujet de l'alimentation avec elle était compétente. Les deux mêmes professions ressortent: le médecin et la nutritionniste.

À la suite de ces discussions avec des intervenants, certaines personnes âgées ont fait des changements dans leurs comportements alimentaires. Pour le groupe des personnes âgées vivant en résidence, environ la moitié ont fait des changements alimentaires alors que l'autre moitié n'a rien changé. Voici les changements alimentaires rapportés:

- «Ajouter des produits laitiers comme le yogourt pour prévenir l'ostéoporose.» (Femme, 85- 89 ans, Sujet 1-A).
- «Changements alimentaires comme les portions ou selon l'évolution de ses électrolytes et laboratoires.» (Homme, 70-74 ans, Sujet 3-B).
- «Plus conscientisée, plus de connaissance, [je] fais de meilleurs choix alimentaires (fruits et légumes).» (Femme, 65-69 ans, Sujet 5-B).

Une dernière personne rapporte avoir perdu 20 lb (selon la volonté du médecin). L'homme nous explique que lorsqu'il désirait perdre du poids, il mangeait moins. Lorsqu'il avait de plus faibles apports alimentaires qu'à son habitude, il ressentait par la suite une diminution des capacités physiques (Homme, 85-89 ans, Sujet 7-B).

Pour les personnes n'ayant pas fait les changements proposés, une personne rapporte que si elle avait à en faire, elle le ferait (Femme, 85-89 ans, Sujet 1-B). Une autre personne rapporte ne pas avoir fait de changement suite à une discussion entamée avec un professionnel de santé. C'est plutôt sa conjointe qui lui fait faire des changements alimentaires c.-à-d. plus de fruits, plus d'eau (Femme, 65-69 ans, Sujet 5-B). Une dernière personne répond seulement par la négative, sans détailler.

Pour le groupe de personnes âgées vivant en communauté, il n'y a que trois affirmations. La première personne a réduit la taille de ses portions. La deuxième a diminué le gras consommé et la troisième répond seulement oui, sans détailler.

Lorsqu'on demande aux personnes âgées s'il y a des situations pour lesquelles elles considéreraient qu'il serait important qu'une personne âgée consulte un professionnel pour parler de son alimentation, les réponses sont très variables. Voici ce qui ressort dans les deux groupes de sujets interrogés. Pour les personnes âgées vivant en résidence, la raison la plus souvent nommée est le diabète. Les autres situations populaires sont l'obésité et les problèmes cardiaques. Certains sont d'avis qu'il devrait y avoir un nutritionniste à la résidence.

«Ici (à la résidence), ce serait peut-être important qu'il y ait un nutritionniste puisque ce ne sont pas tous les gens qui sont conscients de leurs choix alimentaires. Ils ont parfois des conditions qui mériteraient de voir un professionnel.» (Homme, 65-69 ans, Sujet 6-B).

D'autres nomment aussi qu'il serait intéressant d'avoir un nutritionniste pour la révision de menu. Il n'avait pas été prévu que certaines personnes ne désirent pas répondre: quelques personnes âgées répondent ne pas désirer se mêler des affaires des autres. Ils considèrent que c'est à chacun de voir à ses besoins selon leur état de santé. Ainsi, la plupart connaissent le rôle

de la nutritionniste et voient une pertinence à sa présence, mais ils n'osent pas référer leurs proches. C'est plutôt à eux de choisir s'ils désirent la rencontrer.

«Non. Ce sont de leurs affaires s'ils ont des besoins», (Femme, 85-89 ans, Sujet 1-B);  
«C'est chacun de son affaire, donc non», (Femme, 85-89 ans, Sujet 2-B).

Pour les personnes âgées vivant en communauté, les situations qui reviennent le plus souvent sont «la maladie» et que tout dépend de la personne. Certains expriment qu'il est difficile d'obliger les gens à faire des changements. Par exemple, une dame croit «difficile d'obliger les gens. C'est surtout important lorsqu'on change d'étape dans la vie. Selon les étapes» (Femme, 70-74 ans, Sujet 1-C). Une autre corrobore cette idée:

«Plus on vieillit, plus on est têtu. On en parle, mais on ne va pas voir le professionnel. Il y a des situations, mais on ne pense pas à aller consulter.» (Femme, 85-89 ans, Sujet 1-D).

Enfin, quelques personnes expriment ne pas avoir d'idées sur ce sujet. Ce qui ressort le plus dans les deux groupes est que les besoins varient d'une personne à l'autre et qu'avant de penser consulter un professionnel, il faut reconnaître le problème soi-même. Les personnes âgées préfèrent «se mêler chacun de leurs affaires».

Il a été demandé aux répondants quel était, selon eux, le rôle d'une nutritionniste et comment pouvait-elle être utile dans le vieillissement. Dans le groupe de personnes âgées vivant en résidence, une seule personne ne sait pas ce que fait la nutritionniste. Pour les autres, voici les mots-clés qui ressortent de leurs définitions dans leurs mots: «expliquer, aider, guider, informer, sensibiliser et convaincre». Ces verbes sont utilisés pour parler des portions, des menus et des conseils:

- «Expliquer ce que la nourriture contient, de façon plus approfondie.» (Femme, 85-89 ans, Sujet 1-A).
- «La nutritionniste dit les bonnes choses et quantités à manger. Elle a la sagesse des portions.» (Homme, 70-74 ans, Sujet 3-B).

- «Aide la maladie comme les troubles de comportements alimentaires, le diabète, l'obésité. Ça aide dans les cas de maladie à savoir quoi manger.» (Femme, 65-69 ans, Sujet 4-B).
- «Guider dans les choix de l'alimentation, aider à préparer le menu, donner un modèle, même vérifier dans notre garde-manger. Nous mettre sur la bonne voie.» (Femme, 65-69 ans, Sujet 5-B).
- «Sensibiliser les gens à l'importance de la nutrition et adapter l'alimentation selon la personne et son état de santé.» (Homme, 65-69 ans, Sujet 6-B).
- «Nous informer et convaincre [d']une bonne alimentation.» (Homme 85-89 ans, Sujet 8-B).

Chez les personnes âgées vivant en communauté, une seule personne ne connaissait pas la profession de nutritionniste. Sa conjointe était capable de répondre. Elle ajoute au silence de son conjoint qu'il est peu instruit. Chez les autres sujets, voici les mots-clés qui ressortent de leurs définitions de la profession: «diriger, guider, conseiller, supporter, motiver, aider et montrer»:

- «La nutritionniste choisit l'alimentation pour que ce soit le plus naturel, le mieux fait pour la personne. Utile pour conseiller la nourriture à prendre pour notre santé et notre activité physique. » (Homme, 75-79 ans, Sujet 2-C).
- «Support ou motivation pour bien manger. Un peu comme dans les diètes. Conseils et supports +++ . Plus important avec les problèmes du vieillissement. Exemple: édenté donc [besoin d'] adapter. Aide à réfléchir.» (Femme, 65-69 ans, Sujet 2-D)
- «Très utile au vieillissement. Si elle avait su avant elle n'aurait peut-être pas fait d'infarctus. C'est important dès le jeune âge de faire attention. Par exemple, ce que les enfants mangent. Dans son temps les légumes et fruits n'étaient pas présents. Une grande partie de la santé publique passe par eux. Important de mettre des budgets. Important pour tous les âges. Prévention.» (Femme, 65-69 ans, Sujet 3-D)
- «De nous aider à bien s'alimenter de nous donner de bons conseils et surtout de faire un bon suivi» (Madame avait cessé les rencontres parce que le suivi n'était pas bon. Ça l'a découragé (de ne pas avoir d'encouragements.), (Femme, 70-74 ans, Sujet 4-D).

Une autre personne juge que la nutritionniste peut avoir un rôle à jouer dans le vieillissement, mais selon l'attitude de la personne âgée. Voici sa définition du rôle de la nutritionniste: «Essayer de tenir les gens en santé s'ils veulent bien écouter». Elle ajoute qu'elle ne sait pas si elle pourrait être utile lors du vieillissement parce qu'elle pense qu'«une personne âgée qui se balance sur sa chaise ne veut probablement pas parler de sa nourriture. Ils n'écouteront pas; ils sont entêtés» (Femme, 80-84 ans, Sujet 9-D). Les deux groupes semblent donc généralement s'entendre sur un rôle de prévention et d'accompagnement, si la personne âgée désire écouter les conseils.

#### **4.5 Importance de la dimension sociale en lien avec l'alimentation de la personne âgée**

Les personnes âgées ont été appelées à discuter de leurs activités et présences dans des organismes communautaires ainsi qu'à discuter des activités sociales auxquelles elles prenaient part, dont celles qui concernaient l'alimentation.

##### *4.5.1 Engagement dans des activités organisées*

Chez les personnes âgées vivant à la résidence, la quasi-totalité des personnes âgées répond ne pas participer à des activités communautaires leur étant destinées en lien avec l'alimentation ni à des activités visant des clientèles de différents groupes d'âge en lien avec l'alimentation. La seule personne affirmant y participer est le président de l'Association de l'organisme communautaire de la résidence. Il explique qu'il n'y a pas nécessairement d'activités en lien avec l'alimentation, mais qu'il y a plutôt des sorties gourmandes comme la visite d'un vignoble (Homme, 70-74 ans, Sujet 3-B). Parmi les personnes âgées ayant répondu négativement à la question, trois personnes précisent toutefois participer aux autres activités de la résidence. Deux autres personnes mentionnent que leur participation est plutôt en baisse.

Chez les personnes âgées vivant en communauté, une seule personne participe à des activités communautaires destinées aux personnes âgées en lien avec l'alimentation et à des activités visant des clientèles de différents groupes d'âge en lien avec l'alimentation:

«FADOQ et groupe de vélo. Soupers ici et là. Sports. [Personnes âgées] de 60 à 85 ans.» (Homme, 75-79 ans, Sujet 2-C).

Les autres personnes ont toutes répondu qu'ils ne participaient pas. Toutefois, certaines personnes sont inscrites à la FADOQ, un organisme qui fait parfois des activités en lien avec l'alimentation ou encore dans un club d'âge d'or. Notons que la FADOQ a été une alliée pour solliciter des sujets à participer à la collecte de données.

Une personne participe aux activités du maraîcher l'été. Deux personnes abordent leur implication bénévole. Elles mentionnent toutefois que les heures de leur implication sont en diminution:

«1x par semaine cours de danse bénévole. Diminution avec bénévolat depuis 9 ans. [je me] concentre sur mes petites filles.» (Femme, 65-69 ans, Sujet 3-D).

L'autre personne s'impliquait dans des organismes pour personnes âgées et au sein d'une radio communautaire (Femme, 70-74 ans, Sujet 1-C).

Enfin, une personne exprime ne participer à aucune activité, mais elle considère s'inscrire dans un club d'âge d'or prochainement pour sortir de la solitude sans toutefois préciser un intérêt pour des thématiques ou activités liées à l'alimentation:

«[Je] pensais dernièrement à m'inscrire dans les clubs d'âge d'or. Pour des veillées, des soirées, de la pétanque, des voyages organisés, etc. Ça pourrait nous faire sortir de leur cocon (en parlait avec son ami, mais ils se trouvent paresseux avec l'âge; ils sont bien en pyjama).» (Homme, 80-84 ans, Sujet 10-D).

#### *4.5.2 Environnement social*

Malgré le fait que la plupart des personnes âgées en résidence vivent seules dans leur appartement, ils ont tout de même un réseau social intéressant autour d'eux. Il en est de même pour les personnes âgées vivant en communauté, mais si certaines vivent seules à domicile. Voici un résumé des personnes pouvant partager des repas avec les sujets et des ressources

humaines pouvant aider au besoin les personnes âgées interrogées dans les activités de la vie quotidienne.

*Réseau social pour les repas avec les conjoints ou la famille.* Les personnes âgées ne sont pas toujours seules pour l'heure du repas. Pour les personnes âgées vivant en résidence privée, la presque totalité des dîners et soupers sont consommés à la salle à manger avec les autres résidents. Chaque résident a sa place assignée dans la salle à manger. Pour les déjeuners, certaines personnes préfèrent les consommer dans leur appartement alors que d'autres préfèrent aller à la salle à manger. Les personnes âgées qui partagent leurs collations sont en couple et le font avec leur conjoint. Certaines personnes vont sortir la fin de semaine pour prendre des repas à l'extérieur.

Pour les personnes âgées vivant en communauté, la réponse est variable. Les personnes âgées en couple partagent plus de repas que les personnes âgées vivant seules. Une autre se caractérise comme étant courageuse puisqu'elle retrouve le goût de manger depuis son cancer. Elle partage maintenant quelques déjeuners avec son conjoint en plus de prendre un repas avec lui chaque soir. Pour le dîner, monsieur va manger chez son fils (Femme et Homme, 75-79 ans, Sujets 7 et 8-D).

Pour le partage des repas avec d'autres membres de la famille, il y a moins de personnes âgées vivant en résidence qui affirment avoir assez d'occasions de partager des repas avec les membres de leur famille en comparaison avec les occasions qu'ils ont de voir leurs amis. Presque une personne sur deux considère ne pas avoir assez d'occasions avec la famille. Un répondant explique ainsi comment il se sent par rapport aux occasions de voir sa famille:

«Non [je ne les vois pas assez]. Cela lui manque beaucoup: possibilité de se déplacer est difficile.» (Homme, 85-89 ans, Sujet 8-B). Il est aussi gêné de demander du transport (en expliquant que c'est dans sa nature) et n'oserait pas prendre l'autobus de peur de manquer l'arrêt.

À l'inverse, d'autres personnes ont la chance d'avoir une grande famille ou encore de la famille qui vient manger avec eux à la résidence ou au restaurant. Une personne identifie avoir la chance de voir quotidiennement ses petites-filles:

«Les petits enfants viennent manger avec [nous] le midi et ils [usager et conjoint] voient la famille la fin de semaine.» (Femme, 65-69 ans, Sujet 5-B).

Chez les personnes âgées vivant en communauté, il y a aussi plus de personnes qui considèrent ne pas avoir assez d'occasions pour partager un repas avec les membres de leur famille comparativement à leurs amis. Les réponses évoquées sont en lien avec la disponibilité restreinte des membres de la famille qui sont plus occupés qu'auparavant, que ce soit pour le travail ou pour leur propre famille avec leurs enfants. Les personnes qui identifient avoir la chance de voir fréquemment leur famille sortent souvent au restaurant, que ce soit pour déjeuner ou pour souper.

*Réseau social pour le partage des repas avec les amis.* Pour certaines personnes, il est souvent difficile de trouver des moments pour rencontrer ses amis. À l'exception d'une personne, toutes les personnes âgées vivant en résidence considèrent qu'ils réussissent à avoir assez d'occasions pour partager des repas avec leurs amis. La personne ne considérant pas avoir assez d'occasions l'explique ainsi :

«Non, diminution de beaucoup: les déplacements sont beaucoup moins nombreux depuis que la voiture a été vendue et qu'elle est déménagée avec son conjoint en résidence.» (Femme, 75-79 ans, Sujet 9-B).

Cette personne habitait à la résidence depuis environ cinq mois au moment de l'entrevue. Les autres personnes âgées expriment qu'elles voient leurs amis tous les jours à la résidence. Une personne exprime solliciter au besoin ses amis:

«On crée ces moments selon les goûts, les besoins et la disponibilité.» (Femme, 65-69ans, Sujet 5-B).



La même tendance est observée dans le groupe des personnes âgées vivant en communauté. À l'exception d'une personne, toutes les personnes âgées interrogées considèrent avoir assez d'occasions pour partager des repas avec leurs amis. D'autres non:

«*Pu* comme avant. Pas sorteux et mes amis sont partis, [je] les vois beaucoup moins. Plusieurs aux cimetières.» (Homme, 80-84 ans, Sujet 10-D).

À l'inverse, une autre explique que c'est elle qui limite. Elle est la plus vieille et se dit paresseuse parce qu'elle refuse parfois. Elle se dit fatiguée (Femme, 65-69 ans, Sujet 2-D). Les autres expliquent qu'ils voient leurs amis de temps en temps pour le déjeuner ou le souper. C'est occasionnel. Une des répondantes appelle parfois sa voisine lorsqu'elle se sent seule (Femme, 80-84 ans, Sujet 9-D).

*Le restaurant comme lieu d'échanges sociaux.* Certaines personnes âgées ont une routine quant à leurs sorties gourmandes à l'extérieur de leur résidence alors que d'autres prévoient peu de sorties. Pour les personnes âgées vivant en résidence, la fréquence moyenne de repas consommés à l'extérieur de la résidence varie entre 1-2 fois par semaine et 1-2 fois par mois. Deux personnes fréquentent le restaurant plus de deux fois par semaine. Les restaurants préférés des répondants de la résidence pour personnes âgées sont le *Benny*<sup>1</sup>, *La Fourchette*<sup>2</sup> et *l'Îlot Pirate*<sup>3</sup>. Quelques personnes ne spécifient pas de préférence pour les restaurants. Les caractéristiques recherchées sont le goût, le prix, le choix, le social ainsi que le fait de ne pas avoir à se cuisiner un repas. Une personne le choisit parce qu'elle «connaît bien le menu donc pas de difficulté à choisir» (Homme, 85-89 ans, Sujet 8-B). Deux personnes choisissent le restaurant en fonction des goûts d'une autre personne: la belle-mère (Femme, 65-69 ans, Sujet 5-B) et le conjoint (Femme, 75-79 ans, Sujet 9-B). Les occasions pour aller au restaurant sont surtout en lien avec les fêtes, les événements et les rencontres avec la famille. Pour certains, il n'est pas nécessaire d'avoir une occasion spéciale autre que de voir des amis ou de la famille pour sortir.

---

<sup>1</sup> Restaurant Benny: Rôtisserie

<sup>2</sup> Restaurant La Fourchette: restaurant familial et sportif.

<sup>3</sup> Restaurant L'Îlot Pirate: Crèmerie et restaurant à déjeuner-dîner. Plusieurs produits de l'érable en vente sur place.

Les personnes âgées vivant en communauté ont une routine légèrement différente. La fréquence moyenne des repas consommés à l'extérieur du domicile semble plutôt se trouver entre 1 fois par jour et 1-2 fois par mois. C'est le tiers des personnes qui consomment au moins un repas par jour dans un restaurant. Les restaurants préférés les plus souvent nommés sont le *Henri*<sup>4</sup>, *l'Arôme tropical*<sup>5</sup> et les restaurants offrant un service de déjeuner. Plusieurs personnes n'ont pas de restaurants préférés. Un répondant nommé qu'il aime aller manger au bistro d'une épicerie Métro (Homme, 75-79 ans, Sujet 8-D). Un autre exprime ne plus aller au restaurant parce qu'il se dit tanné. Son travail était sur la route, il mangeait souvent au restaurant (Homme, 80-84 ans, Sujet 10-D). Les caractéristiques recherchées dans les restaurants visités sont le social, l'ambiance, la proximité, le prêt-à-emporter, le personnel, le goût et la rapidité du service. Le prix ne ressort pas dans les caractéristiques. Les occasions sont très variées pour aller au restaurant. Les moments nommés sont pour le déjeuner, pour la fin de semaine, les fêtes, les événements, la famille, les amis et même simplement pour profiter seul de l'endroit.

En bref, les personnes âgées ont quelques occasions de partager des repas avec d'autres personnes qu'elles connaissent. Certaines personnes sont plus entourées que d'autres. La plupart ont au moins une personne avec qui elles peuvent manger ou compter pour recevoir de l'aide au quotidien s'ils en ont besoin.

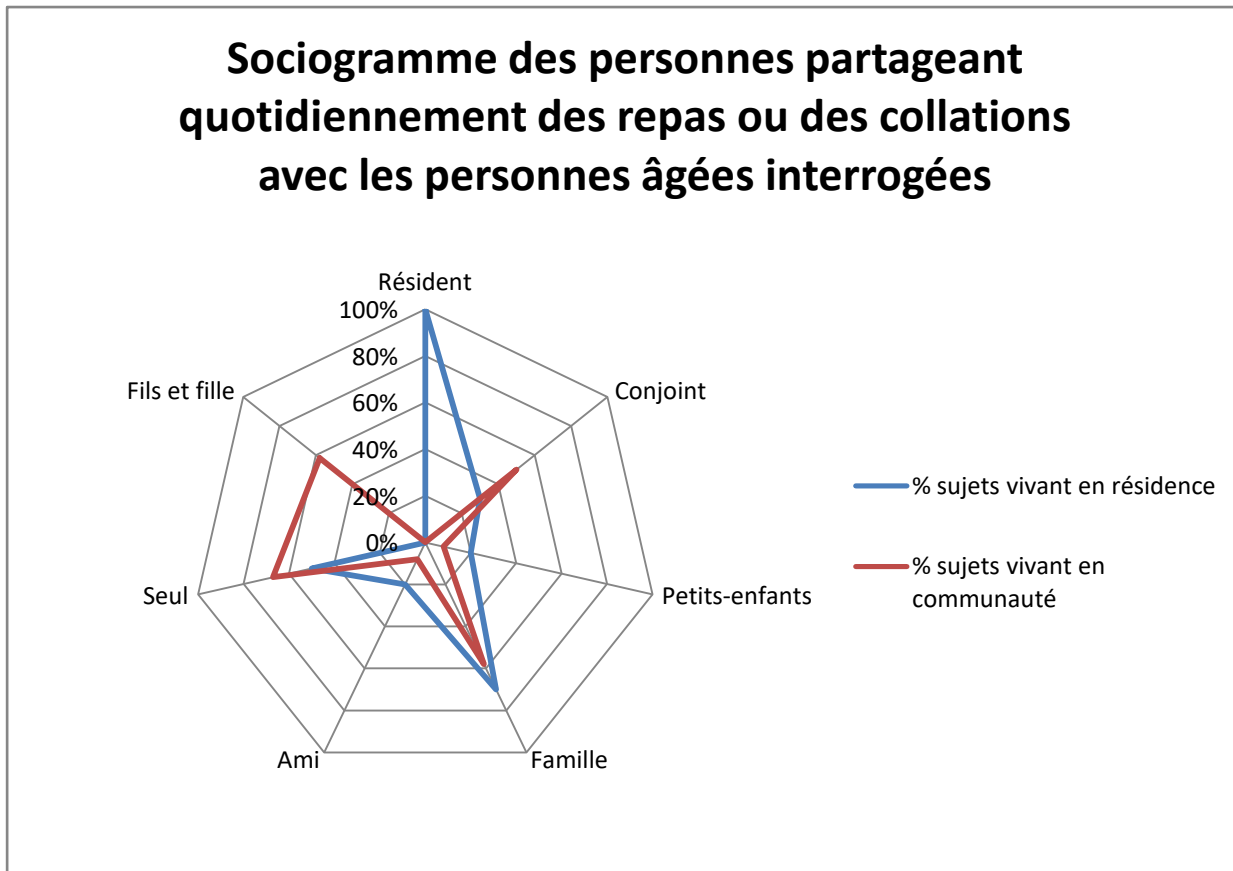
Le sociogramme ici-bas illustre les personnes les plus présentes pour partager un repas avec les sujets de l'étude.

---

<sup>4</sup> Restaurant Chez Henri le Kentucky :Restauration rapide et menus du jour. Depuis 1957.

<sup>5</sup> Restaurant l'Arôme tropical: Café bistro.

**Figure 6:** Réseau social présent autour des personnes âgées interrogées pour partager des repas et des collations



Chez les personnes âgées vivant en résidence, tout le monde affirme partager au moins un repas avec les autres résidents à la salle à manger. Fait intéressant, deux sujets choisissent les mots «couple d'amis» plutôt que résident pour désigner les deux résidents avec qui ils partagent quotidiennement leurs repas (Femme et Homme, 65-69 ans, Sujets 5-B et 6-B). La moitié du groupe de personnes âgées vivant en résidence mentionne aussi prendre occasionnellement un repas ou des collations seuls par choix. Après les résidents, les personnes âgées nomment leur famille comme étant assez présentes pour partager les repas.

Toutefois, les résidents ne spécifient pas nécessairement avec quel membre de la famille ils partagent parfois un repas. Mis à part deux répondants qui dînent avec leurs petites-filles chaque midi de la semaine, aucun autre sujet du groupe de personnes âgées vivant à la

résidence ne partage un repas quotidiennement avec un membre de la famille. Ils se rencontrent plutôt pour les occasions importantes et les fêtes.

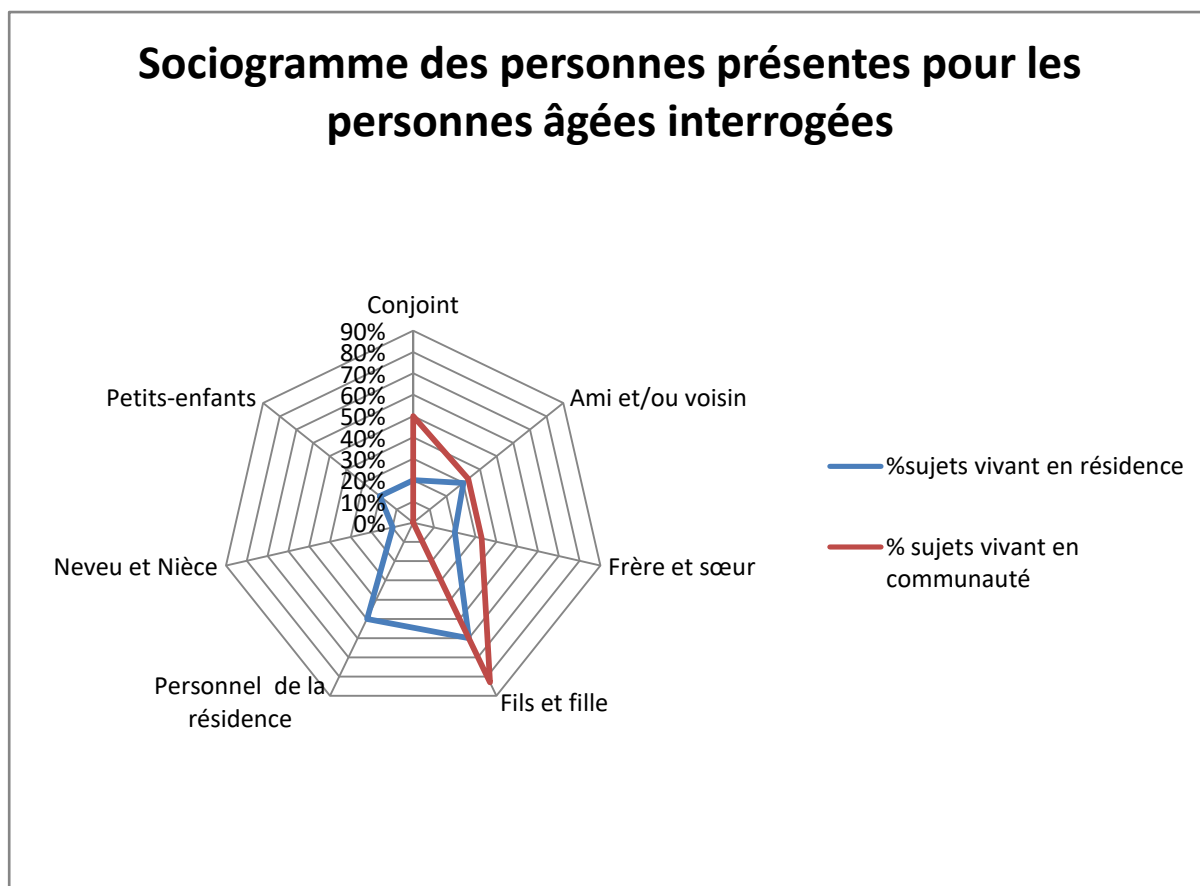
Chez les personnes âgées vivant en communauté, les sujets sont plus nombreux à manger seuls. Ils sont aussi plus nombreux à partager des repas avec leur conjoint et leurs enfants. Certains brisent la monotonie en allant dîner quelques fois avec leurs enfants alors que d'autres vivent avec eux; ils partagent donc le souper. Ainsi, soit le repas est consommé seul, soit il est consommé avec le conjoint, soit il est consommé avec les enfants.

*Réseau social pour aide au quotidien.* La plupart des personnes âgées vivant en résidence n'expriment pas avoir besoin d'aide dans leurs activités quotidiennes. Des trois personnes exprimant avoir besoin d'aide, deux mentionnent le besoin d'assistance pour le ménage lequel est inclus à la résidence. La troisième personne nomme plutôt un besoin d'aide à l'ordinateur. Elle réussit à faire ses autres tâches seules. Pour les personnes âgées vivant en communauté, deux personnes expriment avoir des services ménagers afin de les aider dans leurs tâches. Une personne explique qu'avant de voir le physiatre, elle avait besoin d'aide pour ses déplacements et ses activités de la vie quotidienne, mais maintenant qu'elle va mieux, elle réussit à se débrouiller seule (Femme, 65-69 ans, Sujet 2-D). Enfin, s'ils ont besoin d'aide au quotidien, toutes les personnes âgées rencontrées ont rapporté pouvoir compter sur quelqu'un. Pour les personnes âgées vivant en résidence, les personnes les plus souvent nommées sont le personnel de la résidence. Une seule personne ne compte pas sur eux et identifie plutôt sur son conjoint pour l'aider. À l'exception de deux personnes, tous les autres répondants peuvent compter sur une autre personne que sur le personnel de la résidence. Deux personnes nomment pouvoir se fier sur leur conjoint. Notons que ces deux personnes sont en couple. Les autres nomment principalement leurs fils et/ou leurs filles. Une personne précise les amis alors qu'une autre nomme plusieurs membres de la famille: frères et sœurs, neveux et nièces, petits-fils et petites-filles.

Pour les personnes âgées vivant en communauté, malgré le fait qu'il n'y ait pas de personnel pour s'occuper d'eux, tout le monde peut compter sur au moins une personne. Les personnes nommées sont le conjoint, les enfants, les amis et la voisine.

Le graphique ici-bas illustre les personnes-ressources présentes pour les personnes âgées interrogées s'ils ont besoin d'aide dans leurs activités de la vie quotidienne.

**Figure 7:** Réseau social présent pour les personnes âgées interrogées en cas de besoin dans les activités de la vie quotidienne



Chez tous les sujets interrogés, s'ils ont besoin d'aide au quotidien, les personnes âgées se fient surtout à leurs enfants. Pour les personnes âgées vivant en résidence, le personnel de la résidence *Le Grand Manoir* est aussi considéré comme une aide précieuse. Tous reçoivent des services d'entretien ménager (ce qui est compris à la résidence). D'autres personnes-ressources sont mentionnées, mais elles sont moins présentes.

Pour les personnes âgées vivant en communauté, après leurs enfants, c'est le conjoint ou la conjointe qui représente la meilleure personne-ressource. Aucune personne de ce groupe ne nomme une quelconque personne rémunérée comme étant une personne-ressource.

## 4.6 Faits saillants des entrevues

Les personnes âgées vivant en résidence ont quelques similitudes et quelques différences par rapport à celles vivant en communauté en ce qui concerne leurs perceptions de facteurs liés au vieillissement sur les comportements alimentaires. Le tableau 7 présente les faits saillants de ces similitudes et les différences entre les deux groupes de sujets.

**Tableau 7:** Comparaison des faits saillants entre les personnes âgées vivant en résidence et celles vivant en communauté selon les axes associés aux déterminants de la santé de Cardinal et coll. (2008)

Axe 1: Explorer et comparer leur perception du rôle des aptitudes individuelles et de leurs capacités d'adaptation sur leur comportement alimentaire	
Manoir	Communauté
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution du temps passé à cuisiner: réservé aux occasions</li> <li>• Adaptation des activités et mouvements selon la condition physique</li> <li>• Ressources monétaires pour la plupart suffisantes</li> <li>• Achats alimentaires pour tous les résidents interrogés malgré offre de 3 repas par jour à la résidence</li> <li>• Portions plus petites pour la plupart des personnes</li> <li>• Offre alimentaire à la résidence améliore la variété consommée</li> <li>• Diminution de l'appétit avec le vieillissement</li> <li>• Sources d'information en nutrition variées</li> <li>• Rythme prandial plus stable par rapport à leur vie antérieure et en comparaison avec le groupe de la communauté: 3 repas par jour. Quelques personnes n'émettent pas de commentaires sur la santé d'autrui. Ils préfèrent de s'occuper de la leur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun sujet masculin ne cuisine</li> <li>• Adaptation des activités et mouvements selon la condition physique</li> <li>• Ressources monétaires pour la plupart suffisantes</li> <li>• Plus de changements alimentaires selon les saisons</li> <li>• Augmentation du temps consacré à cuisiner</li> <li>• Portions plus petites en vieillissant</li> <li>• Offre alimentaire variée, plus diversifiée s'ils apprécient cuisiner, moins s'ils vivent seuls</li> <li>• Diminution de l'appétit avec le vieillissement</li> <li>• Sources d'information en nutrition variées en termes de crédibilité.</li> <li>• Rythme prandial plus variable que le groupe vivant en résidence</li> <li>• Pas tous les sujets prennent 3 repas par jour</li> <li>• Importance de la perception du poids par rapport à la santé</li> </ul>

Axe 2: Explorer et comparer leur perception de l'importance du milieu de vie sur leur comportement alimentaire	
Manoir	Communauté
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quartier sécuritaire pour les déplacements, moins avec la glace de l'hiver</li> <li>• Quartier accessible avec la voiture, moins à pied pour les achats</li> <li>• Achats alimentaires principalement en épicerie. Peu d'autres commerces accessibles comparativement à Joliette</li> <li>• Transport vers les achats alimentaires via la voiture ou un membre de la famille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quartier sécuritaire pour les déplacements</li> <li>• Quartier accessible à pied et en voiture</li> <li>• Achats alimentaires principalement en épicerie ou dans les magasins de grande surface. Plus de commerces accessibles qu'à Saint-Jean-de-Matha</li> <li>• Transport vers les achats alimentaires principalement via la voiture.</li> </ul>
Axe 4: Explorer et comparer leur perception de l'importance des services de santé et des services sociaux sur leur comportement alimentaire	
Manoir	Communauté
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perception d'un bon service médical</li> <li>• Services de santé comme la pharmacie bien accessibles</li> <li>• Grande confiance en leurs professionnels de santé et médecin</li> <li>• Rendez-vous médical au moins annuel</li> <li>• Nutritionniste côtoyé dans le passé par quelques résidents</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessibilité au médecin moins bien perçue en moyenne</li> <li>• Confiance aux professionnels de santé et médecin mitigée.</li> <li>• Rendez-vous médical au moins bi-annuel</li> <li>• Nutritionniste côtoyé dans le passé par quelques sujets</li> </ul>

Axe 5: Explorer et comparer leur perception de l'importance de l'engagement et de leur participation sur leur comportement alimentaire	
Manoir	Communauté
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau social présent pour partager des repas à la résidence ou à l'extérieur</li> <li>• Réseau social présent pour les activités de la vie quotidienne. Le personnel de la résidence est aussi nommé</li> <li>• Plaisir de manger des repas avec les autres résidents ou en famille</li> <li>• Moyenne des repas consommés à l'extérieur de la résidence de 1-2 fois par semaine à 1-2 fois par mois</li> <li>• Services de loisirs et d'activités communautaires présents, non utilisés par tous</li> <li>• Tous ont des activités, s'occupent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau social présent pour partager des repas à la résidence ou à l'extérieur</li> <li>• Réseau social présent pour les activités de la vie quotidienne.</li> <li>• Plus de repas consommés avec le conjoint et les enfants</li> <li>• Plus de personnes consomment seules leurs repas et collations</li> <li>• Moyenne des repas consommés à l'extérieur de la résidence de 1fois par jour à 1-2 fois par mois</li> <li>• Peu de bénévolat</li> <li>• Tous ont des activités, s'occupent</li> <li>• Adhésion à la FADOQ</li> </ul>
Axe 6-9: Explorer l'état de santé et leurs perceptions des activités de la prévention	
Manoir	Communauté
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La presque totalité se font vacciner</li> <li>• Les maladies chroniques qui reviennent sont le diabète, les problèmes cardiaques, la douleur chronique et l'hypertension artérielle</li> <li>• Quelques mythes sur les préventions de la maladie</li> <li>• Mesures de prévention les plus nommées: se laver ses mains et tousser dans son coude</li> <li>• Toutes les personnes de ce groupe considèrent la vaccination comme étant importante</li> <li>• Faible taux de tabagisme. La plupart ont cessé il y a plusieurs années</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une seule personne a répondu se faire vacciner. Moins de personnes croient en l'importance de se faire vacciner contre la grippe.</li> <li>• Les maladies chroniques qui reviennent sont le diabète, l'arthrite, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie.</li> <li>• Mesure de prévention la plus nommée: est de se laver les mains</li> <li>• Faible taux de tabagisme. La plupart ont cessé il y a plusieurs années</li> </ul>

En résumé, il existe des similitudes et des différences entre les deux groupes à l'étude. Dans le groupe de personnes âgées vivant en résidence, les comportements et habitudes alimentaires sont relativement homogènes, ce qui est probablement relié au fait que la résidence offre les repas principaux. Notons aussi que la plupart des personnes âgées ont accès aux mêmes services; qu'une bonne proportion de personnes âgées habitent depuis plusieurs années à la résidence (les autres provenant pour la



plupart de la région); que les ressources monétaires semblent être suffisantes pour tous et que le réseau social se constitue principalement des autres résidents avec qui ils cohabitent. Dans l'échantillon de personnes âgées vivant en communauté, on remarque plus d'hétérogénéité au niveau des comportements et des habitudes alimentaires. Ce ne sont pas tous les sujets qui cuisinent ou encore qui consomment trois repas par jour. Ceux-ci vont plus souvent au restaurant et partagent moins souvent leurs repas que les personnes âgées vivant en résidence pour personnes âgées.

L'axe 1 est l'axe dans lequel il y a le plus de déterminants des comportements alimentaires. Ceux-ci sont individuels et uniques sur plusieurs caractéristiques personnelles. Cet axe représente le reflet des influences que la personne subit au travers des environnements qui l'entourent tel qu'expliqué dans le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Pour le groupe de personnes âgées vivant en résidence, la plupart ont les mêmes environnements. Les déterminants des comportements alimentaires sont donc moins différents que ceux vivant en communauté. À l'inverse, il existe plus de variabilité dans le groupe de personnes âgées vivant en communauté. Par exemple, ceux-ci ne mangent pas nécessairement trois repas par jour, ne partagent pas toujours un repas avec autrui et ils n'ont pas toujours des références crédibles pour leurs sources d'information en lien avec la nutrition. Leur rythme prandial n'est pas optimal. Notons que les personnes âgées partageant plus souvent des repas avec autrui semblent manger plus et suivre un rythme prandial plus adéquat (collations, verre de vin pour les occasions, restaurant, etc.). D'autre part, malgré que les comportements alimentaires ne soient pas les mêmes, les deux groupes semblent accorder beaucoup d'importance à leur image corporelle (poids). Or, certains refusent d'exprimer leur jugement aux autres.

Malgré le peu de sujets masculins dans nos groupes, il apparaît évident qu'il y a une différence de culture culinaire entre les hommes des deux groupes: comparativement aux hommes qui se débrouillent en cuisine dans le groupe des personnes âgées vivant en résidence, aucun des hommes du groupe de personnes âgées vivant en communauté ne cuisine. Il faut dire qu'aucun d'eux ne vit seul.

Au travers des changements vécus par le vieillissement, l'axe 5 semble être un autre axe qui ressort le plus comme étant un déterminant important des comportements alimentaires des personnes âgées de nos deux groupes de sujets. La plupart des liens entre l'axe 5 et les déterminants des comportements alimentaires des personnes âgées s'entrecroisent aussi avec l'axe 1. L'axe 5 concerne principalement les relations qu'ont les personnes âgées avec autrui, ce qui peut entretenir la commensalité et diminuer les effets de la solitude qui, tel que mentionné plus haut, peut diminuer les apports alimentaires.

L'axe 4 semble aussi prendre une grande place dans les déterminants des comportements alimentaires des personnes âgées puisque l'accès aux services donne aussi accès à l'information et aux professionnels de la santé. Ainsi, les personnes âgées ont accès à des informations valides et en lien avec leur santé pour faire des choix alimentaires peut-être plus adaptés. On observe une différence chez les personnes âgées des deux groupes: les personnes âgées vivant en résidence pour personnes âgées semblent avoir plus confiance aux médecins et à appliquer les recommandations. Les personnes âgées vivant en communauté semblent avoir moins de facilité à avoir accès aux services de santé et se fient sur plus de sources d'information ne provenant pas nécessairement d'un professionnel de la santé. La crédibilité de ces sources est à questionner: la variabilité des références utilisées dans le groupe de personnes âgées vivant en communauté ne semble pas toujours être associée à une source de qualité. Cela peut semer de la confusion et entretenir la croyance en certains mythes alimentaires.

L'objectif 5 qui porte sur les axes 6-9 révèle l'effet de sources moins crédibles pour les personnes âgées vivant en communauté. Par exemple, la plupart des personnes âgées vivant en résidence pour personnes âgées se fient à leur médecin et participent aux campagnes de vaccination. À l'inverse, peu de sujets provenant du groupe de personnes âgées vivant en communauté croient aux bénéfices des campagnes de vaccination. En ce qui a trait aux mesures de prévention des maladies, les deux groupes considèrent que se laver les mains fréquemment est une méthode efficace. Notons que quelques

personnes plus âgées dans le groupe vivant à la résidence Le Grand Manoir ont de vieilles croyances sur les précautions à prendre lesquelles remontent à leur enfance.

Pour ce qui est de l'axe 2, celui-ci semble moins déterminant possiblement parce que les deux groupes de personnes âgées ne semblent pas avoir de problème d'accessibilité aux commerces et au quartier, ce qui ne limite pas leurs déplacements. Notons que malgré que les personnes âgées vivant en résidence pour personnes âgées aient accès à trois repas par jour, ceux-ci sortent aussi faire des achats alimentaires pour garnir leur garde-manger en collations.

Enfin, les points les plus saillants de l'analyse des données sont par rapport à leur autonomie de déplacement, l'importance du réseau social, la variété des aliments consommés et la préoccupation de l'image corporelle. Le fait que la plupart des personnes âgées conduisent encore leur voiture malgré leur âge leur permet de conserver leur autonomie et leur indépendance. Cela peut aussi aider les conducteurs âgés à rester plus actifs en se déplaçant pour faire des activités ou voir des amis. Le réseau social semble avoir une importance par rapport aux quantités d'aliments et au type d'aliments ingérés. Partager un repas favorise les apports alimentaires et l'intérêt pour la cuisine. D'ailleurs, une des plus grandes différences dans les apports alimentaires entre les deux groupes est probablement reliée au fait que la résidence contrôle les choix alimentaires trois fois par jour. Ainsi, les personnes âgées vivant en résidence pour personnes âgées ont un rythme prandial et une consommation alimentaire plus variée que les sujets du groupe vivant en communauté. De plus, à notre surprise, plusieurs personnes âgées diminuent la viande rouge et tentent d'augmenter leurs apports en protéines végétales. Enfin, l'importance que les personnes âgées accordent à leur apparence, principalement à leur poids et par le fait même à l'opinion d'autrui en lien avec le poids est très intéressant. Toutefois, aucun d'eux n'ose exprimer son jugement à la personne visée. Ces résultats seront discutés dans la prochaine section.

## 5. DISCUSSION

La présente recherche visait comme objectif principal d'explorer les perceptions de l'importance de facteurs liés au vieillissement sur les comportements alimentaires telles que rapportées par des personnes âgées autonomes d'une région rurale habitant dans la communauté ou au sein d'une résidence pour personnes âgées autonomes. Leurs perceptions sont ici discutées en insistant sur l'importance des aptitudes individuelles, des milieux de vie dans lesquels elles évoluent, des intervenants des services de santé et des services sociaux et sur l'engagement des personnes âgées dans les activités des organismes.

### 5.1 Profil des répondants

#### *5.1.1 Profil sociodémographique des répondants*

En 2016, selon le rapport sur les résidences pour personnes âgées du Québec produit par la Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL) [56], la moyenne d'âge des personnes âgées vivant dans une résidence pour personnes âgées est de 83 ans dans Lanaudière et pour la province du Québec.

Les personnes âgées de notre échantillon de sujets sont en moyenne plus jeunes que la moyenne de Lanaudière et du Québec en situant dans la tranche d'âge entre 75 et 79 ans. Notons que notre échantillon habitant en résidence pour personnes âgées se divise principalement en deux catégories: ceux de 65- 69 ans qui viennent d'arriver en résidence et ceux de 85-89 ans qui y résident depuis longtemps ou ont dû aménager suite à une diminution de l'autonomie.

En comparaison, les personnes âgées vivant en communauté ont un âge moyen se situant dans la tranche 70-74 ans. Elles sont plus jeunes que la plupart des personnes âgées vivant en résidence pour personnes âgées.

Aussi, sans référence à l'hébergement, notre échantillon de sujets vivant en communauté se situe aussi dans une catégorie plus jeune que la moyenne des personnes âgées au Québec, alors que notre échantillon de sujets vivant en résidence pour personnes âgées se situe dans une catégorie plus âgée. Selon Statistique Canada, en 2016, 10.3% de la population du Québec se situait entre 65 et 74 ans, alors que 7.7% de la population avait 75ans et plus.

Selon les données de Statistique Canada [57], la majorité des personnes âgées vivent en couple à domicile. En effet, la cohabitation en communauté est plus fréquente avec un conjoint ou un membre de la famille. Au Québec, c'est environ 60% des personnes âgées qui vivent avec un conjoint ou un autre membre de la famille. Or, dans notre groupe de personnes âgées vivant en communauté, c'est seulement la moitié des sujets qui vivent en cohabitation avec leur conjoint.

En 2011, Statistique Canada relevait qu'environ le quart des femmes âgées vivaient seules, ce qui était moins que dans les autres années. Dans notre échantillon, le tiers des femmes âgées vivant en communauté vivent seules. Cette proportion est la même pour le groupe de femmes âgées vivant en résidence, mais ces dernières se considèrent tout de même bien entourées. D'ailleurs, la majorité des personnes vivant en résidence pour personnes âgées vivent seules dans leur studio, ce qui est comparable aux données recueillies en 2011 pour l'ensemble du Canada [57].

En bref, les caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées répondantes semblent influencer leurs comportements alimentaires. Ces déterminants des comportements alimentaires seront discutés dans les prochaines sections.

### *5.1.2 Profil de santé des répondants*

Étant donné qu'un des critères d'admissibilité à l'étude était d'avoir une certaine autonomie, la plupart des répondants semble avoir une assez bonne santé pour s'occuper de leurs apports alimentaires. Les maladies les plus fréquentes sont des maladies chroniques ou de la douleur chronique. Certaines personnes âgées semblent minimiser les effets ou conséquences de leur condition médicale. Lors des entrevues, certains se comparaient à d'autres personnes âgées plus hypothéquées en terme de santé et se rassuraient de «bien aller» ainsi. Ce type de réponse ressemble d'ailleurs aux taux de satisfaction de la perception positive de la santé chez les personnes âgées de 65 ans et plus dans une étude faite par l'INSPQ. En effet, au Québec, en 2014-2015, 81% des personnes âgées de 65 ans et plus estimaient avoir une perception positive de leur santé comparativement à 88% chez les personnes âgées de 45 à 65 ans [59].

Mondialement, les maladies les plus communes chez les personnes âgées sont les maladies chroniques soit le diabète, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'arthrose, en plus du déficit auditif, de problèmes oculaires, de dépression et de démence [26]. Or, mis à part l'effet du vieillissement physique du corps, l'incidence de plusieurs maladies chroniques peut être réduite par de saines habitudes de vie, qu'elles soient alimentaires ou physiques. Notons que le vieillissement amène une certaine vulnérabilité et une fragilité chez les personnes âgées. Leur capacité à réagir aux stress est différente. Tel que proposé par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), la promotion et la prévention des saines habitudes de vie, notamment par les services de première ligne, gagneraient à être promues davantage dans la société. Une société vivant une croissance économique à long terme est influencée par la santé des populations [60].

Selon nos résultats, la prévention des maladies semble plus importante chez les personnes âgées vivant en résidence pour aînés. Notons que celles-ci sont en contact avec quelques professionnels de la santé et un médecin, des personnes qui font la promotion des campagnes comme celle de la vaccination et qui peuvent aussi prodiguer les vaccins. Ceci pourrait expliquer la popularité du vaccin chez les personnes âgées vivant en résidence. Les services tels que les commerces, les pharmacies, le bureau de poste, les cliniques médicales (etc.)

semblent ainsi plus accessibles pour ce groupe comparativement aux personnes âgées vivant en communauté. Cela peut aussi améliorer la fréquentation de ces services. Chez les personnes âgées vivant en communauté, leur meilleur moyen de prévention se résume au lavage des mains. La campagne de lavage des mains est une campagne relativement connue et visible via les affiches notamment sur les murs des toilettes afin d'informer les Québécois de la méthode optimale (voir Annexe 6).

Les personnes âgées rencontrées semblent maintenant sensibilisées aux conséquences du tabagisme. Plusieurs fumaient dans leurs jeunes années, mais la plupart ont cessé de fumer depuis quelques décennies autour des années 80 (il y a une trentaine d'années). Or, selon la Société canadienne du cancer, les premières études rapportant que le tabagisme pouvait être responsable de certaines maladies remontant à 1950. Dans les années 70, les municipalités ont commencé à règlementer l'usage du tabac. Ce n'est qu'en 1989 que des mises en garde sur les paquets de cigarettes firent leur apparition [61]. Il n'a pas été demandé aux personnes interrogées d'expliquer leur arrêt du tabagisme, mais il pourrait être possible que ces recommandations aient un lien puisque la cessation du tabac de la plupart coïncide avec les campagnes publicitaires et les lois des dernières années.

L'obésité ne semble pas considérée comme étant une maladie par les sujets interrogés. Ceux-ci semblent toutefois comprendre qu'il y a un lien entre leur condition physique et leur santé puisque certains d'entre eux désirent maintenir leur poids ou perdre un surplus de poids afin d'améliorer leur santé. En effet, tel que rapporté dans la thèse de Bouchard [137], l'obésité est associée à des comorbidités telles que le diabète de type 2 et l'hypertension et peut avoir des conséquences sur la condition physique. Une diminution de la capacité physique limite par la suite l'autonomie et la mobilité de la personne. L'étiologie de l'obésité est associée à plusieurs facteurs, dont l'inactivité physique, la maladie et les apports alimentaires supérieurs aux besoins. Le phénomène inverse, soit le phénomène d'anorexie du vieillissement qui implique une diminution involontaire des apports alimentaires [109], n'a pas été remarqué de façon évidente chez aucun des sujets interrogés dans nos deux groupes de personnes âgées. Toutefois, la maladie accompagnée d'une perte de poids et d'appétit chez quelques sujets suggère qu'il pourrait y avoir ou y avoir eu présence de ce phénomène.

## 5.2 Importance des aptitudes individuelles

### 5.2.1 *Autonomie et condition physique*

Les aptitudes individuelles peuvent influencer tout le processus de l'alimentation soit de l'approvisionnement alimentaire jusqu'aux apports, en passant par la préparation des aliments. Les environnements peuvent aussi influencer cette chaîne. Selon l'étude québécoise de Vesnaver et coll. [29] qui a étudié 30 personnes âgées entre 73 ans et 87 ans provenant de la banque de données NuAge, la capacité d'adaptation au niveau alimentaire dépend de la résilience qu'ont les personnes âgées à s'adapter. Les trois principaux défis liés à l'alimentation sont le désintérêt pour les aliments, l'approvisionnement alimentaire et la préparation des repas. Selon leur étude, le désintérêt pour les aliments est l'obstacle le plus important, surtout chez les personnes âgées vivant seules. Il est essentiel d'avoir une motivation pour bien s'alimenter si l'on désire atteindre la résilience de s'adapter. Selon cette même étude, les deux motivations les plus importantes expliquant l'intérêt pour l'alimentation sont de manger pour la santé et pour le plaisir. Enfin, pour ce qui est de la préparation, il est nécessaire d'avoir les connaissances, des aptitudes culinaires, une condition physique adéquate, des ressources monétaires et un transport afin de s'approvisionner en aliments nécessaires à la préparation. Ces caractéristiques sont observées chez la plupart des femmes âgées interrogées. Toutefois, on remarque que les hommes ont besoin d'une autre personne pour assurer une préparation adéquate. On ne peut pas affirmer que les hommes seuls ont plus de difficultés puisque les sujets masculins ayant vécu seuls avant d'habiter dans la résidence se débrouillaient, selon eux. Pour le groupe de sujets vivant en communauté, aucun des hommes interrogés ne vivait seul. La fatigue limite aussi certaines personnes âgées à préparer les repas comme avant. Il est important de considérer que l'entrevue ne fait que prendre une photo actuelle de l'alimentation des personnes âgées, mais pour le moment, malgré quelques limitations, tous les sujets interrogés semblent avoir encore de belles motivations à s'alimenter et une certaine résilience alimentaire pour s'adapter aux changements malgré certaines conditions de santé légères.



Par ailleurs, l'endurance et la force sont des caractéristiques physiques auxquelles les personnes âgées de notre échantillon accordent le plus d'attention. Les sujets de l'étude identifient pour la plupart prendre certaines précautions afin de limiter les possibles blessures. Les répondants semblent observer par eux-mêmes que leurs capacités physiques diminuent avec l'âge ou encore à cause d'un événement. L'INSPQ rapporte qu'environ 57% des personnes âgées de 65 ans et plus ont une incapacité présente, mais rarement grave. D'ailleurs, près de 40% des personnes âgées de 50 à 64 ans en 2010-2011 ressentaient déjà une diminution dans leur santé physique [59].

Si on compare avec l'étude française *Soutien à domicile et ergothérapie* (SADEER) [62], les personnes âgées de nos deux groupes semblent mieux informées par rapport aux risques de chutes et/ou blessures que les sujets français. Dans cette étude, 160 visites ont été faites à domicile, 139 appels à deux mois et 126 contacts à six mois. L'âge moyen de ces sujets était 82,6 ans, dont 82% avaient plus de 80 ans. On rapporte que plus des trois quarts des sujets considèrent avoir un domicile adapté à leurs besoins alors qu'environ 90% des domiciles visités par les intervenants recevaient des recommandations afin de limiter la présence de risques pour la personne résidente et selon sa condition. Or, les personnes âgées interrogées dans notre étude semblent plutôt comprendre les risques et déclarent elles-mêmes prendre des précautions. Toutes les personnes âgées de la résidence pour personnes âgées *Le Grand Manoir* ont accès à la plupart des adaptations de logement nécessaires à leur condition. Pour les personnes âgées vivant en communauté, il ne nous a pas été possible de vérifier l'état des domiciles, mais quelques personnes vivent avec leurs enfants et limitent leurs activités selon leurs capacités physiques.

Alors que les résultats du programme SADEER démontrent qu'il y a un grand défi à relever pour sensibiliser les personnes âgées aux risques domiciliaires (e.g. chute dans l'escalier ou dans le bain), les entrevues complétées avec les sujets de nos deux groupes à l'étude démontrent qu'une certaine considération des risques est présente. Il se pourrait que de la prévention et de la sensibilisation faites par les professionnels de la santé en réadaptation aient porté fruit auprès des personnes âgées de Lanaudière. Les personnes âgées interrogées semblent tout de même en bonne ou meilleure forme physique que l'échantillon de sujet utilisé

dans l'étude SADEER: les personnes âgées interrogées déclaraient avoir de la difficulté dans les activités de la vie quotidienne telle qu'utiliser les escaliers, sortir de chez soi, se laver, faire le ménage, s'habiller, se lever, s'asseoir et faire les courses.

L'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et de la vie domestique peut aussi influencer la capacité à faire son épicerie. Tel que rapporté par Johnson et coll. [111], il y aurait un lien entre la difficulté de faire ses courses, l'équilibre de la personne (forme physique) ainsi que sa confiance en elle (à ne pas chuter, par exemple). Ainsi, certaines personnes se privent de sortir par peur de chuter, mais diminuent par le fait même leurs capacités fonctionnelles à se déplacer. C'est un cercle vicieux. Cela ne semble toutefois pas le cas des sujets interrogés dans nos deux groupes. En effet, les sujets prennent le temps de sortir magasiner leurs achats alimentaires dans les deux groupes. Magasiner semble être une activité appréciée, peu importe le groupe de sujets interrogés.

### *5.2.2 Acte de cuisiner, activité et vieillissement*

Chez les personnes âgées vivant en communauté, on remarque que la retraite leur permet de prendre plus de temps pour cuisiner. Notons toutefois qu'aucun des hommes interrogés dans le groupe ne cuisine fréquemment. C'est en réalité la femme qui semble conserver son rôle de cuisinière dans le couple. Pour les hommes, ce sont les connaissances qui limitent l'acte de cuisiner. Selon Cardon [139], cela pourrait être relié au fait que les tâches entourant l'acte de cuisine sont souvent sexuées, surtout chez les personnes âgées de 60 ans et plus: la femme aura souvent le rôle de préparer les repas. L'homme serait plus le pourvoyeur, soit celui qui fait les courses. Ainsi, les hommes qui vivent dans ce genre de ménage s'occupent peu de la préparation des repas, ce qui peut devenir problématique pour eux lorsque la conjointe devient malade physiquement ou psychologiquement ou décède.

En ce qui concerne les personnes âgées vivant en résidence pour personnes âgées, peu importe si leur intérêt pour la cuisine était important ou faible avant leur arrivée à la résidence, ceux-ci ne semblent plus avoir de préoccupations quotidiennes par rapport à la cuisine. L'acte de cuisiner est plutôt réservé aux occasions avec amis et famille ou encore pour se garder une

réserve d'aliments prêts à manger au besoin. Aucun sujet de ce groupe n'exprime s'ennuyer de cuisiner au quotidien. Il reste tout de même très présent lorsqu'il est question de cuisiner pour des proches. Les obstacles rencontrés avec l'acte de cuisiner semblent avoir un moindre impact sur leurs apports alimentaires comparativement aux personnes âgées vivant en communauté puisque la résidence s'occupe des repas. Seules les collations et les grignotines sont à se procurer par soi-même. Les personnes âgées en résidence pour personnes âgées cuisinent seulement si nécessaire ou pour le plaisir d'avoir le choix ou encore pour le plaisir de recevoir. Elles n'ont plus le devoir de faire la cuisine au quotidien, ce qui pouvait représenter une corvée dans le passé. Selon la catégorisation des motivations de Boussoco, elles se rapprochent de la cuisine familiale ou conviviale. L'étude de Boussoco [138] fut complétée auprès de 420 personnes ayant en moyenne 42 ans. Les catégories de mots représentant le plus «faire la cuisine» sont ressorties comme étant plaisir, partage, convivialité, goût, temps et manger. De ceci ressortent quatre profils alimentaires: la cuisine familiale, la cuisine diététique, la cuisine corvée et la cuisine conviviale.

Les sujets de notre étude ont identifié peu d'obstacles et peu de stratégies adaptatives pour cuisiner. Notons que l'entrevue ne portait pas principalement sur le sujet des motivations pour cuisiner. L'intérêt pour bien s'alimenter semble présent chez plusieurs de ces mêmes personnes âgées. La perception de cuisiner est aussi différente d'une personne à l'autre. Pour certains, c'est un devoir que de cuisiner. Pour d'autres c'est un plaisir de prendre le temps de le faire. Certaines compétences sont aussi requises notamment dans l'utilisation des équipements culinaires.

Hartmann et coll. [66], ont étudié la signification de l'acte de cuisiner selon une échelle de compétences culinaires ainsi que la relation entre les compétences culinaires et une alimentation variée chez la population européenne adulte. Un questionnaire a été complété entre 2010 et 2011 auprès de 4436 sujets d'origine suisse (47,2% étant des hommes) ayant un âge moyen de 55,5 ans. Le plus grand prédicteur de compétences culinaires était le plaisir de cuisiner, surtout chez les hommes. Les femmes avaient de meilleures compétences culinaires dans tous les groupes. Selon cette même étude, il y a une relation significative entre les compétences culinaires et la consommation hebdomadaire de légumes. La corrélation est

toutefois négative avec celle de la fréquence des mets préparés (e.g. restaurant). Bref, le meilleur allié pour apprécier cuisiner est le plaisir de la cuisine. Ces résultats vont dans le sens des résultats de Boussoco [138] et de Vesnaver et coll. [29], et tout comme nos résultats, font ressortir le plaisir de manger comme étant un atout pour l'acte de cuisiner, alors que le temps et le désintérêt sont des obstacles. Dans notre échantillon, très peu de personnes ont affirmé éprouver un désintérêt pour la cuisine. Quelques-uns ont toutefois mentionné ne pas ressentir le désir de cuisiner des menus élaborés lorsqu'ils sont seuls.

Notons que l'acte de cuisiner va au-delà de la cuisine. Tel que décrit par Wolfson et coll. [65], il inclut aussi la préparation du repas, l'organisation des repas, l'acquisition des aliments et la gestion des repas. Ces étapes requièrent des capacités dans les domaines économiques, sociaux, culturels et temporels.

Il existe des alternatives comme les cuisines collectives qui pourraient être utilisées par les personnes âgées qui ont des difficultés au niveau de la préparation. Elles se retrouvent toutefois en périphérie de Joliette, ce qui peut expliquer l'impopularité de la ressource auprès de nos sujets interrogés. La présence de plusieurs traiteurs pourrait toutefois profiter aux personnes âgées puisque ces commerces n'impliquent pas de préparation de leur part, mais plutôt un investissement monétaire. Quant au service de popote roulante, celui-ci est offert par l'organisme sans but lucratif Émilie Gamelin et est plutôt réservé pour le maintien à domicile des personnes âgées et donc pour les personnes âgées présentant une certaine perte d'autonomie. Les sujets interrogés ne sont pas tous éligibles aux critères d'utilisation des services.

Enfin, les personnes âgées pourraient utiliser les services de compagnies de livraison d'aliments avec des recettes prêtes à cuisiner. Le Magazine Protégez-vous a récemment rapporté l'analyse de cinq entreprises du genre: Cook it; Marché GoodFood; Missfresh; Chefs Plate; et Évoila<sup>5</sup>. Les points positifs qui ressortent de ce service sont la variété d'aliments, la simplicité de préparation, la fraîcheur, la valeur nutritive et l'anti-gaspillage. Cependant, il existe quelques points négatifs pouvant décourager certaines personnes à utiliser ce genre de service: les coûts étant la plupart du temps plus élevés que si les aliments avaient été achetés

en épicerie, le temps de préparation est long et il n'y a pas toujours assez de fibres (légumes ou produits céréaliers) pour rassasier le consommateur [64]. Ainsi, il importerait aux personnes âgées de prendre le temps de cuisiner et de dépenser un certain montant, en plus d'essayer de nouveaux aliments, voire de nouveaux repas, ce qui peut ne pas être apprécié par les personnes âgées dont plusieurs préfèrent leur routine alimentaire.

### 5.2.3 *Apport alimentaire et rythme prandial*

Les principales différences constatées entre les deux groupes de sujets interrogés ont trait à la variété et au rythme prandial. Le fait que les personnes âgées vivant en résidence aient une variété plus développée et un rythme prandial plus fixe s'explique certainement par l'offre alimentaire de la résidence *Le Grand Manoir*. Les personnes âgées vivant en communauté n'ont pas accès à ce service. Ils ne semblent pas utiliser non plus de service équivalent: les quelques personnes âgées fréquentant des traiteurs le font très occasionnellement pour des événements. Aucune personne âgée ne reçoit des services de type traiteur ou popote roulante. Les personnes âgées mangeant seules semblent avoir moins envie de consommer des aliments à la maison. Fait intéressant, elles semblent toutefois bien apprécier les restaurants. En effet, l'alimentation est aussi une activité sociale. Or, les personnes âgées vivant en résidence ont non seulement une offre alimentaire variée et régulière, mais elles la consomment aussi en compagnie des autres résidents vivant avec eux. C'est un moment de partage.

À l'inverse, on remarque un appétit peut-être moins important chez les personnes qui mangent seules dans le groupe de personnes âgées vivant en communauté. Certains vont sauter des repas, d'autres utiliser des substituts de repas. Le partage de repas semble donc avoir une importance par rapport aux apports alimentaires consommés. Notons que les personnes qui sautent des repas ne sont pas nécessairement des personnes âgées qui vivent seules à domicile. Toutefois, elles se retrouvent seules à l'heure du repas escamoté. Ces résultats ressemblent à ceux de l'étude de Kimura et coll. [67] où 856 personnes âgées de plus de 65 ans au Japon ont fait l'objet d'une enquête par questionnaire. L'objectif était d'étudier la relation entre le fait de manger seul et les influences sur la santé des personnes âgées par rapport à des critères comme la dépression, la qualité de vie, les activités de la vie quotidienne et l'état nutritionnel de la

communauté âgée. L'étude conclut que manger seul peut être un important problème en lien avec la dépression, la qualité de vie et le statut nutritionnel. Selon leurs résultats, manger seul chez ces personnes âgées était significativement associé à des symptômes dépressifs et à une moindre qualité de vie. La variété alimentaire était aussi plus faible chez les personnes âgées s'alimentant de façon solitaire, tout comme leur IMC. Toujours selon cette étude, manger seul aurait aussi une influence négative sur l'état nutritionnel de la personne âgée. Ainsi, le fait de manger en compagnie d'autres personnes reste un moyen très abordable de diminuer les risques d'humeurs dépressives.

L'étude de Brownie [141] fait aussi état de l'importance du réseau social dans les apports alimentaires de la personne âgée. Elle nomme que des finances limitées, une isolation sociale, la diminution de la mobilité ou le manque de transport, le deuil et la diminution de l'indépendance sont toutes des causes pouvant avoir comme conséquences une inappétence, des choix alimentaires inappropriés, des aversions alimentaires, une diminution de l'énergie, une difficulté à s'alimenter et une insécurité alimentaire. Ces déterminants peuvent négativement influencer l'approvisionnement, l'entreposage, la préparation et le partage des repas avec autrui. C'est donc la quantité et la qualité des apports nutritionnels qui sont altérées. Les hommes en subiraient d'ailleurs plus les impacts que les femmes lorsqu'ils mangent quotidiennement seuls.

Enfin, d'autres études telles que celle de SOLINUT par Ferry et coll. [69] font aussi ressortir que la dimension sociale a une influence considérable au niveau des déséquilibres entre les apports et les besoins énergétiques chez les personnes âgées. Tel qu'observé chez 150 personnes âgées de plus de 70 ans de la France, il semble exister un lien entre la solitude et un mauvais statut nutritionnel. Dans cet échantillon, près de 43% des sujets ne comblaient pas leurs besoins nutritionnels et 32% ne partageaient jamais leurs repas. Les aînés vivant isolés étaient plus à risque de malnutrition et de diminuer leurs déplacements. Un cercle vicieux s'installe entre la diminution de l'autonomie, la diminution des déplacements et l'isolement social.

Les personnes âgées vivant en résidence ont identifié une diminution de leurs apports alimentaires depuis leur arrivée au *Grand Manoir*. Certains répondants du groupe des personnes âgées vivant en résidence mentionnent que la diminution des portions pourrait être reliée à la diminution des activités depuis leur arrivée à la résidence. Toutefois, chez les sujets du groupe vivant en communauté, la diminution des portions est aussi abordée en lien avec le vieillissement. Dans ce groupe-ci, les personnes âgées abordent la sensation de satiété ou encore de diminution des apports reliée à la maladie.

Il existe de nombreuses causes expliquant la diminution de l'appétit chez les personnes âgées. Dans la revue de littérature d'Allepaerts et coll. [70], on divise les causes en six catégories: l'isolement social, les problèmes buccaux, les pathologies neurologiques, les pathologies chroniques, les pathologies aiguës et les autres causes. Les pathologies augmentent presque toutes la dépense énergétique de la personne touchée. Or, à l'inverse des jeunes adultes, Moriguti et coll. [25] rapportent que les personnes âgées ne sont pas capables d'adapter leurs apports alimentaires après une perte de poids.

Le simple fait de vieillir, sans pathologie, peut aussi altérer l'appétit. Tel que rapporté par Drewnowski et al [71], les modifications physiologiques en lien avec le vieillissement sont responsables d'une diminution des apports alimentaires chez les deux sexes. La personne âgée aurait avec les années perdues la capacité d'adapter ses apports alimentaires afin de maintenir un poids stable après un stress ou un débalancement entre les apports énergétiques et les besoins [72]. De même, certains mécanismes hormonaux au niveau de la fonction gastro-intestinale telle que la vidange gastrique peuvent diminuer les sensations de la faim et favoriser les sensations de satiété [73]. Ainsi, avec le vieillissement, il n'est pas nécessaire d'être atteint d'une maladie pour ressentir une diminution de l'appétit.

La perception des saveurs n'a pas été abordée dans la question des apports alimentaires. Il se pourrait que cela puisse expliquer une diminution des apports alimentaires. En effet, lors d'un vieillissement, il y a une certaine diminution des capacités gustatives et olfactives [74]. Ces sens diminuent encore plus avec l'utilisation de certains médicaments. Dans la revue de littérature de Prêcheur et coll. (2015), on mentionne plusieurs études affirmant que la

sècheresse buccale causée par la polymédication ou par certaines catégories de médicaments influence les apports alimentaires. En effet, il peut devenir plus difficile de consommer certains aliments secs, durs, amers, acides, poivrés, épicés et mentholés (etc.). Cela peut devenir une cause d'inappétence [75].

Ainsi, le seuil de détection des saveurs augmente et la perception des saveurs diminue. Cela pourrait expliquer pourquoi il devient moins attrayant de manger avec autant d'appétit qu'auparavant [76].

Les personnes âgées interrogées dans notre étude nous ont rapporté peu de commentaires par rapport à leurs médications et les effets sur leur appétit. Toutefois, quelques sujets ont parlé d'inappétence associée à une période où une maladie aiguë était présente (e.g. cancer). L'intérêt pour les aliments était à ce moment moins présent.

#### *5.2.4 Habitudes alimentaires selon les catégories alimentaires*

De façon générale, les personnes âgées rencontrées vivant en résidence semblent avoir des habitudes alimentaires plus saines que les personnes âgées vivant en communauté. Les personnes âgées vivant en communauté ont des habitudes alimentaires qui ressemblent à celles des adultes âgés de 51 ans et plus documentées dans l'enquête de l'INSPQ. Selon le coup d'œil sur l'alimentation des adultes québécois de l'INSPQ [77], les lacunes dans l'alimentation des Québécois âgés de 51 ans et plus sont: une consommation insuffisante de légumes et de fruits, de viandes et substituts et de produits céréaliers chez les 71 ans et plus ainsi qu'une consommation insuffisante de produits laitiers à partir de 51 ans.

Les comportements alimentaires routiniers des personnes rencontrées sont d'intérêt car ils pourraient avoir un impact sur la qualité des apports alimentaires. Ainsi, chez nos sujets on observe des comportements alimentaires routiniers ou une réticence à changer les habitudes alimentaires associée à la peur d'essayer de nouveaux aliments et à une préférence pour les aliments traditionnels donc pour peu de variété alimentaire. Dans une étude faite auprès de 596 personnes âgées en Pologne [78], plus de la moitié du groupe avait une attitude



indifférente par rapport aux nouveaux aliments alors que le tiers de ces personnes étaient biaisées négativement. Ces craintes semblent être reliées à un manque de connaissance et à une rigidité dans les habitudes alimentaires. Les sources d'information en matière de saine alimentation les plus populaires étaient les amis et les magazines scientifiques. La situation financière et la vie professionnelle représentaient les deux facteurs influençant le plus le degré de néophobie. Toutes ces raisons contribuent à maintenir une alimentation monotone, parfois peu variée et susceptibles de mener vers des carences nutritionnelles.

*Fruits et légumes.* Les personnes âgées vivant en résidence semblent consommer plus de fruits et légumes que les personnes âgées vivant en communauté. La principale cause semble être l'offre alimentaire que les personnes âgées reçoivent à la résidence *Le Grand Manoir*. Ils peuvent choisir ce qu'ils désirent selon l'offre alimentaire offerte et sans gaspiller à cause d'une trop grande quantité achetée ou préparée. L'offre de fruits et légumes à la résidence *Le Grand Manoir* semble avoir un impact positif sur la consommation de fruits et légumes des sujets rencontrés, d'autant plus que chaque repas en contient, en plus d'y avoir en évidence le bar à salades et des fruits en dessert. Il devient plus facile et accessible pour eux d'en consommer puisqu'ils sont visibles et déjà préparés. Pour les personnes âgées vivant en communauté, les formats d'achat en épicerie semblent avoir une certaine importance. Il est décourageant pour certaines personnes d'avoir de trop gros formats: les fruits et légumes se gaspillent. Les petits formats sont mieux adaptés aux personnes âgées vivant seules ou avec une personne. Les personnes âgées en communauté doivent tout de même faire plus d'effort pour consommer des fruits et légumes puisqu'elles doivent elles-mêmes les préparer. Acheter des fruits et légumes précoupés pourrait servir d'alternative aux collations, alors que les légumes congelés pourraient servir de solution simple pour préparer un repas principal équilibré.

La méthodologie ne permet pas d'affirmation en lien avec l'état de santé global des répondants selon leurs habitudes de consommation alimentaire. Toutefois, l'étude Anlasik et coll. [79] rapporte qu'une consommation élevée de fruits et légumes diminue la prévalence des facteurs de risques de certaines maladies liées au vieillissement. Ainsi, il serait certainement bénéfique pour les personnes âgées d'inclure quotidiennement des fruits et des légumes à leur alimentation.

Nos adultes vivant en communauté se rapprochent des Canadiens. Ainsi, moins de 50% des Canadiens âgés ne consomment pas au moins cinq portions de fruits et légumes par jour. Les facteurs sociodémographiques semblent influencer considérablement les apports en fruits et légumes chez les personnes âgées [80].

*Viandes et substituts.* Malgré l'identification de la diminution de la grosseur des portions au fil du temps, la consommation de viandes et substitut se fait à chaque repas pour les personnes âgées vivant à la résidence, ce qui n'est pas le cas des personnes âgées vivant en communauté. Ces derniers n'ont pas toujours un aliment de ce groupe alimentaire dans leur assiette. La principale raison doit encore une fois résider dans l'offre alimentaire que la résidence fournit à ses résidents.

Pour ce qui de la consommation de viande rouge, certains sujets la critiquent et tentent de diminuer leur consommation. La plupart de ces personnes expliquent qu'ils ont entendu qu'il n'était pas bon pour leur santé de manger trop de viande rouge. Nous n'avons toutefois pas la provenance de cette information et nombreuses peuvent être les sources: les médias, les professionnels de la santé, les proches, etc. Le poisson est accepté par plusieurs personnes interrogées comme alternative à la viande rouge.

Malgré le fait que les personnes âgées vivant en communauté semblent consommer moins de viandes et substituts, il y a certaines personnes qui consomment une variété intéressante en protéines animales et végétales incluant le tofu et les légumineuses. Les personnes âgées de notre échantillon qui consomment des protéines végétales sont principalement dans la tranche d'âge de 65-69 ans et ces personnes sont des femmes. Elles semblent plus ouvertes à la nouveauté comparativement aux personnes plus âgées qui préfèrent leur routine. Pour ce qui est du végétarisme, aucun sujet n'a affirmé suivre ce régime, mais quelques personnes tentent d'ajouter plus de protéines végétales dans leur alimentation (e.g. tofu, légumineuses, etc.). D'autres diminuent tout simplement leur quantité de protéines animales consommées. Les protéines sont essentielles afin de maintenir le capital musculaire de la personne. Les protéines ont d'autres rôles importants dans le corps humain comme la synthèse de tissus, d'enzymes, d'anticorps et d'hormones. Le vieillissement augmente les besoins en protéines, tout comme le

stress (e.g. maladie chronique et aiguë) [81]. Or, certains nutriments sont à surveiller lorsque la consommation d'aliments provenant de source animale diminue (dont la vitamine B12 et le Fer). Selon le mémoire de Brousseau [82], 10 à 30% des personnes âgées n'absorbent pas de façon optimale la vitamine B12. En effet, des changements physiologiques liés au vieillissement ou causés par d'autres facteurs (e.g. médicaments) peuvent diminuer le niveau d'acide chlorique au niveau gastrique. Ceci influence directement l'absorption de certains nutriments en la diminuant. Parmi ces nutriments se trouvent la vitamine B12 et le fer. Chez la personne âgée, une carence en vitamine B12 et en fer est associée à de l'anémie. Une carence en vitamine B12 peut également être associée à un déficit cognitif [148].

*Produits laitiers.* Les deux groupes de sujets ne semblent pas percevoir les mêmes bienfaits dans les produits laitiers. Les personnes âgées vivant en résidence semblent y associer des bienfaits pour leur santé. Les produits laitiers assurent un certain apport en vitamine D et en calcium pour les personnes âgées, ce qui est essentiel pour le maintien de la santé osseuse.

Au sein des personnes rencontrées, le gras dans les produits laitiers semble être perçu négativement. Des personnes limitent alors leurs apports en fromage. En 2009, l'INSPQ rapportait dans un compte rendu des habitudes alimentaires des Québécois que les personnes âgées diminuaient leur consommation de gras, ce qui peut expliquer le fait que les personnes interrogées limitent leurs apports en produits laitiers riches en lipides [77].

On remarque aussi que plusieurs consomment des boissons végétales sans pour autant être intolérants au lactose. La plupart des boissons végétales à l'exception de la boisson de soya sont moins riches en protéines et en énergie que le lait de vache 2% et 3,25%. Toutefois, plusieurs sont enrichies en vitamine D et en calcium. Les personnes âgées devraient donc choisir des boissons végétales de soya enrichies afin de s'assurer de combler leurs besoins en protéines. Ces produits semblent d'ailleurs en effervescence au niveau des ventes: au Québec, entre 2015 et 2016, les ventes de boissons de riz, de soya ou autres alternatives ont augmenté de 9.1%. En comparaison, les ventes de lait de vache ont diminué de 0.4% pour la même période [144].

Hormis l'intérêt pour les boissons végétales, il existe aussi une certaine prévalence de l'intolérance au lactose chez les sujets rencontrés. Au Canada, on estime cette prévalence entre 6 et 15% [84] et pour les Caucasiens, environ 21% [85] de la population (pas nécessairement âgée) souffriraient d'une intolérance au lactose. L'intolérance au lactose peut expliquer la diminution de la consommation de produits laitiers des personnes âgées questionnées. Celles-ci pourraient toutefois consommer des produits laitiers exempts de lactose ou encore prendre des comprimés de lactase.

*Produits céréaliers.* La consommation de produits céréaliers est mitigée. Peu de personnes âgées mentionnent les points positifs d'intégrer les produits céréaliers dans une alimentation équilibrée: les fibres, les vitamines et minéraux et l'énergie. Les fibres aident à maintenir une certaine santé digestive en plus d'apaiser l'appétit du moment. Elles font partie intégrante d'une saine alimentation.

Or, les féculents ont souvent mauvaise presse à cause de mythes alimentaires qui les accusent d'être riches en glucides simples ou raffinés, d'être transformés et d'être caloriques, donc en lien avec un gain de poids [87]. Des choix moins transformés et plus riches en grains entiers font que les produits céréaliers peuvent être des aliments nutritifs. Ce ne sont toutefois pas tous nos répondants qui semblent être les consommateurs de pain brun à grains entiers.

*Autres aliments.* Il semble y avoir un plaisir coupable dans les aliments qualifiés de desserts lorsqu'on réfère aux aliments de cette catégorie « autre ». Ces desserts sont réservés aux occasions spéciales comme les fêtes. Les personnes âgées en parlent comme s'ils recherchaient une émotion lors de la consommation de ces aliments.

L'alimentation aurait ainsi une autre dimension que de combler un besoin physiologique. Les personnes âgées rencontrées ne semblent pas ressentir le besoin de manger des aliments sucrés au quotidien. Ils préfèrent les partager pour des occasions spéciales avec des gens qu'ils aiment.

Cette dimension de plaisir pourrait bien s'expliquer par deux perspectives du plaisir : le plaisir épicurien et le plaisir viscéral [88]. Le plaisir épicurien est associé à l'appréciation du sens de la valeur symbolique de la nourriture. Ce plaisir pourrait expliquer l'émotion vécue lorsque les personnes âgées consomment des aliments sucrés occasionnellement avec leurs proches. À l'inverse, le plaisir viscéral représente le besoin immédiat de satisfaire un goût selon une émotion: joie, tristesse, etc. C'est une pulsion momentanée. Cela peut expliquer pourquoi le grignotage fut rapporté négativement dans nos entretiens. La plupart des personnes âgées tentent de limiter leur consommation d'aliments qu'ils jugent non nécessaires à leurs besoins (le grignotage par gourmandise et non par appétit). Ils expriment avoir besoin d'avoir un certain contrôle afin d'éviter des comportements compulsifs.

Pour ce qui est des collations, quelques personnes vivant en cohabitation déclarent tout de même consommer des collations seules. Les personnes âgées vivant en résidence doivent acheter elles-mêmes ce qu'elles désirent consommer en collation. Chez certaines personnes, le terme grignotage est alors utilisé pour désigner des aliments pris hors des repas. Or, ce terme semble avoir une connotation négative lorsqu'ils l'utilisent. Cela donne l'impression que ces répondants croient que les aliments hors repas ne sont pas nécessaires à leur santé ou encore ils s'en privent afin d'éviter des excès. Conceição et coll. [89] a étudié la prévalence du grignotage chez 118 femmes portugaises âgées de 65 à 94 ans. Environ une personne sur cinq grignotait entre les repas. Le grignotage était associé à une augmentation de l'IMC et pour certaines à des épisodes d'hyperphagie boulimique. La prévalence de troubles de comportements alimentaires chez la femme âgée était semblable à celle observée chez les jeunes femmes.

À l'inverse, prendre une collation à un âge avancé est perçu comme étant bénéfique dans l'étude de Zizza et coll. [132]. Leur analyse de rappels de 24h de 2002 adultes de 65 ans et plus démontre qu'une très grande proportion de leurs sujets grignotait entre les repas au quotidien. Les collations qui étaient consommées en moyenne 2.5 fois par jour comblaient le quart des apports énergétiques totaux dans une journée. L'étude constate que l'apport énergétique des repas n'était pas différent entre une personne qui prend des collations et une autre qui n'en consomme pas. Plutôt que de démontrer des cas d'obésité, les personnes âgées

qui prennent des collations semblent simplement mieux combler leurs besoins énergétiques. Les collations seraient donc importantes pour maintenir l'état nutritionnel des personnes âgées.

*Boissons.* Selon Emiliussen et coll. [90] ayant étudié les comportements de douze individus danois (dont sept hommes), la prévalence de personnes âgées ayant une problématique avec l'alcool est en augmentation après l'âge de 60 ans. Ils associent ce trouble comme étant une stratégie d'adaptation au vieillissement. La quête d'identité après la retraite, sans activité pour s'occuper, semble être en lien avec la problématique tout comme les interactions sociales limitées. L'alcool semble utilisé pour la résolution de problèmes physiques et psychologiques.

Dans nos résultats, la prise d'alcool n'est pas commune dans les deux groupes de sujets interrogés. Toutefois, certaines personnes âgées en consomment sur une base régulière. Cette consommation semble aussi associée avec leur moment de grignotage. L'alcool consommé n'est pas la bière. On remarque qu'il y a plus de consommateurs d'alcool dans le groupe de personnes âgées vivant en communauté. Mis à part une personne qui consomme un verre de vin par soir, seule, les quelques consommateurs hebdomadaires interrogés se réservent l'alcool pour le partager avec autrui. C'est soit une activité sociale, soit un moment pour relaxer. Enfin, ceux qui en consomment peu réservent la prise d'alcool pour les occasions spéciales.

*Suppléments.* Les personnes âgées semblent conscientisées aux bienfaits de certains suppléments de vitamines et minéraux sur leur santé. La moitié des personnes âgées vivant en résidence consomme un supplément quelconque incluant pour tous le Calcium. Cependant, les sujets interrogés ne semblent pas prendre de multivitamine pour prévenir une carence. C'est plutôt suite à une discussion avec un professionnel de la santé qu'ils ont commencé à en prendre.

Si l'on compare avec la moyenne québécoise de 2004, les femmes du Québec étaient plus nombreuses que les hommes à consommer des suppléments de vitamines et minéraux. La proportion de femmes consommant des suppléments diminuait toutefois entre les groupes de 51 à 70 ans et 70 ans et plus [91]. À l'inverse, chez les hommes, le pourcentage augmentait de 1% dans le groupe des 70 ans et plus. Selon les statistiques, c'est la période de la vie où les

hommes consomment le plus de multivitamines. Nous n'avons pas assez de sujets masculins pour comparer les résultats entre les âges et les sexes. Nous pouvons toutefois remarquer que les femmes plus âgées semblent consommer autant de suppléments que les femmes les plus jeunes dans notre échantillon (soit celles entre 65 et 69 ans). La différence est peut-être moins marquée qu'en 2004 parce que nos groupes de sujets étaient de 65 ans et plus.

Chez les personnes âgées vivant en communauté, il y a moins de sujets qui consomment de multivitamines. Une personne aborde les probiotiques en remplacement de ses vitamines. Les probiotiques sont des micro-organismes qui peuvent avoir un effet bénéfique sur la santé de notre microbiote intestinal. Ce dernier exerce un rôle dans plusieurs fonctions métaboliques du corps, dans la dégradation de déchets et dans la transformation des molécules. Il aurait un rôle de protection ou de défense au niveau des cellules intestinales [92]. L'effet et/ou l'efficacité des probiotiques sont différents d'une personne à l'autre et d'une source de probiotiques à une autre. Ils peuvent avoir des effets bénéfiques contre l'inflammation, les allergies ou encore les infections [93].

On remarque aussi qu'une personne de chaque groupe parle de produits de santé naturels (PSN). La popularité des PSN n'est pas ressortie dans notre échantillon de sujets, mais elle semble plus importante dans la population du Canada. Selon un rapport du Gouvernement du Québec, en 2005, les personnes âgées étaient les plus grands consommateurs de PSN pour des raisons de santé [94]. En Ontario, les personnes âgées plus jeunes, soit celles d'environ 71 ans, ainsi que celles ayant de meilleurs revenus, sont les personnes âgées qui utilisent le plus de PSN pour traiter une condition de santé [95]. Selon une étude menée à l'Université de Toronto [96], sur 181 personnes âgées interrogées de 65 ans et plus, environ trois personnes sur quatre consommaient un PSN. La popularité des PSN est présente depuis plusieurs années chez les personnes âgées, et ce malgré le fait que ces dernières prennent souvent des médicaments multiples pas nécessairement compatibles avec ces PSN tels les herbes médicinales et les suppléments de vitamines et minéraux.

*Substitut de repas.* Peu de personnes âgées consomment de substituts de repas. Les quelques personnes en ayant déjà consommés associent le produit à un complément de repas s'ils n'ont

pas d'appétit ou encore s'ils n'ont pas le temps de s'asseoir et prendre un repas complet. Pour les autres personnes, le produit semble être associé à la maladie. Ceux qui commentent leur non-consommation disent ne pas en avoir besoin. Au-delà du substitut de repas en liquide, il existe d'autres produits qui pourraient être utilisés en collation. Par exemple, des barres et des poudings. Il peut aussi être utilisé pour stabiliser le poids, soit pour éviter d'en perdre trop (lorsque l'appétit est peu présent) ou d'en gagner trop (lorsqu'il comble une faim qui remplace le grignotage).

#### *5.2.5 Perception de la contribution de l'alimentation à la santé*

Plusieurs personnes ne voient pas de changement et/ou de lien entre leur alimentation et la santé, alors que d'autres remarquent choisir la qualité et contrôler les quantités d'aliments pour en retirer des bénéfices.

Tel que rapporté dans les résultats, les personnes âgées n'ont pas tendance à discuter ou suggérer des conseils en lien avec l'alimentation et comparent peu leurs connaissances en lien avec la nutrition. Certaines personnes précisent ne pas avoir beaucoup de connaissances alors que d'autres considèrent qu'ils ont un bon bagage dans le domaine relié à leur intérêt pour le sujet.

Dans cette étude, le niveau d'éducation n'était pas demandé. Seule une compréhension de texte était nécessaire. Certaines personnes expriment qu'elles sont moins éduquées alors que d'autres mentionnent l'être un peu plus que d'autres. Malgré tout, la majorité des personnes âgées situent leur perception de leurs connaissances en nutrition à ce qu'ils considèrent comme étant dans la moyenne. Les personnes âgées qui ont avoué considérer leurs connaissances supérieures aux personnes de leur âge l'expliquent par un meilleur intérêt, tout simplement. Il se peut aussi que sachant que l'étudiante avait des études universitaires en nutrition, certaines personnes âgées aient pu se sentir moins qualifiées, alors qu'autrement, elles auraient considéré avoir de meilleures connaissances que leurs amis par exemple.



Il aurait été possible de penser que les personnes âgées ne discutaient pas de nutrition à cause des connaissances diverses de chacun. Or, les personnes âgées semblent ne presque pas parler d'alimentation entre elles. Chacun insiste pour préférer s'occuper de ce qui le regarde. Certaines personnes mentionnent aussi ne pas vouloir blesser ou dire n'importe quoi. Donner une information juste et véridique tout en le faisant dans le respect d'autrui semble très important.

Les personnes âgées n'osent pas nécessairement faire de commentaire à autrui, mais elles semblent se juger durement. En effet, l'importance accordée au poids semble prendre une grande place dans leur vie. L'étude de Ferraro et coll. [97] a étudié la perception de l'image corporelle de 25 hommes âgés en moyenne de 72 ans et de 27 femmes âgées en moyenne de 71 ans. Tous étaient américains et caucasiens. Les femmes âgées pensaient plus à leur apparence et aux formes de leur corps que les hommes âgés et se percevaient plus souvent avec un léger surpoids comparativement aux hommes âgés qui percevaient avoir un corps aux bonnes mensurations. Tout comme les collégiennes, la plupart des femmes âgées semblent continuer à endosser que des formes des corps plus minces sont plus jolies [97]. Une autre étude complétée par Mangweth-Matze [98] fait état de préoccupations plus importantes associées à la présence de troubles de comportements alimentaires. Ainsi via l'analyse de questionnaires complétés par un échantillon choisi au hasard de 1000 femmes autrichiennes âgées entre 60 et 70 ans, plus de 80% des sujets tentaient de contrôler leur poids et 60% exprimaient être insatisfaites de leur corps. Les données révèlent aussi que la maladie ne serait plus reliée seulement aux jeunes femmes. Notons que selon les réponses de nos sujets en résidence et en communauté, les hommes aussi cherchaient à faire attention à leur ligne. Certains hommes de notre échantillon surveillent leur poids selon les conseils de leur médecin alors que d'autres limitent leurs apports alimentaires lorsqu'ils ont un surplus de poids. Notons toutefois que nous n'avons pas questionné le poids des personnes âgées interrogées, ce qui limite notre possibilité de commenter ces perceptions.

Les gens peuvent désirer être comme les autres et se laisser influencer par les tendances actuelles, peu importe l'âge ou le genre. Les idées et valeurs véhiculées dans une population en termes de beauté peuvent aussi influencer l'alimentation. Wang [143] a complété une enquête

auprès de 669 sujets australiens âgés entre 40 et 70 ans afin d'étudier les relations entre les idéologies, les perceptions de l'importance des comportements de santé, la consommation alimentaire et l'IMC. Ce qui ressort de cette étude est que les croyances sociales peuvent influencer la perception des comportements alimentaires et les attitudes en matière de santé, ce qui peut par le fait même influencer la consommation des aliments selon leur qualité nutritionnelle (qui est jugée comme étant saine vs malsaine).

De façon globale, les sujets semblent identifier la beauté par le physique prôné dans les médias, soit un corps mince. La beauté est devenue rapidement une industrie florissante avec tous les produits promettant de garder jeunesse et fraîcheur [99]. Les personnes âgées n'échappent pas aux standards de beauté, les messages étant présents partout: dans les journaux, à la télévision, sur internet, dans les publicités, etc. Fait intéressant, une étude a évalué l'appréciation des femmes âgées par rapport à leur corps. Ces dernières mentionnent des insatisfactions, mais parlent aussi d'une acceptation qui se fait avec l'âge. Par exemple, l'étude de Bailey et coll. [100] a exploré la perception de l'image corporelle qu'ont les femmes plus âgées. En entrevue, dix femmes ontariennes de 55 ans ont rapporté des insatisfactions comme l'angoisse de l'augmentation de poids avec l'âge, les insatisfactions liées au vieillissement du corps, le corps étranger (où l'on ne reconnaît plus son corps) et la nostalgie de l'ancien corps. Malgré tout, quelques thèmes en lien avec satisfaction de l'image corporelle ont ressorti : l'acceptation et le support des autres, la gratitude envers son corps, la religion (où des participantes se sont senties accueillies sans jugement), l'acceptation de son propre corps, la beauté intérieure et extérieure, le détachement des médias grandissants et l'écoute des signaux de son corps pour en prendre bien soin.

À noter que les genres ne se concentrent pas sur les mêmes standards de beauté, malgré le fait que la plupart divisent leur préoccupation par rapport à leur corps en deux catégories: la beauté et la santé. En effet, les femmes âgées portent plus attention à leur poids et leur image, alors que les hommes âgés se préoccupent plus de leur musculature [101]. La maladie chronique aurait aussi un lien avec les insatisfactions corporelles chez les aînés. Dans une étude de 274 personnes âgées de 60 ans et plus et vivant aux États-Unis, Rakhkovskaya et coll. [102] rapportent que les insatisfactions corporelles les plus souvent nommées sont en lien avec

le poids, la forme et l'apparence du corps. Il y avait aussi des différences de perception selon les genres: les femmes avaient significativement plus d'insatisfaction par rapport à leur image corporelle, des impacts négatifs plus élevés en lien avec la santé par rapport à leur apparence, plus de symptômes somatiques et plus de symptômes dépressifs. Les hommes quant à eux percevaient plus négativement le fonctionnement physique de leur corps.

D'autres détails du corps font aussi partie des soucis des personnes âgées. Par exemple, la santé dermatologique et la santé dentaire sont surveillées de près par les personnes âgées. L'étude de Legrand [103] rapporte que l'apparence dentaire aurait même un rôle dans leurs relations sociales. Cette étude a convoqué en entrevue 120 personnes âgées de 60 ans et plus et 120 personnes âgées de 20 à 30 ans vivant à Genève afin de comparer des photos, faire des groupes de discussion et répondre à un questionnaire de type sociodémographique. Les résultats démontrent que les personnes sont souvent jugées selon leur apparence dentaire, principalement en lien avec leur niveau social dans la société. Chez les personnes âgées, il a été remarqué qu'elles visaient l'apparence la plus naturelle possible selon leur âge. Ainsi, l'apparence dentaire est ainsi un critère d'appréciation globale d'une personne, peu importe l'âge. Les sujets de notre groupe d'échantillon ont nommé qu'ils côtoyaient fréquemment un dentiste ou un prothésiste, mais ceux-ci ne se sont pas exprimés par rapport à l'importance qu'ils accordent à leur apparence dentaire.

#### *5.2.6 Sources d'information en nutrition*

Les sources d'information en nutrition sont plus variées que ce qui était attendu. En effet, plusieurs personnes âgées se fient à l'Internet pour répondre à leurs questions. Il existe aussi des mésententes quant à la qualité de la référence. La télévision est une source fiable pour certains alors que pour d'autres, elle n'est qu'un média comme un autre. Les gens qui doutent des sources telles que la télévision favorisent la consultation de professionnels de la santé.

McKay et coll. [105] expliquent que le niveau de scolarité des personnes âgées serait le facteur socio-économique qui influence le plus les comportements de santé et la qualité de l'information recherchée. En effet, les personnes plus éduquées seraient plus aptes à se

procurer des renseignements nutritionnels. Cette étude de 176 sujets américains âgés de 50 ans et plus démontre que les personnes moins instruites se fient surtout à leur médecin, leurs voisins et la télévision pour répondre à leurs questions en lien avec la nutrition. Ces mêmes personnes se réfèrent à plus de sources spécifiques différentes que ceux qui ont un niveau de scolarité plus élevé. Les personnes âgées les moins instruites seraient donc les personnes qui profiteraient le plus à recevoir des stratégies ou conseils afin de choisir des sources d'information de qualité.

Les personnes ayant un niveau de littératie sous-optimal en matière de santé auraient plus de difficultés à respecter le traitement prescrit pour leur maladie chronique selon Brown et coll. [106]. Les causes expliquant que 50% des patients ne respectent pas le traitement médicamenteux prescrit sont toutefois plus nombreuses. Brown et coll. relèvent trois catégories: celles reliées au patient (littératie sous-optimale ou manque de participation dans la prise de décision), celles liées aux médecins (problème de communication) et celles liées au système de santé (les limites de temps pour les visites et l'accès limité au soin de santé). Les causes limitant un traitement efficace des maladies chroniques sont donc multifactorielles, mais l'accès à l'information, la communication et la compréhension sont des facteurs clés sur lesquels des stratégies pourraient être déployées.

### *5.2.7 Perception de la bonne alimentation*

La perception du sens donné à l'expression bonne alimentation est variable. Tous ont leur perception de ce qu'est la saine alimentation, mais les priorités ne sont pas les mêmes pour tous. Selon ce que propose le gouvernement du Québec, la définition d'une saine alimentation inscrite dans la Vision de la saine alimentation pour la création d'environnements alimentaires favorables à la santé (VSA) [32] se décrit ainsi:

«Une alimentation saine est constituée d'aliments diversifiés et donne priorité aux aliments de valeur nutritive élevée sur le plan de la fréquence et de la quantité. En plus de leur valeur nutritive, les aliments véhiculent une valeur gastronomique, culturelle ou affective. La saine alimentation se traduit par le concept d'aliments quotidiens, d'occasion et d'exception de même que par des portions adaptées aux besoins des personnes. Les divers milieux doivent présenter une offre alimentaire en

concordance avec leur mission, où la proportion des aliments quotidiens, d'occasion et d'exception pourra varier».

Les déterminants d'une saine alimentation dépendent des déterminants individuels (les choix et préférences alimentaires, ainsi que leur état de santé) et des déterminants collectifs (environnements interpersonnels, physiques, économiques, sociaux et les politiques en vigueur) [107][108]. Toutefois, nos sujets ne semblent pas nécessairement faire de liens entre la bonne alimentation et les environnements qui les entourent, mais ceux-ci semblent en accord avec les fondements de cette définition. Par exemple, cette définition semble bien correspondre à la perception de la bonne alimentation qu'ont les personnes âgées vivant à la résidence *Le Grand Manoir*. Ces derniers associent l'offre alimentaire de la résidence comme étant équilibrée. Autre exemple, la plupart des sujets associent la bonne alimentation à de la variété, des repas équilibrés ou encore une alimentation qui comble leurs besoins selon leur état de santé.

#### *5.2.8 Finances personnelles et alimentation*

Les personnes âgées rencontrées n'étaient pas actives sur le marché du travail, mais semblent toutes avoir une capacité à dépenser. Il n'a pas été questionné si les ressources monétaires des personnes âgées provenaient de REER, de CELI, de rentes, d'aide gouvernementale ou d'autres sources monétaires, mais toutes les personnes âgées semblent avoir un certain pouvoir d'achat. En 2004, l'Institut de la Statistique du Québec faisait déjà état d'une probable hausse des revenus pour les futurs retraités étant donné que les femmes sont très présentes sur le marché du travail maintenant [113].

Si aucune personne âgée rencontrée n'occupait un emploi au moment de la rencontre, l'INSPQ observe toutefois que les personnes âgées sont de plus en plus longtemps actives sur le marché du travail. Elles font aussi beaucoup de bénévolat [59], ce qui ne fut pas rencontré chez les personnes âgées interrogées.

Les personnes âgées semblent accorder une partie importante de leurs finances pour la nourriture. Ceci est aussi constaté chez les personnes âgées vivant en résidence pour personnes âgées où plusieurs sorties pour des achats alimentaires ont lieu malgré que les trois repas principaux soient offerts. Le coût du panier ne semble pas influencer la plupart des sujets interrogés dans les deux groupes. Aucun des sujets interrogés dans les deux groupes ne parle d'obstacles financiers nuisant à leurs achats alimentaires. Leurs intérêts semblent plutôt être par rapport à leur expérience client. D'ailleurs, Dans l'étude australienne de Pettigrew et coll. [112], ils observent qu'il semble y avoir eu une nette amélioration dans l'environnement de la vente au détail pour les personnes âgées. Les courses semblent ainsi représenter une activité que les personnes âgées sont capables de compléter selon leur endurance et autonomie. Les personnes âgées australiennes déplorent plutôt la difficulté de s'approvisionner en produits locaux, abordables et sans additifs alimentaires.

L'insécurité alimentaire chez nos sujets en communauté ne fut pas mesurée, mais globalement, tous semblent être aptes à se procurer des aliments en qualité et quantité répondant à leurs besoins. Cela collabore les faibles pourcentages de personnes âgées vivant dans l'insécurité alimentaire au Québec. En 2010, les 65 ans et plus sont d'ailleurs dans la proportion d'âge la moins en situation de précarité [113]. Toutefois, même si les pourcentages sont bas, les aînés restent les plus vulnérables en ce qui a trait à l'insécurité alimentaire notamment à cause de limitations fonctionnelles [133]. Tel que nommé dans le mémoire sur les personnes âgées de l'OPDQ, l'état nutritionnel repose sur l'habileté à se procurer les aliments; à préparer les repas; à se nourrir de façon autonome et la disponibilité d'un aidant si nécessaire [134].

### **5.3 Importance des milieux de vie des personnes âgées sur les comportements alimentaires**

Les milieux de vie semblent avoir un rôle primordial dans les déterminants des comportements alimentaires des personnes âgées, de l'approvisionnement à la consommation des aliments. Depuis quelques années, des communautés tentent d'être «Amis des aînés» en faisant cohabiter les interactions entre les personnes et leurs environnements (e.g. physique, social, transport, participation, soins de santé, etc.). Cette tendance se développe depuis le projet

«Réseau mondial des Villes-amies des aînés» créé par l'OMS. Ce nouveau concept d'approche écologique permet d'étudier de différentes façons les besoins des personnes âgées et leurs interactions avec les environnements qui les entourent [116].

Novek et coll. [117] ont exploré ce genre de communauté en s'intéressant aux perceptions de 30 personnes âgées entre 54 et 81 ans du Manitoba (provenant d'une communauté urbaine et de trois communautés rurales) par rapport à leur convivialité envers les aînés via la technique du *photovoice* (une méthode de recherche où les sujets participent tout au long de la recherche avec des photographies, ce qui leur permet de créer les connaissances et de gérer le pouvoir dans l'étude en collaboration avec les chercheurs) [135]. Ce qui ressort des photos sont les environnements adaptés aux aînés, les facteurs contextuels (principalement l'histoire et l'identité de la communauté, le vieillissement dans les communautés urbaines, rurales et éloignées et les conditions environnementales) et d'autres thèmes transversaux reliés à l'indépendance, l'accessibilité et le côté abordable des ressources nécessaires. Voilà donc quelques thèmes qui devraient se retrouver dans les communautés tentant de s'adapter aux personnes âgées. Ces améliorations pourraient par exemple améliorer l'accessibilité aux transports et aux commerces alimentaires.

Au niveau alimentaire, les personnes âgées vivant en résidences pour personnes âgées ont sensiblement les mêmes services offerts que dans les autres résidences, soit un accès facile à des aliments nutritifs. Selon le rapport sur les résidences pour personnes âgées au Québec produit par la Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL) [56], les personnes âgées vivant en résidence pour personnes âgées dans Lanaudière ont accès à 100% à un service de loisirs et à de l'aide domestique de base qui sont compris dans leur contrat de location. Toutefois, les commerces sont considérés accessibles en moyenne à 43%. L'accessibilité est définie par les critères suivants:

- Proportion des logements situés à distance de marche (500 mètres) des établissements de service de base suivants : pharmacie, épicerie et banque.

- Proportion des logements à distance de marche (500 mètres) ou à 10 minutes ou moins en voiture ou en transport en commun des établissements de service suivants : pharmacie, épicerie, banque, hôpital, centre pour aînés, commerces de détail.
- Proportion des résidents de 65 ans ou plus qui ont besoin d'aide de la part des membres de leur famille ou d'autres personnes pour avoir accès aux établissements de services suivants : pharmacie, épicerie, banque, hôpital, centre pour aînés, commerces, bibliothèques et salles communautaires.
- Proportion des résidents de 65 ans ou plus qui ont accès à des services de livraison à domicile d'épicerie et de marchandises de détail.

La résidence *Le Grand Manoir* étant dans un village plutôt que dans une ville, les services sont probablement jugés moins accessibles qu'ailleurs. Or, les sujets de l'étude considèrent que les commerces sont accessibles en voiture.

Il est intéressant de constater que plusieurs personnes âgées, notamment des femmes âgées, ont encore leur permis de conduire et utilisent par elles-mêmes leur voiture. Les personnes âgées vivant en résidence pour personnes âgées sont assez au fait de leur santé au point où certaines ont décidé de ne pas renouveler leur permis de conduire en jugeant eux-mêmes que leur condition physique n'était plus adéquate. Selon la société de l'assurance automobile du Québec [63] (SAAQ), le nombre de personnes âgées conductrices est en augmentation. De 2009 à 2014, le nombre de personnes âgées titulaires d'un permis de conduire a bondi de 30% alors qu'il a augmenté de seulement 5% pour l'ensemble des conducteurs pour les deux sexes. Les personnes âgées ont un pourcentage moins élevé d'implication dans les accidents que l'ensemble des conducteurs. Les risques sont surtout associés à des problèmes de vision. Le fait de posséder son permis de conduire et d'être capable de conduire une voiture rend la personne âgée plus libre de se déplacer tout en rendant les commerces d'approvisionnement en matériel culinaire et/ou en aliments plus accessibles.

Aucune personne n'identifie le besoin d'avoir des transports en commun. La seule personne qui y fait illusion craint de se perdre. Peut-être que le mouvement gagnera en popularité



lorsque les personnes âgées seront plus habituées ou encore dans des régions plus urbaines. Lorsqu'elles n'ont plus de permis, les personnes âgées se fient plutôt à des proches pour avoir accès à un véhicule. Il existe tout de même quelques services dans la région. Les taxis sont présents; un autobus de ville traverse la MRC Matawinie en passant par Saint-Jean-de-Matha vers Joliette et il existe même un transport à vélo pour personnes âgées (un employé de la municipalité promène les personnes âgées dans le village sur un vélo adapté).

Pour les personnes âgées limitées dans leur déplacement par la non-possession d'une voiture ou par rapport à la diminution de leur endurance, il existe des services de livraison pour les achats dans certaines épiceries à Joliette. Les personnes âgées vivant en communauté dans Joliette pourraient bénéficier de ces services, mais à notre connaissance, il n'en existe pas à Saint-Jean-de-Matha, lieu de la résidence *Le Grand Manoir*. Comme l'épicerie du village ne fait pas de livraison, les personnes âgées vivant en résidence doivent demander à une tierce personne de faire leurs achats alimentaires si nécessaire.

Bref, le fait que les personnes âgées se déplacent beaucoup pour des sorties ou des achats alimentaires semble être relié à la certaine autonomie qu'ils ont à se déplacer ainsi qu'à leur perception d'un quartier sécuritaire. Le programme MADA est aussi de plus en plus présent dans la municipalité afin de favoriser les déplacements et l'inclusion des personnes âgées dans leur communauté.

Le lieu de consommation des aliments est lui-même important. Selon Nieuwenhuizen et coll. [119], il existe quatre catégories de facteurs environnementaux susceptibles d'influencer la prise alimentaire des personnes âgées en maison de retraite : les facteurs liés à la personne (humeur, état de santé), les facteurs liés à la nourriture (apparence, présentation, menu, etc.), les facteurs liés au contexte social (ambiance sociale du repas, attitude du personnel) et des facteurs liés au contexte physique (décor, etc.). Jabbour [109] décrit certains de ces facteurs plus en profondeur. Par exemple, les facteurs liés à la personne peuvent être uniques pour chaque personne: en effet, les connaissances en alimentation, la volonté de bien s'alimenter, le sexe, la culture, les préférences alimentaires et la perception des sens lors de l'alimentation sont tous des caractéristiques pouvant influencer les choix alimentaires. Les facteurs liés à la

nourriture sont aussi reliés à l'offre alimentaire. Les choix alimentaires peuvent être influencés selon la présence d'aliments considérés nutritifs vs moins nutritifs (e.g. fruits et légumes vs chips et chocolat). Les personnes âgées en résidence pourraient par exemple avoir un menu sain, mais avoir aussi accès à des machines distributrices offrant des aliments moins nutritifs ou encore vivre dans un quartier où la restauration rapide est omniprésente. Dans ces cas-ci, les choix alimentaires seraient peut-être moins nutritifs que l'offre alimentaire de la résidence pour les repas principaux. Enfin, les facteurs liés au contexte social peuvent dépendre du bagage socioculturel de la personne tout comme des personnes étant autour de la table pour partager le repas. Par leurs paroles, leurs gestes et leurs préférences, ces personnes peuvent aussi influencer les choix alimentaires d'une autre personne (e.g. juger que la personne a trop ou pas assez mangé ou encore goûter à quelque chose lorsque tout le monde en mange).

Les environnements peuvent ainsi influencer l'adoption de saines habitudes de vie et leur maintien. Si l'on transfère les exemples pour les personnes âgées vivant en communauté, on peut associer les facteurs environnementaux aux repas partagés à la maison ou encore au plaisir de consommer un repas au restaurant. Le contexte social, l'accessibilité aux aliments, la capacité à se déplacer et le plaisir de manger semblent tous des points qui favorisent la consommation d'apports alimentaires chez les personnes âgées. (e.g. des apports augmentés lorsqu'il y a de la visite ou pour les occasions).

#### **5.4 Importance des intervenants des services de santé et des services sociaux sur les comportements alimentaires des personnes âgées**

Les personnes âgées semblent accorder un certain respect aux intervenants procurant des services de santé. Voici ce qui ressort selon les deux catégories d'intervenants: les médecins et spécialistes et les autres professionnels.

#### 5.4.1 Offre générale de services de santé

Les personnes âgées rencontrées semblent être relativement satisfaites des services de santé reçus. L'accessibilité aux services de santé autres que le médecin est reconnue et utilisée. La pharmacie et les services des CLSC semblent les plus appréciés. L'accessibilité aux services fait partie des améliorations désirées dans le plan d'action fait par le CISSS de Lanaudière pour 2016-2020 [120]. Suite à la loi 41, les pharmaciens ont plus de champs d'exercice pour intervenir auprès des clients en pharmacie. En effet, ils sont présents pour répondre à certaines questions concernant des problèmes de santé et des médicaments. Ils peuvent aussi faire le renouvellement de certains médicaments et conseiller quant à leur façon de les prendre. Au besoin, ils réfèrent à l'hôpital ou au médecin de la personne concernée. Les pharmaciens offrent ainsi un service de première ligne qui peut diminuer le temps d'attente dans le réseau de santé. Malgré tous ces bénéfices pour le réseau de santé et pour les gens de la communauté, le Québec est l'une des provinces du Canada offrant le moins de services via le pharmacien [121]. En 2016, selon l'Association des pharmaciens du Canada, comparativement à d'autres provinces, les pharmaciens du Québec ont moins de pouvoir de prescription (de façon indépendante, selon une entente ou en cas d'urgence), peuvent moins adapter ou gérer les médicaments (de façon indépendante ou pour faire des substitutions thérapeutiques), et n'ont aucun pouvoir pour administrer des injections [124].

#### 5.4.2 Les médecins et les médecins spécialistes

Nous ne sommes pas surpris de voir que les médecins et les nutritionnistes sont ceux en qui les personnes âgées ont le plus confiance pour parler d'alimentation. La plupart des personnes âgées éprouvent un grand respect pour les médecins qui les soignent. Ce sentiment semble toutefois plus présent chez les personnes âgées vivant en résidence. Les personnes âgées vivant en communauté semblent légèrement mécontentes des services reçus. Cela semble relié aux rendez-vous plus courts sur une fréquence plus longue observée depuis quelques années. Les personnes âgées de la résidence *Le Grand Manoir* ressentent probablement moins ce cadre

puisqu'une médecin est présente à la résidence quelques journées seulement pour voir ses patients. Ils ont donc toujours le même accès à leur médecin de famille.

L'importance d'avoir un médecin qui prend le temps d'écouter les personnes âgées semble perçue comme nécessaire. Peu importe le groupe, les personnes âgées qui se sentent satisfaites par les services de santé reçus ont un service rapide et une écoute active.

#### *5.4.3 Les autres professionnels et spécialistes de la santé*

À l'inverse des rendez-vous annuels ou plus fréquents avec les médecins, les personnes âgées rencontrent les autres professionnels de la santé de façon sporadique, selon leurs besoins. L'exception est l'optométriste qui est rencontré annuellement à bi-annuellement. La vue est très importante pour les personnes âgées. L'autre professionnel le plus rencontré dépend de la condition bucco-dentaire des personnes âgées. En effet, ce rôle est partagé entre le dentiste et le prothésiste. Bert et coll. [140] corroborent l'importance de la santé bucco-dentaire avec l'alimentation et la qualité de vie chez les personnes âgées. Ceux-ci rapportent qu'un édentement peut être considéré comme une atteinte à l'intégrité corporelle: les maladies bucco-dentaires peuvent nuire à l'alimentation et à la communication, ce qui nuit par le fait même à la vie sociale de ces personnes âgées. Les personnes âgées peuvent éviter certains types d'aliments par inconfort (e.g. des aliments durs) ou par une difficulté à former le bol alimentaire (e.g. avec des aliments collants). Une perte de dents peut aussi être associée avec des difficultés à mastiquer, ce qui peut limiter les apports alimentaires et compromettre l'état nutritionnel des personnes âgées. Cela pourrait expliquer la fréquentation annuelle de nos sujets chez les dentistes et prothésistes. Ces deux professions ont un rôle important dans la santé bucco-dentaire des sujets et de façon indirecte dans leur alimentation. Il n'a toutefois pas été précisé l'importance que les sujets accordaient à la santé bucco-dentaire, ni si la raison de consultation était pour s'assurer d'une santé optimale ou seulement par esthétique.

Quelques personnes âgées avaient déjà rencontré une nutritionniste. Ce ne sont toutefois pas toutes les personnes âgées qui connaissaient la profession. Les personnes âgées se réfèrent surtout au titre réservé utilisé plus anciennement, soit celui de diététicienne, et associent

l'utilité d'une nutritionniste à la santé et la saine alimentation. La profession n'est pas connue de tous encore. Cela s'explique peut-être par le fait que la profession est jeune. Il faut attendre vers la fin de la Seconde Guerre mondiale pour voir la fondation de programme d'enseignement de la profession au Québec. Le titre réservé de diététiste est apparu en 1956 alors que celui de nutritionniste n'est apparu qu'en 1994 [44]. C'est une profession qui exerce un rôle de plus en plus important auprès des aînés [44]. Pour eux, cette profession semble avoir un rôle de prévention et promotion de la santé et peut aider à gérer le menu selon la condition médicale et/ou l'état de santé de la personne âgée. Lorsqu'on associe le nutritionniste au suivi nutritionnel en traitement, les personnes âgées réfèrent principalement à des problèmes de santé tels que des problèmes cardiaques, le diabète, le surpoids et une difficulté à avaler des aliments (dysphagie ou encore inconforts gastro-intestinaux). Notons que les problèmes nommés sont en prévalence plus élevée chez les personnes âgées [43], ce qui pourrait justifier la connaissance plus accrue du rôle des nutritionnistes dans le réseau de la santé.

Au travers des entrevues, seuls les nutritionnistes et les médecins ont été nommés comme étant les intervenants qui ont émis des recommandations nutritionnelles. Il est intéressant de constater que la plupart des sujets ont mis en pratique les recommandations.

Jackson et coll. [122] ont rapporté les perceptions de futurs professionnels étudiants à l'égard des personnes âgées (étudiants américains en soins infirmiers, en physiothérapie, en entraînement sportif, en nutrition et en travail social). L'exploration de ces perceptions a permis de corrélérer la confiance et l'intérêt avec des attitudes positives envers le vieillissement, la fréquence des contacts et des expériences de qualité avec des personnes âgées. Avoir confiance et démontrer un intérêt envers la clientèle gériatrique pourraient être des déterminants facilitateurs afin d'établir un contact avec les personnes âgées et leur offrir des recommandations. L'étude de Biron [136] rapporte aussi des données sur les perceptions de 158 étudiants en nutrition des universités québécoises. Ces derniers considèrent que le vieillissement fait partie des opportunités de développement de la profession à 90%. L'autre perception d'opportunité la plus élevée était celle de l'amélioration des habitudes de vie des Québécois à 89%. Selon eux, les secteurs les plus prometteurs sont la nutrition clinique et la

nutrition publique. Enfin, selon eux, les enjeux à venir sont en lien avec les maladies chroniques, l'obésité, les coûts des soins de santé, la dénutrition et l'innocuité des aliments. Tous ces enjeux peuvent s'appliquer à la population plus âgée. Les étudiants en nutrition semblent donc conscients qu'ils seront susceptibles de travailler avec des personnes âgées.

### **5.5 Importance des dimensions sociales**

L'étude de Bourdessol et coll. qui se déroule avec des sujets français permet de constater l'importance des environnements autour de la personne âgée particulièrement la nécessité du réseau social [123]. L'étude a questionné deux groupes de personnes âgées en santé (6 groupes de 8 à 10 personnes âgées de 55 à 65 ans et 6 groupes de 8 à 10 personnes âgées de 65 ans et plus) et un groupe de 20 personnes âgées de 65 ans et plus aux prises avec des maladies chroniques. Chez les personnes âgées en santé, le vieillissement est essentiellement associé à la notion de perte qui concerne autant les dimensions physiques que mentales et sociales : perte de forme physique, dégradation de l'état de forme, perte de vie sociale et perte de statut social. Les personnes âgées en santé qui ne considéraient pas avoir subi de perte ne se perçoivent pas comme étant vieilles [123]. La dimension sociale permet aussi de combler un certain plaisir à s'alimenter, ce qui peut augmenter les apports alimentaires.

Tel que rapporté dans l'étude de Macht et coll. [142] via des entrevues semi-structurées complétées auprès de neuf femmes et sept hommes, les apports alimentaires sont influencés par l'environnement physique et social, des dimensions externes à la personne qui peuvent créer des émotions et des plaisirs. Ces plaisirs peuvent aussi être créés à l'interne par des facteurs motivationnels, cognitifs et comportementaux. Les gens qui se réunissent pour partager un repas avec des êtres chers peuvent vivre ce plaisir de manger. C'est ce qu'on observe chez quelques répondants qui mangent plus au restaurant ou avec de la visite. À l'inverse, certaines personnes seules mangent peu ou sautent des repas.

Il était attendu que les personnes âgées participent à plusieurs activités organisées. Or, malgré l'existence d'un groupe d'activités communautaires à la résidence et de la FADOQ qui organise de nombreuses activités dans la communauté, peu de personnes âgées interrogées participent

fréquemment à ces activités. Elles semblent trop occupées dans leurs routines et leurs activités de la vie quotidienne. Les personnes âgées interrogées semblent aussi percevoir les activités des organismes comme étant des moments où il devient possible de briser la solitude. Tel que rapporté par Conklin et coll. (2014) [125], les relations sociales peuvent influencer le comportement alimentaire. Le fait de vivre seul (veuf ou célibataire) ou de côtoyer peu de personnes est associé à une diminution de la variété alimentaire. Les personnes âgées vivant de l'isolement social et/ou de la solitude semblent aussi avoir de moins bonnes habitudes de vie, ce qui pourrait mener à un plus grand risque de développer des symptômes précurseurs de maladies telles que l'hypertension et l'inflammation ainsi que des habitudes de vie néfastes pour la santé telles que le tabagisme et l'inactivité physique [126]. Le fait que les sujets aient des activités autres et un réseau social serait donc positif.

#### *5.5.1 Environnement social*

La famille prend de plus en plus d'importance dans la vie de nos personnes âgées qui vivent de plus en plus longtemps. Dans le livre *Vieillir au pluriel* [127], les enfants des personnes âgées qui s'occupent à la fois de leurs propres enfants et de leurs parents sont définis comme étant la génération Sandwich. Ils ont environ 45 à 65 ans. Tel que rapporté dans ce livre, ces personnes peuvent ressentir un moins bon bien-être général à cause du manque de ressource monétaire et de temps. Une des solutions pourrait être d'offrir des congés à ces personnes afin qu'ils puissent s'occuper de leurs aînés en plus de leur offrir des congés parentaux pour leurs enfants en bas âge. Or, les enfants des sujets vivant en communauté n'étaient pas interrogés dans notre étude, mais ceux qui rapportent vivre avec leurs enfants précisent qu'ils aident dans la maison. Le fardeau de la génération Sandwich ne semble pas peser sur les enfants des sujets selon leur perception de leur autonomie et de leur rôle dans la maison.

Tel qu'expliqué par Smith et coll. [128], les personnes âgées désirent vivre le plus longtemps possible dans leur demeure. En 2011, sur les 5 millions de Canadiens âgés de 65 ans et plus, environ 90% préféreraient rester dans leur résidence le plus longtemps possible, soit jusqu'à leur décès. Or, d'autres statistiques entrent en contradiction avec cette volonté et pourraient donner une charge de soin plus importante à l'entourage des personnes âgées canadiennes. En

effet, la plupart des adultes âgés se considèrent en santé, mais 91% d'entre eux ont une ou plusieurs maladies chroniques, 40% une ou des invalidités et 23% sont considérés comme étant fragiles. De plus, la plupart de ces personnes ont de la difficulté à obtenir des services de première ligne et décident plutôt de se rendre aux urgences lorsque nécessaire. Les hospitalisations ont plutôt tendance à aggraver les conditions préexistantes et à augmenter le risque de déménager vers des soins de longue durée [128]. Ainsi, il semble nécessaire pour les personnes âgées vivant dans leur résidence et sans accès à des services de soins de première ligne d'avoir des personnes ressources si le besoin d'aide se faisait sentir.

Chez les personnes âgées rencontrées vivant en résidence pour aînés, les relations avec les enfants sont plutôt réservées aux activités et aux festivités. Aucun répondant ne vit avec son enfant. Les autres résidents font aussi partie de la famille en quelque sorte étant donné que tous se côtoient au moins à l'heure du repas. Cela crée un sentiment d'appartenance. Toutefois, peu de personnes âgées participent aux activités sociales organisées par la résidence. Robert et coll. [129] ont étudié la relation entre la qualité de vie des personnes âgées vivant dans des résidences pour personnes âgées autonomes avec soins continus et leur engagement. Les résultats suggèrent que la qualité de vie diminue avec le temps, mais que sa dégradation semble ralentie lorsque les personnes âgées participent aux activités sociales de la résidence. Il pourrait donc y avoir des bénéfices à participer activement et de façon précoce aux activités sociales lors de l'arrivée des personnes âgées dans une résidence.

*Réseau social et partage de repas.* Fait intéressant, malgré que les personnes âgées vont souvent au restaurant avec la famille, aucune ne mentionne visiter les grandes chaînes de restauration telles que Subway, Tim Horton, Mc Donald, etc. Notons que cette offre de restauration rapide est présente à Joliette et à Saint-Jean-de-Matha. Les personnes âgées préfèrent des restaurants avec des salles à manger et pouvoir y prendre le temps de profiter du moment avec leurs proches. D'ailleurs, peu importe le groupe de répondants, les sujets ont un réseau social assez important pour partager un repas. Les amis et la famille sont relativement accessibles, même chez les personnes âgées qui vivent seules.



Une étude a exploré les interactions sociales de consommateurs âgés de 60 ans et plus à Hong Kong dans des restaurants et cafés afin d'évaluer comment il serait possible d'améliorer l'expérience client de ces consommateurs et diminuer leur solitude. Les résultats ont démontré que le service à la clientèle (la manière de servir et l'identification des besoins des personnes) pouvait avoir des effets bénéfiques sur ces deux composantes [130]. Adapter le service à la clientèle âgée pourrait ainsi briser l'isolement et faciliter les interactions de ces consommateurs dans des activités sociales.

#### *5.5.2 Réseau social pour aide quotidienne.*

Malgré le fait que les personnes âgées des deux groupes n'identifient pas de besoin pour les activités de la vie quotidienne au moment de l'entrevue, tous peuvent tout de même se fier à un membre de la famille ou une connaissance. En 2006, 12,7% des personnes âgées avaient besoin d'aide dans leurs activités de la vie quotidienne, dont 8,5 % qui se trouvaient déjà en institution de soins de longue durée. Lanaudière, c'est 11,2% des personnes âgées qui avaient besoin d'aide dans leurs activités de la vie quotidienne pour 8,2 % qui se trouvaient déjà en institution de soins de longue durée [131]. Nos personnes âgées étaient donc légèrement plus indépendants en ce qui a trait à l'autonomie dans leurs activités de la vie quotidienne.

### **5.6 Pistes d'actions inspirées des constats de l'étude**

À la lumière de nos résultats, cette recherche aura permis de dégager quelques pistes d'action auprès des déterminants des comportements alimentaires des personnes âgées en lien avec l'appétit, le réseau social, les sources d'information, l'autonomie et l'importance accordée à l'image corporelle. Celles-ci ne sont pas toujours les mêmes pour les deux groupes.

Au niveau de l'axe 1, la variété alimentaire, les sources d'information, les compétences culinaires et le poids sont les quatre points sur lesquels il devrait y avoir des interventions. Pour les deux groupes, un travail de promotion d'une image corporelle saine pourrait être mené via les professionnels de la santé ou encore via des dépliants ou affiches d'intérêt public (e.g. dans la salle d'attente de la pharmacie). Un autre travail de promotion peut être fait afin

de valoriser l'importance des collations pour la santé des personnes âgées, celles-ci pouvant représenter un apport nutritionnel important. Cela pourrait être véhiculé via des conférences organisées par la FADOQ par exemple. Pour les personnes âgées vivant en communauté, la disponibilité de petits formats d'achats pourrait favoriser la variété puisque cela diminue le gaspillage alimentaire. Ensuite, la connaissance de sources d'informations crédibles en nutrition leur aiderait à faire de meilleurs choix. Les professionnels pourraient aussi questionner la consommation de PSN des personnes âgées afin de les informer convenablement des effets que ceux-ci peuvent avoir sur leur santé. Pour les compétences culinaires des hommes, peut-être serait-il possible de faire des groupes de jumelage dans le voisinage pour favoriser le partage de repas ou encore faire de la promotion des cuisines collectives pour les hommes. De petits livres de recettes très simples pourraient être élaborés avec eux ou encore avec des plus jeunes afin de favoriser les échanges entre générations.

Au niveau de l'axe 2, l'accessibilité et la sécurité sont déjà relativement présentes dans le quartier. Pour le groupe de personnes âgées vivant en résidence, il pourrait y avoir une fois par mois un transport communautaire en direction de Joliette pour toutes les personnes âgées désireuses d'aller magasiner leurs achats alimentaires et autres dans la ville. Elles auraient accès à plus de variété. Pour les personnes âgées vivant en communauté, la promotion de transport en commun adapté à moindre coût pourrait être pertinent pour leurs déplacements (e.g. autobus de ville gratuite de 11h à 15h pour l'âge d'or).

Au niveau de l'axe 4, c'est l'accessibilité du réseau de la santé et la connaissance de la profession de nutritionniste qui pourraient être mis de l'avant. Les CLSC et les cliniques médicales pourraient informer les personnes âgées de leurs droits d'accès et du lieu auquel ils devraient se référer selon leur condition. Certaines conditions pourraient être réglées par une visite en pharmacie. Pour ce qui est de la profession de nutritionniste, c'est une profession des services que ceux-ci peuvent offrir à la population âgée qui serait pertinent de promouvoir. Un des meilleurs promoteurs serait l'OPDQ. Une organisation comme les Diététistes du Canada (DC) pourrait aussi en faire la promotion.

Au niveau de l'axe 5, c'est le réseau social et la participation active aux activités communautaires qui sont de bonnes pistes d'action. Pour la résidence de personnes âgées, il est très pertinent que les résidents mangent tous leurs repas ensemble. Ceux-ci peuvent d'ailleurs veiller les uns sur les autres au niveau des apports alimentaires. Pour ceux vivant en communauté, afin de briser la solitude, des offres ou rabais pourraient être offerts certaines journées de la semaine dans des restaurants. Cela pourrait devenir un moment de discussion (e.g. un rabais pour un café le dimanche après-midi). Des repas-partage pourraient aussi être instaurés par la ville quelques fois dans l'année afin de favoriser les échanges entre voisinage.

Enfin, au niveau des axes 6-9, c'est la promotion des bénéfices du vaccin et des bonnes méthodes de prévention des maladies qui gagneraient à être faites afin de briser quelques fausses croyances. Remettre un petit dépliant aux personnes âgées qui se font vacciner en CLSC ou faire de la promotion pour que les professionnels de la santé discutent en automne des bénéfices de ces méthodes pourraient peut-être améliorer les connaissances des personnes âgées.

### **5.7 Limites et forces de l'étude**

Malgré que cette recherche qualitative ait été complétée avec la rigueur possible tout au long de l'étude, elle comporte quelques limites inhérentes à la recherche qualitative. Les données rapportées sont spécifiques aux personnes âgées autonomes de 65 ans et plus, résidant à la résidence *Le Grand Manoir* ou en communauté dans Lanaudière et capables de communiquer aisément en Français, de s'alimenter de façon autonome et de compléter seules les activités de la vie quotidienne.

Concernant les sujets interrogés, il faut noter que les deux groupes n'habitent pas dans les mêmes villes, malgré le fait qu'elles soient bien proches. Ceci peut influencer la perception de certains environnements. De plus, il n'a pas été possible d'observer les conditions de vie et les conditions du domicile des personnes âgées vivant en communauté. Étant donné la visite à la résidence *Le Grand Manoir*, les détails sur les conditions de vie des personnes âgées y vivant

étaient plus faciles à documenter (e.g. leur menu hebdomadaire). Notons aussi que les deux groupes comportaient plus de sujets féminins que masculins.

Autre point, dû à un problème informatique, les entrevues n'ont pas été enregistrées intégralement. Il a tout de même été possible de noter le maximum d'informations, mais la vitesse de frappe de l'étudiante faisant la rédaction était la limite de retranscription maximale. Enfin, les personnes âgées rencontrées étaient volontaires pour participer à l'étude. Il est possible que leur intérêt pour la nutrition ait représenté un biais de sélection. Au-delà des limites mentionnées ci-haut, l'étude reste pertinente du point de vue scientifique. À notre connaissance, c'est l'une des premières à explorer la perception des déterminants des comportements alimentaires chez les personnes âgées autonomes dans Lanaudière selon leur milieu de vie.

## CONCLUSION

En conclusion, l'objectif principal était d'explorer les perceptions de l'importance de facteurs liés au vieillissement en santé sur les comportements alimentaires telle que rapportée par des personnes âgées autonomes d'une région rurale habitant dans la communauté ou au sein d'une résidence pour personnes âgées autonomes. Plus précisément, l'objectif était d'explorer et de comparer leur perception des déterminants des comportements alimentaires selon les axes de Cardinal et coll.

L'étude aura permis de connaître les perceptions des personnes âgées autonomes et relativement en santé en communauté et en résidence pour personnes âgées. Les répondants avaient la possibilité de s'exprimer librement. Maintenant que nous connaissons le niveau d'implication de ces personnes âgées, face à la nutrition et à la santé dans le cadre du vieillissement, il serait pertinent de poursuivre de plus amples études en nutrition publique afin de comprendre comment les rejoindre et élever leur intérêt sur certaines thématiques telles que l'image corporelle, la variété alimentaire, l'importance des collations dans une alimentation équilibrée, les solutions à prévoir en cas de perte d'autonomie dans les déplacements, l'importance d'activités préventives telle que la vaccination, la crédibilité des sources d'information en nutrition et les bénéfices des activités collectives en alimentation offertes dans la communauté.

Il est important de poursuivre la prévention et la promotion de la santé. Les professionnels de la santé dont les nutritionnistes sont d'excellents alliés pour favoriser les messages des saines habitudes de vie. Finalement, au-delà de l'alimentation, les environnements entourant les personnes âgées peuvent avoir une forte influence sur les déterminants des comportements alimentaires. À ce sujet des interventions au sein des résidences des personnes âgées et des interventions dans la communauté doivent être considérées.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Vielle, H. et coll. Les causes biologiques du vieillissement [en ligne]. 2016. Disponible: <http://www.longlonglife.org/fr/longevite/vieillessement/cause-biologique-du-vieillessement-et-longevite/>.
2. Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. Vieillessement et Santé. Organisation Mondiale de la santé, 2015. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>
3. Cardinal, L., et coll. Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel. Institut National de la Santé Publique du Québec et Agence de la Santé et des Services Sociaux de la Capitale-Nationale, [en ligne]. 2008; 58 p. Disponible: [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860\\_PerspectiveVieillessementSante.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillessementSante.pdf)
4. Statistique Canada [en ligne]. (CAN): Fichier de micro-données à grande diffusion (FMGD) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010 et 2011-2012. Disponible: [http://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss\\_lanaudiere/Documentation/Sante\\_publicue/Themes/Personnes\\_agees/VDL-Sante\\_generale-VF.pdf](http://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_lanaudiere/Documentation/Sante_publicue/Themes/Personnes_agees/VDL-Sante_generale-VF.pdf)
5. La Banque Mondiale [en ligne]. Groupe de la Banque Mondiale; 2017. Espérance de vie. Disponible : <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.LE00.IN>
6. Perspective monde [en ligne]. Université de Sherbrooke; 2016. Indice de développement humain IDH; Disponible: <http://perspective.usherbrooke.ca/>
7. Ibid 5.
8. Statistique Canada. Quatre-vingt-dix ans de changements dans l'espérance de vie au Canada [en ligne]. Statistique Canada; 2014. Rapport (82-624-X).
9. Statistique Canada. Les changements survenus dans les causes de décès de 1950 à 2012 [en ligne]. Statistique Canada; 2017. Disponible: <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-630-x/11-630-x2016003-fra.htm>
10. Gouvernement du Québec [en ligne]. Québec (CAN): Institut de la Statistique du Québec; 2017. Le Québec : Chiffres en main Édition 2017; Disponible: [http://www.stat.gouv.qc.ca/quebec-chiffre-main/pdf/qcm2017\\_fr.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/quebec-chiffre-main/pdf/qcm2017_fr.pdf)
11. Statistique Canada [en ligne]. (CAN): Base de données sur les naissances de la Statistique de l'état civil du Canada, 1981 à 2011, Rapport enquête (3231): Disponible:

- <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-209-x/2013001/article/11784/tbl/tbl02-fra.htm>
12. Université d'Ottawa [en ligne] 2015. Faits et chiffres: La chute des taux de natalité; Disponible: [https://www.med.uottawa.ca/sim/data/Birth\\_Rate\\_Decline\\_f.htm](https://www.med.uottawa.ca/sim/data/Birth_Rate_Decline_f.htm)
  13. Institut canadien d'information sur la santé. Le moment propice: Pourquoi l'âge de la mère est déterminant, [en ligne]. Septembre 2011; 25 p. Disponible: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/AIB\\_InDueTime\\_WhyMaternalAgeMatters\\_F.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/AIB_InDueTime_WhyMaternalAgeMatters_F.pdf)
  14. Organisation for Economic Co-operation and Development [en ligne]. 2017. Fertility rates; Disponible : <https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.htm>
  15. Statistique Canada [en ligne]. (CAN): Institut de la statistique du Québec; 2015. Enquête sur la population active; Disponible: <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2010107/article/11296-fra.htm>
  16. Statistique Canada [en ligne]. (CAN): CANSIM (base de données); 2017. Enquête sur les dépenses des ménages (EDM), dépenses des ménages, Canada, régions et provinces, annuel (dollars): Tableau 203-0021; Disponible: <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=fra&id=2030021>
  17. Institut de la statistique du Québec [en ligne]. (CAN): 14- Lanaudière et ses municipalités régionales de comté (MRC); Disponible: [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region\\_14/region\\_14\\_00.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_14/region_14_00.htm)
  18. SYLIA [en ligne]. (CAN): CISSS Lanaudière; 2009. Espérance de vie en santé sans incapacité; Disponible: [http://www.santelanaudiere.qc.ca/sylia/documentationsylia/esperance\\_vie\\_bonne\\_sante.pdf](http://www.santelanaudiere.qc.ca/sylia/documentationsylia/esperance_vie_bonne_sante.pdf)
  19. Corsini, V. Highly educated men and women likely to live longer: Life expectancy by educational attainment. Eurostat [en ligne]. 2010; Disponible: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3433488/5565012/KS-SF-10-024-EN.PDF/f2caf9d2-3810-4088-bdbe-2f636e6ecc48>
  20. INSPQ. L'insécurité alimentaire des ménages québécois: Mise à jour et évolution de 2005 à 2012, [en ligne]. 2014; (4): 12 p. Disponible: [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1858\\_Insecurite\\_Alimentaire\\_Quebecois.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1858_Insecurite_Alimentaire_Quebecois.pdf)
  21. INSPQ, Coup d'œil sur l'alimentation des adultes québécois, [en ligne]. 2007; 16 p. Disponible: [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/983\\_NutritionResume\\_FNL.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/983_NutritionResume_FNL.pdf)
  22. Gouvernement du Canada [en ligne]. Juillet 2015. Risque nutritionnel chez les Canadiens

- âgés; Disponible: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2013003/article/11773-fra.htm>
23. Banques alimentaires Canada. Rapport: Bilan- Faim 2016. Rapport [en ligne]. 2016; 36 p. Disponible: [https://www.foodbankscanada.ca/FoodBanks/MediaLibrary/HungerCount/hc-2016/Bilan-Faim\\_2016\\_final\\_singlepage.pdf](https://www.foodbankscanada.ca/FoodBanks/MediaLibrary/HungerCount/hc-2016/Bilan-Faim_2016_final_singlepage.pdf)
  24. Canadian Malnutrition Task Force. Malnutrition at hospital admission—contributors and effect on length of stay: A prospective cohort study [en ligne]. Janvier 2015; Disponible: <http://nutritioncareincanada.ca/sites/default/uploads/files/Malnutrition-at-Hospital-Admission.pdf>
  25. Moriguti, J.C. et coll., Energy Intake Compensation After 3 Weeks of Restricted Energy Intake in Young and Elderly Men, *Journal of Gerontology*, 2000; 55(A): p. B580
  26. Organisation mondiale de la santé. [en ligne]. Septembre 2015. Vieillesse et Santé; Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>
  27. Ferry, M. et coll. Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux cliniques et sociaux 3e édition éd. Paris (FRA): Édition Masson, 2007.
  28. Ferry, M. Prévention nutritionnelle ? *Gérontologie et société*. 2008; 31/125(2): p. 79-91.
  29. Vesnaver, E. et coll. Dietary resilience as described by older community-dwelling adults from the NuAge study If there is a will - there is a way! *Appetite*. 2011, 58(2): p. 730-8.
  30. Kino-Québec [en ligne]. (CAN): Gouvernement du Québec; 2005. Qui sommes-nous? <http://www.kino-quebec.qc.ca/qui.asp>
  31. Kino-Québec. L'activité physique, déterminant de la qualité de vie des personnes âgées de 65 ans et plus, [en ligne]. 2002; 60 p. Disponible: <http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/avisscientifiqueaines.pdf>
  32. Service de la promotion des saines habitudes de vie, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Vision de la saine alimentation: pour la création d'environnements alimentaires favorables à la santé, [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2010; 6p. Disponible: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-289-06F.pdf>
  33. Ministère de la Famille et des Aînés et Ministère de la Santé et des Services sociaux. Vieillir et vivre ensemble: chez soi, dans sa communauté, au Québec, [en ligne]. Gouvernement du Québec; Politique et plan d'action; 2012; 204 p.
  34. Emploi et développement social du Canada [en ligne]. (CAN): Gouvernement du Canada; 2016. Programme nouveaux horizons pour les aînés; Disponible:



<https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/aines/financement/apropos.html>

35. Gouvernement du Canada [en ligne]. (CAN): Mise à jour 2017. Journée nationale des aînés; Disponible: <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/campagne/jour-nationale-aines.html>
36. Gouvernement du Québec [en ligne]. (CAN): 2017. Accès aux services généraux et spécialisés; Disponible: <http://santecapitalnationale.gouv.qc.ca/acces-aux-services-generaux-et-specialises/>
37. AFMC. Chapitre 4: Les concepts de base de la prévention de la surveillance de la promotion de la santé. Dans: Notions de santé des populations de l'AFMC [en ligne]. Creative Commons. Ottawa (CAN): 2017. p. 107-125. Disponible: <http://phprimer.afmc.ca/Latheorieflechiralasante/Chapitre4LesConceptsDeBaseDeLaPrventionDeLaSurveillanceEtDeLaPromotionDeLaSant/Lestapesdelaprvention>
38. Ministère de la Famille et des Aînés [en ligne]. (CAN): Gouvernement du Québec; Qu'est-ce qu'une municipalité amie des aînés? [Mise à jour 2017]; Disponible: <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/aines/mada/pages/index.aspx>
39. Réseau universitaire intégré de santé. Répertoire des activités de prévention/promotion destinées aux personnes âgées sur le territoire du RUIS de l'Université de Montréal, 2e édition. [en ligne]. Montréal (CAN): Université de Montréal; Décembre 2012. 36 p.
40. FADOQ. État des lieux des résidences pour aînés du Québec, [en ligne]. Février 2015; 31 p. Disponible: [http://www.fadoq.ca/docs/documents/defensedesdroits/memoiresetavis/2015/Memoire\\_etatresidencesaines.pdf](http://www.fadoq.ca/docs/documents/defensedesdroits/memoiresetavis/2015/Memoire_etatresidencesaines.pdf)
41. OPDQ, Guides des compétences professionnelles, [en ligne]. 2017; 52 p. Disponible: <https://opdq.org/wp-content/uploads/2013/07/Guide-des-competences-professionnelles.pdf>
42. Classification nationale des professions (CNP) [en ligne]. Statistique Canada; 2011. 3132 - Diététistes et nutritionnistes. Disponible: [http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD\\_f.pl?Function=getVD&TVD=122372&CVD=122376&CPV=3132&CST=01012011&CLV=4&MLV=4](http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl?Function=getVD&TVD=122372&CVD=122376&CPV=3132&CST=01012011&CLV=4&MLV=4)
43. OPDQ. Mémoire Politique Vieillir et vivre ensemble – Chez soi, dans sa communauté, au Québec : élaboration d'un plan d'action 2018-2023, [en ligne]. Secrétariat aux aînés du ministère de la Famille ; Octobre 2017. 13 p. <https://opdq.org/wp->

content/uploads/2013/07/MemoireVVE\_OPDQ.pdf

44. OPDQ. [en ligne]. Deux titres, une profession. [cité en 2017]. Disponible: <https://opdq.org/qui-sommes-nous/deux-titres-une-profession/>
45. Greenfacts. [en ligne]. centre collaborateur du Programme des Nations Unies pour l'environnement (UNEP); Écosystème. [cité en 2017]. Disponible: [www.greenfacts.org/fr/glossaire/def/ecosysteme.htm](http://www.greenfacts.org/fr/glossaire/def/ecosysteme.htm)
46. Gouvernement du Québec. Cadre conceptuel de la santé et des ses déterminants, [en ligne]. 2010; 44 p. Disponible: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf>
47. Gouvernement du Québec. Chapitre S-4.2: Loi sur les services de santé et les services sociaux, Article 1. Dans: L.R.Q. [En Ligne]. [Modifié en 2017]. Disponible : <http://Legisquebec.Gouv.Qc.Ca/Fr/Showdoc/Cs/S-4.2>
48. Cardinal, L. et coll. Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel [en ligne]. (CAN): 2008. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale; Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec. 58 p.
49. Ibid 48.
50. INSPQ. Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants: résultat d'une réflexion commune, direction générale de la santé publique, [en ligne]. 2009; 42 p. Disponible: [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilite-populationnelle/figure\\_interactive\\_cadre\\_conceptuell.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilite-populationnelle/figure_interactive_cadre_conceptuell.pdf)
51. Payette, H. et coll. Nutrition as a Determinant of Successful Aging: Description of the Quebec Longitudinal Study NuAge and Results from Cross-Sectional Pilot Studies. Rejuvenation Research. 10 (3) 2007.
52. Payette, H. et coll. Étude longitudinale de la cohorte NuAge: Cadre théorique [en ligne]. 2013; Disponible: [http://www.rqrv.com/fr/init\\_NuAge.php](http://www.rqrv.com/fr/init_NuAge.php)
53. Organisation mondiale de la santé [en ligne]. Ottawa (CAN):21 novembre 1986; Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé: Première conférence internationale pour la promotion de la santé. Disponible: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>
54. Résidence le Grand Manoir [en ligne]. Saint-Jean-de-Matha (CAN): [consulté en 2017]. Disponible: <http://www.legrandmanoir.com/bienvenue.html>

55. Hsieh, H-F et coll. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*. 2005; 15 (9): p. 1277-1288
56. SCHL [en ligne]. Québec (CAN): Marché de l'habitation; 2016. Rapport sur les résidences pour personnes âgées au Québec; Disponible: [https://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/65989/65989\\_2016\\_A01.pdf?fr=1473690264143](https://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/65989/65989_2016_A01.pdf?fr=1473690264143)
57. Statistique Canada [en ligne]. (CAN): Gouvernement du Canada; 2015. La situation des personnes âgées dans les ménages; Disponible: [http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003\\_4-fra.cfm](http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_4-fra.cfm)
58. Ministère de la famille. Comment vivent les personnes âgées? Gouvernement du Québec [en ligne]. 2015; Bulletin Quelle Famille 3(3): 17 p. Disponible: <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/quelle-famille-automne-2015.pdf>
59. INSPQ. Portrait de la réalité des aînés d'aujourd'hui: Tableau santé [en ligne]. 2016. Disponible: <https://www.inspq.qc.ca/le-vieillissement-au-quebec>
60. ASPQ. Communiqué de presse: L'ASPQ insiste sur l'importance d'investir en prévention [en ligne]. 2016; 2 p. Disponible: <http://www.aspq.org/fr/salle-de-presse/communiques-et-publications/103/l-aspq-insiste-sur-l-importance-d-investir-en-prevention>
61. Société Canadienne du cancer [en ligne]. Historique de la lutte antitabac; Disponible: <http://www.cancer.ca/fr-ca/get-involved/take-action/what-we-are-doing/tobacco-control/history/?region=qc>
62. Morestin, F. et coll. Personnes âgées et adaptation du logement : présentation, résultats et perspectives du projet et de l'étude SADEER. *Gérontologie et société* [en ligne]. 2011; 34 (136): p. 141-155. Disponible: <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2011-1-page-141.htm>
63. SAAQ [en ligne]. Conducteurs aînés : le saviez-vous?; Disponible: <https://saaq.gouv.qc.ca/securite-routiere/clienteles/aines/saviez-vous/>
64. Crépeau, C. et coll. Les boîtes de repas prêts à cuisiner. Est-ce pour vous? Magazine Protégez-vous [en ligne]. 2017; Disponible: <https://www.protegez-vous.ca/Sante-et-alimentation/boites-pretres-a-cuisiner>
65. Wolfson, J. A., et coll. A comprehensive approach to understanding cooking behavior: Implications for research and practice. *British Food Journal* [en ligne]. 2017; 119 (5): p.1147-1158. Disponible: <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/BFJ-09-2016-0438>

66. Hartmann. C. et coll. Importance of cooking skills for a balanced food choices. *Appetite*. [en ligne]. 2013;65: p.125-131.
67. Kimura, Y., et coll. Eating alone among community-dwelling Japanese elderly: association with depression and food diversity. *The journal of nutrition, health & aging* [en ligne]. 2012; 16 (8):p.728-731.
68. Takeda et coll. Spatial, temporal and health associations of eating alone: A cross-cultural analysis of young adults in Australia and Japan,. *Appetite* [en ligne]. 2017; 118: p.149-160. Disponible: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666317307791>
69. Ferry M. et coll. The SOLINUT study: analysis of the interaction between nutrition and loneliness in persons over 70 years. *Journal of Nutrition Health Aging*. 2005; 9: p. 261-269.
70. Allepaerst, S. et coll. La nutrition de la personne âgée. *Revue médicale de Liège*. 2014; 69 ( 5-6): p. 244-250.
71. Drewnowski A. et coll. Impact of aging on eating behaviors, food choice, nutrition, and health status. *J Nutr Health Aging* [enligne]. 2001; 5: p.75-79.
72. Robert S.B. et coll. Control of food intake in older men. *JAMA* [en ligne]. 1994; 272:p. 1601- 1606.
73. Horowitz M et coll. Changes in gastric emptying rates with age. *Clin Sci* [en ligne]. 1984; 67: p. 213-219.
74. Zbigniew, K. et coll. Anorexia of Aging: human studies. *Vitamins and Hormones* [en ligne]. 2013; 92: p.320-347
75. Prêcheur I. et coll. Lutte contre la dénutrition des personnes âgées dépendantes : nouvelles approches en odontologie. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2015; 13 (1): p.22-30.
76. Mondon, K. et coll. Perception du goût et des odeurs au cours du vieillissement normal et pathologique : mise au point. Septembre 2014; 12(3): p.313-320.
77. INSPQ. Résumé du rapport. La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois: coup d'œil sur l'alimentation des adultes québécois, [en ligne]. 2009; 16 p. [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/983\\_NutritionResume\\_FNL.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/983_NutritionResume_FNL.pdf)
78. Tańska, M., et coll. Attitudes of elderly people towards new and unfamiliar food. *Handel Wewnętrzny*.2017; 1 (366):p. 368-376.
79. Anlasik T. et coll. Dietary habits are major determinants of the plasma antioxidant status in healthy elderly subjects. *British Journal of Nutrition* [en ligne]. 2005; 94: p. 639–642.

- Disponible: <https://www.cambridge.org/core/journals/british-journal-of-nutrition/article/dietary-habits-are-major-determinants-of-the-plasma-antioxidant-status-in-healthy-elderly-subjects/5B64706D664173FB8269E89A8EB8EC2F#>
80. Riediger, N. D. et coll. Patterns of fruits and vegetables consumption and the influence of sex, age and socio-demographic factors among Canadian elderly. *Journal of the American College of Nutrition*. 2007; 27 (2): p. 306-313.
81. OPDQ [en ligne]. Manuel de nutrition clinique: évaluation nutritionnelle. Disponible: <https://opdq.org/mnc/evaluation-nutritionnelle/>
82. Brousseau, J. Alimentation des personnes âgées recevant le service de popote roulante [Mémoire en ligne]. Québec (CAN): Université Laval, Collection Canada; 163 p. <http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk3/ftp04/mq33587.pdf>
83. MAPAQ [en ligne]. (CAN): 2015. Statistiques; 2015. Disponible: [https://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Publications/Bottin\\_Statistique2015.pdf](https://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Publications/Bottin_Statistique2015.pdf)
84. Turcotte, A.-L. L'intolérance au lactose. *L'actualité pharmaceutique* [en ligne]. 2012; 4 p. Disponible: [http://www.professionsante.ca/files/2012/05/LAP63\\_001-004.pdf](http://www.professionsante.ca/files/2012/05/LAP63_001-004.pdf)
85. Scrimshaw N.S. et coll. The acceptability of milk and milk products in populations with a high prevalence of lactose intolerance. *American Journal of Clinical Nutrition* [en ligne]. 1988; 48 (4): p. 1079. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=3140651>.
86. Savoirs laitiers. La prévalence de l'intolérance au lactose, [en ligne]. Producteurs laitiers; données scientifiques. Disponible: <https://www.savoirlaitier.ca/donnees-scientifiques/intolerance-au-lactose/la-prevalence-de-l-intolerance-au-lactose>
87. Lesser et coll. Nutrition myths and healthy dietary advice in clinical practice. *American Family Physician*. 2015;91(9): p.634-638. Disponible: <https://www.aafp.org/afp/2015/0501/p634.html>
88. Cornil, Y. et coll. Pleasure as an ally of healthy eating? Contrasting visceral and Epicurean eating pleasure and their association with portion size preferences and wellbeing. *Appetite* [en ligne]. 2015; 8 p. <http://faculty.insead.edu/pierre-chandon/documents/Articles/CORNIL%20CHANDON%20Epicurean%20Pleasure%20APPETITE%20PRINT.pdf>
89. Conceição, E. M. et coll. Prevalence of eating disorders and picking/nibbling in elderly women. *International Journal of Eating Disorders* [en ligne]. 2017; 50 (7): p.793-800. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28301060>

90. Emiliussen, J. et coll. Why do some older adults start drinking excessively late in life? Results from an interpretative phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [en ligne]. 2017; 31 (4): p. 974-983.
91. Ministère de la santé et des services sociaux. [en ligne]. Gouvernement du Québec; Statistiques de santé et de bien être selon le sexe - Tout le Québec [Mise à jour 2017]; Disponible: <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/consommation-de-supplements-de-vitamines-et-de-mineraux/>
92. Olives, J.P. Microbiote intestinal: Quoi de neuf? *Réalités pédiatriques* [en ligne]. 2013; 182: p.13-15. Disponible: [http://www.realites-pediatriques.com/wpcontent/uploads/sites/3/2016/04/RP\\_182\\_Olives.pdf](http://www.realites-pediatriques.com/wpcontent/uploads/sites/3/2016/04/RP_182_Olives.pdf)
93. Abrada, S. Probiotiques et leur intérêt dans la prévention des troubles digestifs [Thèse en ligne]. Rabat (MAR):Université de Mohammed V; 2017. Disponible: <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/15463>
94. Gouvernement du Québec. L'industrie des produits de santé naturels [en ligne]. Québec (CAN): Direction de la santé et des biotechnologies. Bibliothèque nationale du Québec; 2005. p. 1-58.
95. Dussault, V. Les produits de santé naturels : Les perceptions, les pratiques de consultation et les besoins de formation de nutritionnistes du Québec [Mémoire en ligne]. Québec (CAN): Université de Montréal; 2014. Disponible: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12404?locale-attribute=fr>
96. Vilner A. The use of natural health products in a sample of community-living older adults [Mémoire en ligne]. Toronto (CAN): Université de Toronto; 2002. Disponible: <http://www.worldcat.org/title/use-of-natural-health-products-in-a-sample-of-community-living-older-adults/oclc/54460468>
97. Ferraro, R. F. et coll. Aging, Body Image, and Body Shape. *J. Gen. Psychol.* [en ligne]. 2008; 135 (4): p. 379-392. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18959228>
98. Mangweth-Matzek, B. et coll. Never too old for eating disorders or body dissatisfaction: A community study of elderly women. *Int J Eat Disord.* [en ligne]. 2007; 40 (2): p. 193. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17078123>

99. Łopaciuk, A. et coll. Global beauty industry trends in the 21st century. Management, knowledge and Learning International Conference 2013 [en ligne]. (POL): Maria Curie-Skłodowska University; 2013; p.1079-1087. Disponible: <http://www.toknowpress.net/ISBN/978-961-6914-02-4/papers/ML13-365.pdf>
100. Bailey, A. K. et coll. Exploring the complexities of body image experiences in middle age and older adult women within an exercise context: The simultaneous existence of negative and positive body images. *Body Image* [en ligne]. 2016; 17: p.88-89. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26989980>
101. Lipowska, M. et coll. Gender differences in body-esteem among seniors: Beauty and health considerations. *Arch. Gerontol. Geriatr.* [en ligne]. 2016; 67:p. 160-170. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27544462>
102. Rakhkovskaya, L. M. et coll. Body dissatisfaction in older adults with a disabling health condition. *Journal of Health Psychology* [en ligne]. 2017; 22 (2): p. 248-254. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27544462>
103. Legrand, L. D. L'apparence dentaire: son importance sur le jugement de traits de caractère des autres et les préférences des personnes âgées pour elles-mêmes [Thèse en ligne]. Genève (CHE): Université de Genève; 2008. Disponible: <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:695>
104. Ibid 51.
105. McKay, D. L. et coll. Nutrition information sources vary with education level in a population of older adults. *Journal of the American Dietetic Association* [en ligne]. 2006; 106 (7): p. 1108-1111. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16815128>
106. Brown, M. T. et coll. Medication Adherence: WHO Cares? *Mayo Clinic Proceedings* [en ligne]. 2011; 86 (4): p. 304–314. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21389250>
107. Raine, Kim D. Determinants of Healthy Eating in Canada: An Overview and Synthesis. *Canadian Journal of Public Health* [en ligne] 2005; 96: p. S8-S14. Disponible: <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/1499/1688>
108. Payette, H. et coll. Determinants of healthy eating in community-dwelling elderly people. *Revue Canadienne de Santé Publique*. 2005; 96: S27-S31.
109. Jabbour, M. Les facteurs ayant une influence négative sur la qualité alimentaire chez les personnes âgées vivant dans la communauté au Québec [Mémoire en ligne]. Montréal (CAN):

- Université de Montréal; 2010. Disponible: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4707>
110. Aubé, D. et coll. Portrait de la réalité des aînés d'aujourd'hui: tableau [en ligne]. INSPQ. [consulté en 2017]. Disponible: <https://www.inspq.qc.ca/le-vieillissement-au-quebec>
111. Johnson, C. S. et coll. Relationship between fear of falling and perceived difficulty with grocery shopping. *The Journal of Family & Aging* [en ligne]. (CAN): 2016; 4 p. Disponible: <http://www.aging-news.net/wp-content/uploads/2017/03/Article-Relationship-Johnson.pdf>
112. Pettigrew, S. et coll. The role of food shopping in later life Author links open overlay panel. *Appetite* [en ligne]. 2017; 111: p. 71-78. Disponible: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019566631631008X>
113. Institut de la statistique du Québec. Vie des générations et personnes âgées [en ligne]. Québec (CAN): 2004; 1: 42 p. Disponible: [http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01614FR\\_Person\\_agees\\_2004H00F01.pdf](http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01614FR_Person_agees_2004H00F01.pdf)
114. Ministère de la santé et des services sociaux [en ligne]. (CAN): Gouvernement du Québec; Statistiques de santé et de bien être selon le sexe - Tout le Québec: Insécurité alimentaire [Mise à jour 2017]; Disponible: <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/insecurite-alimentaire/>
115. Bird, C. L. et coll. Educating limited resource older adults for better choices to lower risk of food insecurity. *International Journal of Consumer Studies* [en ligne]. 2017; 41(2): p. 225-233. Disponible: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijcs.12333/full>
116. Menec, V. H., et coll. Conceptualizing age-friendly communities. *La Revue canadienne du vieillissement* [en ligne]. 2011; 30 (3): p. 479-493. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21745427>
117. Novek, S. et coll. Older adults' perceptions of age-friendly communities in Canada: a photovoice study. *Ageing & Society* [en ligne]. 2014; 34 (6): p. 1052-1072. Disponible: [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/4037A3EA29231D437114DDE9C2B1EA0B/S0144686X1200150Xa.pdf/older\\_adults\\_perceptions\\_of\\_agefriendly\\_communities\\_in\\_canada\\_a\\_photovoice\\_study.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/4037A3EA29231D437114DDE9C2B1EA0B/S0144686X1200150Xa.pdf/older_adults_perceptions_of_agefriendly_communities_in_canada_a_photovoice_study.pdf)
118. Ibid 56.



119. Nieuwenhuizen W.F. et coll. Older adults and patients in need of nutritional support: review of current treatment options and factors influencing nutritional intake. *Clinical Nutrition* [en ligne]. 2009; 29 (2): p. 160-169. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19828215>
120. CISSS Lanaudière. Plan d'action régional de santé publique 2016-2020: La santé publique dans Lanaudière : Faire mieux, ensemble!, [en ligne]. Disponible: [http://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss\\_lanaudiere/Documentation/Sante\\_publique/Plans/PAR-detaille-DSPublique.pdf](http://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_lanaudiere/Documentation/Sante_publique/Plans/PAR-detaille-DSPublique.pdf)
121. Labrie, Y. Accroître le rôle du pharmacien pour améliorer l'accès aux soins. Article IEDM, La note économique, Collection Santé [en ligne]. 2015; 4 p. Disponible: [https://www.iedm.org/sites/default/files/pub\\_files/note0415\\_fr.pdf](https://www.iedm.org/sites/default/files/pub_files/note0415_fr.pdf)
122. Jackson, J. et coll. Explaining Student Interest and Confidence in Providing Care for Older Adults: The Role of Demographics and Life Experiences. *Journal of Gerontological Nursing* [en ligne]. 2017; 43(3): p. 13-18. Disponible: <http://europepmc.org/abstract/med/27598267>
123. Bourdesseol, H. et coll. INPES- Préférences et attentes des personnes âgées en matière d'information sur la santé et la prévention. *revue Évolutions* [en ligne]. 2009; 17: 6 p. Disponible: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1192.pdf>
124. Association des pharmaciens du Canada. Tableau: Champs d'exercice des pharmaciens du Canada [en ligne]. 2016; Disponible: <https://www.pharmacists.ca/>
125. Conklin, A. I. Social relationships and healthful dietary behaviour: Evidence from over-50s in the EPIC cohort. *Journal of Social Science & Medicine* [en ligne]. 2014; 100: p. 167-175. Disponible: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795361300470X>
126. Shankar, A. et coll. Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychology*, 2011; 30 (4): p. 377-385. Disponible: <https://pdfs.semanticscholar.org/c468/3c7b9c807385fe85a2b341a20fd225d4ab4d.pdf>
127. Chapentier, M. et coll. Vieillir au pluriel: perspectives sociales [en ligne]. Québec (CAN): Presses de l'Université du Québec; 2010. 532 p. Disponible: [https://books.google.fr/books?id=oP0kNSrsY-MC&lpg=PA245&ots=-9-u8ypq95&dq=%C3%A9n%C3%A9ration%20sandwich&lr=lang\\_fr&hl=fr&pg=PP1#v=onepage&q=%20sandwich&f=false](https://books.google.fr/books?id=oP0kNSrsY-MC&lpg=PA245&ots=-9-u8ypq95&dq=%C3%A9n%C3%A9ration%20sandwich&lr=lang_fr&hl=fr&pg=PP1#v=onepage&q=%20sandwich&f=false)

128. Smith-Carrier, T. et coll. It makes you feel more like a person than a patient: patient's experiences receiving home-based primary care (HBPC) in Ontario, Canada: Context. Health and social care [en ligne]. (CAN): 2016; 25 (2): p. 723-733. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27287281>
129. Roberts, A. R. et coll. Quality of Life Trajectories of Older Adults Living in Senior Housing. Research on Aging [en ligne]. 2017; 24 p. Disponible: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0164027517713313>
130. Song, H. et coll. The influence of social interactions on senior customers' experience and loneliness. 15th A. Pac. CHRIE Conference, 31 May - 03 June 2017 [en ligne]. 2017; Bali (INA): Disponible: <http://www.apacchrie2017.com>
131. Institut de santé publique du Québec. Vieillessement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec. [en ligne]. 2010; Tableau 13: Population de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, 2006 et 2031. Disponible: [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1082\\_VieillessementPop.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1082_VieillessementPop.pdf)
132. Zizza, C.A. et coll. Benefits of snacking in older Americans. Journal of the American Dietetic Association [en ligne]. 2017; 107 (5): p. 800-806. Disponible: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002822307001885>
133. Payette, H. Nutrition as a determinant of functional autonomy and quality of life in aging : a research program. Can J Physiol Pharmacol [en ligne]. 2005; 83: p. 1061-1070. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16391715>
134. OPDQ. Mémoire: Consultation publique sur les conditions de vie des personnes âgées : un enjeu de société, une responsabilité qui nous interpelle tous [en ligne]. Secrétariat aux aînés du ministère de la Famille et des Aînés; 2007; 68 p. Disponible: [https://www.opdq.org/wp-content/uploads/2013/08/OPDQ\\_MemoireConditionVieAines\\_2007.pdf](https://www.opdq.org/wp-content/uploads/2013/08/OPDQ_MemoireConditionVieAines_2007.pdf)
135. Chénard, G. Ressources bibliographies: Photovoice [en ligne]. Unipsed; 2015. Disponible: <http://unipsed.net/ressource/photovoice>
136. Biron, A. Perception de la profession de diététistes et de ses enjeux par des diététistes et des étudiants finissants en nutrition du Québec [Mémoire en ligne]. Montréal (CAN): Université de Montréal; 2013. Disponible: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10656>

137. Bouchard, D. R. Obésité et capacité physique chez la personne âgée [Thèse]. Sherbrooke (CAN): 2008.
138. Boussoco, J. et coll. P030: Représentations sociales culinaires dans la population française : « Faire la cuisine », quelle place pour la notion de santé ? Nutrition Clinique et Métabolisme [en ligne]. 2014; 28 (1): p. S83-S84. Disponible: <https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.elsevier-928082ec-3b02-3863-9ec9-83d5e426fdf4>
139. Cardon, P. Cuisine et dépendance. Journal des anthropologues [En ligne]. 2017; p. 140-141. Disponible: <http://journals.openedition.org/jda/6062>
140. Bert, E. et coll. Importance de l'état bucco-dentaire dans l'alimentation des personnes âgées. Gérontologie et société [en ligne]. 2010; 33 / 134 (3): p. 73-86. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2010-3-page-73.htm>
141. Brownie, S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? International Journal of Nursing Practice [en ligne]. 2006; 12 (2): p.110-118. Disponible: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2006.00557.x/full>
142. Macht, M. et coll. The Pleasures of Eating: A Qualitative Analysis. Journal of Happiness Studies [en ligne]. 2005; 6: p.137-160. Disponible: <https://doi.org/10.1007/s10902-005-0287-x>
143. Wang, W. C. et coll. Social ideological influences on reported food consumption and BMI. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity [en ligne]. 2008; 5 (20): 11 p. Disponible: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-5-20>
144. MAPAQ. Ventes au détail de produits alimentaires dans les grands magasins au Québec [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2016, 20 p. Disponible: <https://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/publications/ventesdetailproduitsalimentaires.pdf>
145. Canadian Malnutrition Task Force. Nutritional assessment: comparison of clinical assessment and objective variables for the prediction of length of hospital stay and readmission, American Journal of Clinical Nutrition [en ligne]. 2015; 101: p. 956-965. Disponible: [http://www.nutritioncareincanada.ca/sites/default/uploads/files/Precis-of-Nutrition-Indicators\\_Fr.pdf](http://www.nutritioncareincanada.ca/sites/default/uploads/files/Precis-of-Nutrition-Indicators_Fr.pdf)
146. Canadian Malnutrition Task Force. Malnutrition at hospital admission—contributors and effect on length of stay: A prospective cohort study Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, [en ligne]. 2016; 40 (4): p. 487-497. Disponible:

[http://www.nutritioncareincanada.ca/sites/default/uploads/files/Precis-of-Malnutrition-at-Hospital-Admission\\_Fr.pdf](http://www.nutritioncareincanada.ca/sites/default/uploads/files/Precis-of-Malnutrition-at-Hospital-Admission_Fr.pdf)

147. Ministère de la santé et des services sociaux. Cadre de référence: Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2011, 205 p. Disponible: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>
148. Gochard, A., et al. Carence en vitamine B12, ataxie cérébelleuse et troubles cognitifs. Revue neurologique [en ligne]. 2009; 165 (12): p. 1095-1098. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003537870900188X>
149. Réseau universitaire intégré de santé. Guide d'implantation du partenariat de soins et de services: vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient [en ligne]. 2014; 66 p. Disponible: [http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide\\_implantation1.1.pdf](http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf)

# ANNEXES

## ANNEXE 1: Exemples concrets d'adaptation d'environnements selon le MADA

### *Habitat: Chez-soi, ressources d'habitation et Milieux de vie (environnement de proximité)*

Établir une réglementation pour les maisons multi-générationnelles

Favoriser le développement de ressources d'habitation adaptées à tous les âges de la vie;

Favoriser la construction de ressources d'habitation innovantes

Organiser des activités et des fêtes valorisant l'entraide entre les citoyens;

Développer des milieux de vie offrant des services de proximité pour les aînés.

### **Participation sociale: Vie sociale et récréative; emploi et mentorat**

Mettre en place une politique de reconnaissance et soutenir les organismes de loisirs et culturels pour les aînés;

Mettre en place un service culturel et de loisirs joignant les aînés

Promouvoir le transfert des connaissances des travailleurs expérimentés;

Organiser des projets de mentorat dans les milieux de travail entre les travailleurs expérimentés et les nouveaux travailleurs.

### **Respect et inclusion sociale: Sensibilisation contre l'âgisme et relation intergénérationnelles**

Mettre en œuvre une campagne de sensibilisation pour contrer l'âgisme;

Favoriser la reconnaissance de la contribution des aînés à la société;

Réaliser des initiatives de mentorats impliquant plusieurs générations.

Réaliser une campagne de sensibilisation contre la maltraitance envers les aînés;

Offrir aux policiers, dans certaines municipalités, une formation sur la maltraitance envers les aînés.

Organiser des projets de rencontres intergénérationnelles

Favoriser les relations intergénérationnelles dans la tenue des festivals et des fêtes de quartier

### **Engagement social et citoyen: Bénévolat et vie associative et vie démocratique**

Développer et soutenir les associations d'aînés.

Créer des espaces pour les aînés afin qu'ils contribuent à la vie politique de la municipalité

**Communication et information: Proximité**

Créer un carrefour d'informations pour aînés;

Adapter l'information aux besoins particuliers des aînés;

Mettre en place et promouvoir une ligne téléphonique d'information

**Soutien communautaire et services de santé: Services à domicile et communautaires**

Établir des partenariats avec les coopératives de services à domicile existantes (par exemple : tonte de gazon, déneigement, entretien ménager);

Établir des partenariats avec les différents acteurs des services de santé (par exemple : organisateur communautaire et service de soutien à domicile du (CISSS) ou (CIUSSS) associés au territoire de la municipalité).

Mettre en place un programme PAIR;

Établir des partenariats avec des organismes communautaires

**Espaces extérieurs et bâtiments: Aménagement urbain et accessibilité universelle**

Améliorer la signalisation routière aux différentes intersections de la municipalité;

Aménager des aires de repos (par exemple : bancs publics, toilettes publiques);

Améliorer l'accès piétonnier aux quartiers.

Favoriser l'accès aux commerces et aux bâtiments publics

**Transport: Mobilité accrue**

Implanter un projet de navette OR dans un quartier de la municipalité;

Instaurer une tarification unique (plutôt que par passage) pour les aînés utilisateurs du transport collectif;

Élaborer un code de conduite pour les utilisateurs d'aide à mobilité motorisée;

Mettre en place un service d'accompagnement et de transport dans les petites localités.

## **ANNEXE 2 : Description des 9 axes de Cardinal et coll.**

### **Axe 1) Améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d'adaptation de la personne âgée en agissant sur :**

- Ses connaissances, ses attentes, ses valeurs, croyances et attitudes face à la santé, au vieillissement, au déclin fonctionnel;
- Sa vie spirituelle et le sens qu'elle donne à sa vie;
- L'estime d'elle-même et la perception de son utilité et de l'importance de sa contribution, de sa capacité à atteindre des objectifs pour soi et pour la collectivité, sa motivation à les atteindre;
- Ses compétences personnelles et sociales (capacité de résolution de problèmes, gestion du stress, capacité d'entrer en relation avec autrui, autogestion de la santé);
- Son éducation, sa littératie, son fonctionnement cognitif;
- sa force physique, son endurance et sa résistance;
- Son revenu personnel;
- Ses habitudes de vie et autres comportements liés à la santé (ex. : utilisation appropriée des médicaments, utilisation des services préventifs, comportements sécuritaires).

### **Axe 2) Créer des milieux de vie sains et sécuritaires en agissant sur :**

- La qualité du lieu de résidence, à domicile ou en institution publique ou privée : sécurité, salubrité, propreté, convivialité, possibilité d'intimité;
- La qualité de vie du quartier (accessibilité, sécurité, propreté, convivialité), du voisinage;
- La sécurité des lieux publics qu'elle fréquente;
- L'ensemble des infrastructures et dispositifs qui favorisent la réalisation des activités de la vie courante;
- Les conditions du travail bénévole ou rémunéré de la personne âgée;
- La disponibilité et l'accessibilité de l'ensemble des produits, biens et services de proximité nécessaires à la réalisation des activités quotidiennes (commerces, services institutionnels et communautaires, loisirs, divertissements, transport en commun, transport adapté).

### **Axe 3) Améliorer l'environnement général et les conditions de vie de la personne âgée en agissant sur :**

- Les normes sociales concernant le vieillissement et les personnes âgées;
- L'ensemble des programmes et politiques publiques, à tous les niveaux de gouvernance (local, municipal, régional, provincial et national), notamment dans les domaines social et sanitaire, de l'environnement, du transport, de l'économie, du travail, de l'éducation, des loisirs, de l'immigration, de la sécurité publique et de la justice.

**Axe 4) Organiser adéquatement les services de santé et les services sociaux nécessaires (prévention, traitement, réadaptation, accompagnement et soins de fin de vie) en agissant sur :**

- Les connaissances, valeurs, croyances et attitudes des gestionnaires et intervenants du réseau de la santé et de services sociaux à l'égard du vieillissement, des problèmes, besoins et préférences de la personne âgée, de ses proches et de sa famille;
- Les structures de rôles et responsabilités des organisations;
- Les mécanismes de partage de l'information, de participation et de prise de décision;
- Les relations qui existent entre la personne âgée, sa famille et les intervenants;
- Les compétences, les pratiques professionnelles et interprofessionnelles, incluant les pratiques cliniques préventives;
- Les liens sectoriels, intersectoriels et communautaires;
- Les caractéristiques de l'organisation et de l'utilisation des services de première ligne et spécialisés, allant de la prévention jusqu'à l'accompagnement de fin de vie, en passant par le traitement et la réadaptation : intégration, continuité, accessibilité et globalité;
- La mise en œuvre des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles nécessaires.

**Axe 5) Favoriser l'engagement et la participation sociale de la personne âgée et améliorer le soutien à la personne et à ses proches aidants en agissant sur :**

- L'ensemble des valeurs, croyances et attitudes face au potentiel et aux besoins de la personne âgée, à l'importance de son rôle dans la communauté;
- Les liens de la personne âgée avec sa famille et ses proches;
- Les liens de la personne âgée avec les membres de sa communauté;
- Les liens de la personne âgée avec toutes les générations;
- Les possibilités pour la personne âgée de s'engager dans des activités qui ont un sens pour elle, de se développer et de participer à la vie sociale dans la réciprocité;
- La qualité du réseau de soutien « informel » (ex. : proches aidants) et « formel » (ex. : soignants, ministres du culte) pour répondre aux besoins affectifs, relationnels, spirituels et instrumentaux de la personne âgée.

**Axe 6) Éviter l'apparition des problèmes psychosociaux de santé mentale et physique**

**Axe 7) Détecter les problèmes de santé physique et agir précocement**

**Axe 8) Détecter les problèmes psychosociaux et de santé mentale et agir précocement**

**Axe 9) Gérer adéquatement les conditions chroniques**



## ANNEXE 3: Approbation éthique



Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)

### Formulaire de dépôt de dossier

#### IDENTIFICATION DU PROJET

Titre du projet	Perception de l'importance de facteurs liés au vieillissement sur les comportements alimentaires telle que rapportée par des personnes âgées autonomes et semi-autonomes de la région de Lanaudière.
Date où le recrutement devrait débuter	2016-08-01
Date de fin de projet* (approx.)	2017-12-31

\* Notez qu'un projet est considéré comme étant terminé quand le rapport final est remis à l'organisme subventionnaire ou, dans le cas des projets étudiants, que la thèse ou le mémoire est déposé. Dans un tel cas, nous vous invitons à joindre le rapport final, le mémoire ou la thèse à votre courriel de réponse.

#### REQUÉRANT PRINCIPAL (CHERCHEUR OU ÉTUDIANT DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL)

Prénom	cassandra
Nom	robaille
Matricule	p1009346
Titre	Étudiante de maîtrise
Faculté	Faculté de médecine
Département	nutrition
Courriel institutionnel	cassandra.robaille@umontreal.ca
Téléphone	450-898-6278

#### ÉTUDIANT(E) :

Diplôme postulé :	M.Sc. en nutrition publique (option mémoire)
Directeur(trice) :	Marie Marquis, Professeure, Dt. P. Ph. D., Faculté de médecine et département de nutrition, marie.marquis@umontreal.ca
Codirecteur(trice) :	aucun

#### COORDONNATEUR DE RECHERCHE (LE CAS ÉCHÉANT, SI DIFFÉRENT D'UN DES REQUÉRANTS)

Prénom	
Nom	
Courriel institutionnel	
Téléphone	

#### ÉVALUATION SCIENTIFIQUE (OBLIGATOIRE)

Faite par :	Dr Bryna Shatenstein, directrice du département de nutrition.
-------------	---

**AUTRES REQUÉRANTS AFFILIÉS À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**

	Deuxième requérant	Troisième requérant	Quatrième requérant
Prénom			
Nom			
Matricule			
Titre	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.
Faculté	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.
Département			
Courriel	pre nom.nom@umontreal.ca	pre nom.nom@umontreal.ca	pre nom.nom@umontreal.ca
Téléphone			

**COLLABORATEURS NON-AFFILIÉS À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**

Prénom Nom, affiliation, courriel
-----------------------------------

**SOURCE DE FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

Type de financement	<input checked="" type="checkbox"/> Non financé <input type="checkbox"/> Bourse	<input type="checkbox"/> Subvention <input type="checkbox"/> Commandite	<input type="checkbox"/> Contrat
Organisme subventionnaire			
Programme			
Numéro d'octroi			
Chercheur principal (si différent d'un des requérant)			
Titre de l'octroi (si différent du projet)			

**CONFLITS D'INTÉRÊTS**

Êtes-vous en situation de conflit d'intérêts dans le cadre de ce projet?	non
Est-ce qu'un <a href="#">membre du CERES</a> est en conflit d'intérêts avec le projet?	non

**Modalité d'ÉVALUATION**

Les participants sont-ils mineurs (moins de 18 ans)?	non
Les participants sont-ils des majeurs inaptes?	non
Les participants sont-ils vulnérables?	non
Le projet se déroule-t-il dans un ou des établissements du réseau de la santé et des services sociaux?	non

**AIDE-MÉMOIRE**

<input checked="" type="checkbox"/>	Formulaire de dépôt de dossier dûment rempli
<input checked="" type="checkbox"/>	Copie des évaluations scientifiques
<input checked="" type="checkbox"/>	Description du projet de recherche (devis de recherche, plan de projet, protocole ou demande de subvention)
<input type="checkbox"/>	Copie de la demande de subvention ou du contrat (le cas échéant)
<input type="checkbox"/>	Documents transmis aux participants (lettre, annonce, affiche, dépliant, questionnaire, outils de collecte, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	<a href="#">Formulaire d'information et de consentement</a>
<input type="checkbox"/>	<a href="#">Essai clinique</a> : Le projet est-il enregistré ?

Pour plus d'information, nous vous invitons à consulter notre site web

[www.ceres.umontreal.ca](http://www.ceres.umontreal.ca)

adresse postale  
C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant  
4e étage, bur. 430-11  
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604  
ceres@umontreal.ca  
[www.ceres.umontreal.ca](http://www.ceres.umontreal.ca)

6 mars 2018

Objet: Certificat d'approbation éthique - 1er renouvellement – « Perception de l'importance de facteurs liés au vieillissement sur les comportements alimentaires telle que rapportée par des personnes âgées autonomes et semi-autonomes de la région de Lanaudière »

Mme Cassandre Robitaille,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) a étudié votre demande de renouvellement pour le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences qui prévalent. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Guillaume Paré  
Conseiller en éthique de la recherche.  
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)  
Université de Montréal

c.c. Gestion des certificats, BRDV  
Marie Marquis, professeure titulaire, Faculté de médecine - Département de nutrition  
Jean-Pierre Lefebvre (nutrition)  
p.j. Certificat #16-106-CERES-D(1)

**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE**

- 1<sup>er</sup> renouvellement -

*Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal*

<b>Projet</b>	
<b>Titre du projet</b>	<b>Perception de l'importance de facteurs liés au vieillissement sur les comportements alimentaires telle que rapportée par des personnes âgées autonomes et semi-autonomes de la région de Lanaudière</b>
<b>Étudiante requérante</b>	<b>Cassandra Robitaille (ND), Candidate à la M. Sc. en nutrition publique, Faculté de médecine - Département de nutrition</b>
<b>Sous la direction de</b>	<b>Marie Marquis, professeure titulaire, Faculté de médecine - Département de nutrition, Université de Montréal</b>

<b>Financement</b>	
<b>Organisme</b>	<b>Non financé</b>
<b>Programme</b>	
<b>Titre de l'octroi si différent</b>	
<b>Numéro d'octroi</b>	
<b>Chercheur principal</b>	
<b>No de compte</b>	

**MODALITÉS D'APPLICATION**

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

Guillaume Paré  
Conseiller en éthique de la recherche.  
Comité d'éthique de la recherche en santé  
Université de Montréal

<b>6 mars 2018</b> Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission*	<b>1er avril 2019</b> Date du prochain suivi
<b>11 juillet 2016</b> Date du certificat initial	<b>1er avril 2019</b> Date de fin de validité

\*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat

## ANNEXE 4 : Grille de questionnaire

Explorer et comparer leur perception du rôle des aptitudes individuelles et de leurs capacités d'adaptation sur leur comportement alimentaire

1. Avec le vieillissement, on observe quelques fois des changements dans la force physique, l'endurance ou la résistance, ce qui peut influencer l'autonomie à faire des activités ou à se déplacer. Avez-vous remarqué ceci et comment le tout a-t-il eu une influence sur votre alimentation?

- Oui  
 Non

Si oui, (veuillez préciser) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Le vieillissement a-t-il amené des changements dans votre situation financière qui auraient eu ou auraient pu avoir un impact sur votre alimentation?

- Oui  
 Non

Si oui, (lesquelles) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Le vieillissement peut mener à des changements dans notre façon de cuisiner.

a) Qui s'occupe généralement de préparer vos repas?

b) Si vous êtes la personne qui cuisine, avez-vous remarqué ceci? Sinon, remarquez-vous un changement dans le temps consacré à la cuisine de cette personne qui s'occupe de vos repas?

- Oui  
 Non

(veuillez préciser) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. En vieillissant, on note quelques fois une diminution de l'appétit et de la grosseur des portions. Est-ce que vous avez remarqué ceci ? Si oui, est-ce que le tout a influencé votre alimentation?

- Oui  
 Non

(veuillez préciser) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. À quoi ressemble une journée typique dans votre alimentation?

Exemples: Est-ce différent selon les saisons?

Déjeuner

Dîner

Souper

Collation AM

Collation PM

Collation Hs

(veuillez préciser) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fruits et légumes

Viandes et substituts

Produits laitiers

Produits céréaliers

Desserts

Produits sucrés et/ou salés

Boissons : jus, eau, boissons gazeuses, alcool, café/thé

Supplément (vit/min)

Substitut de repas

6. Comment le fait de vieillir a-t-il changé votre perception du rôle de l'alimentation pour garder notre santé? (veuillez préciser) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Si quelqu'un dans votre entourage avait une question en lien avec son alimentation, par exemple, contrôler son diabète, perdre du poids, soulager des problèmes intestinaux, qui lui conseillerez-vous de voir? Selon la réponse: Y aurait-il un livre, une émission de tv, un spécialiste, auquel vous pensez.



Oui



Non

Sources d'information: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. En vous comparant avec d'autres personnes de votre âge, comment considérez-vous vos connaissances dans le domaine de la nutrition? \_\_\_\_\_

Si vous vous considérez plus élevé que la moyenne, vous arrive-t-il de discuter et/ou d'informer d'autres personnes âgées par rapport à l'alimentation et à la nutrition?

(veuillez préciser) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Pour vous, que signifie avoir une bonne alimentation?

(veuillez préciser) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Percevez-vous que vous avez une bonne alimentation?

Oui

Non

Y a-t-il des choses vous aimeriez améliorer?

Oui

Non

Autre: (veuillez préciser) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Quelle importance accordez-vous à votre poids? Expliquez.

(Veuillez préciser) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c.-à-d. Apparence, santé, autre

Explorer et comparer leur perception de l'importance du milieu de vie sur leur comportement alimentaire  
Haut du formulaire

**12. Considérez-vous votre quartier sécuritaire et adapté pour vos déplacements?**

Oui

Non

(veuillez préciser) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**13. Quelles méthodes utilisez-vous pour acheter des aliments en épicerie?**

	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autobus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Livraison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aucun des choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(veuillez préciser) \_\_\_\_\_

14. Diriez-vous que les commerces sont faciles d'accès dans votre quartier pour faire vos achats alimentaires/épiceries?

- Oui
- Non
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

15. Quels types de magasins fréquentez-vous pour faire vos achats alimentaires?

- Épicerie (c.-à-d. Métro, IGA, Maxi)
- Grande surface (c.-à-d. Wal-Mart, Costco)
- Marchés locaux (c.-à-d. boulangerie, boucherie, pâtisserie, fruiterie)
- Dépanneur (c.-à-d. Couche-Tard, dépanneur du coin)
- Traiteur
- Magasin multi-items (Korvette, Dollorama, Tigre Géant)
- Pharmacie
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

Explorer et comparer leur perception de l'importance des services de santé et des services sociaux sur leur comportement alimentaire

16. Voyez-vous un médecin à chaque année?

- Oui
  - Non
- Si non (veuillez préciser la fréquence) \_\_\_\_\_

17. Est-ce un médecin de famille qui fait le lien avec les autres spécialistes?  
Exemple: Cardiologue.

- Oui
  - Non
- Si non, veuillez préciser qui le fait. \_\_\_\_\_

18. Voyez-vous d'autres spécialistes de la santé annuellement ?

- Dentiste
- Optométriste
- Physiothérapeute
- Ergothérapeute
- Nutritionniste
- Prothésiste
- Naturopathe



Massothérapeute   
Ostéopathe   
Travailleur social   
Autre

**19. Pour les spécialistes de la santé que vous consultez, ont-ils déjà abordé avec vous les besoins alimentaires spécifiques des personnes âgées?**

- Oui  
 Non

Si oui, selon vous, avaient-ils une compétence pour aborder le sujet?

- Oui  
 Non

Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

**20. Si oui, vous est-il alors arrivé de changer vos habitudes alimentaires? Merci de préciser le changement.**

- Oui  
 Non

(veuillez préciser) \_\_\_\_\_

**21. Y a-t-il des situations auxquelles vous pensez pour lesquelles il serait important qu'une personne âgée consulte ces professionnels ( peut-être même en présence d'un membre de sa famille ou d'un proche) pour parler de son alimentation?**

(veuillez préciser) \_\_\_\_\_

**22. Comment trouvez-vous l'offre de services de santé disponible dans votre communauté par rapport à vos besoins (suffisance des services)?**

Exemple: Facilité d'accès à un médecin, Conseils d'un pharmacie, Aide à domicile, Service de la cuisinière.  
(veuillez préciser) \_\_\_\_\_

**23. Selon vous quel est le rôle d'une nutritionniste (diététicienne) et comment elle peut être utile lors du vieillissement ?**

(veuillez préciser) \_\_\_\_\_

Explorer et comparer leur perception de l'importance de l'engagement et de leur participation sur leur comportement alimentaire

**24. Participez-vous à des activités dans des organismes communautaires?**

Si oui, participez-vous à des activités dans des organismes communautaires qui offrent:

	Oui	Non
Des activités aux personnes âgées en lien avec l'alimentation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des activités à des clientèles de différents groupes d'âge en lien avec l'alimentation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(veuillez préciser) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**25. Avez-vous l'habitude de partager vos repas et vos collations avec quelqu'un?**

(veuillez préciser) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**26. Il est souvent difficile de trouver des moments de rencontre avec des amis. Est-ce possible pour vous d'avoir des occasions pour partager des repas avec eux?**

- Oui  
 Non

(veuillez préciser) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**27. Il est souvent difficile de trouver des moments de rencontre avec des membres de sa famille, des enfants ou des petits-enfants selon le cas. Est-ce possible pour vous d'avoir des occasions pour partager des repas avec eux?**

- Oui  
 Non

(veuillez préciser) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**28. À quelle fréquence allez-vous manger à l'extérieur de la résidence ou de chez vous? (c.-à-d. restaurant, ami, famille, etc.)**

- À tous les repas  
 1 fois par jour  
 3-4 fois par semaine  
 1-2 fois par semaine  
 1-2 fois par mois  
 1-2 fois par année

b) Si vous côtoyez les restaurants, quels sont vos préférés? \_\_\_\_\_

c) Pour quelles raisons aimez-vous aller au restaurant? \_\_\_\_\_

d) Pour quelles occasions allez-vous au restaurant? c.-à-d. déjeuner, fête, fin de semaine, etc.

Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autres objectifs liés aux axes 5-9

**29. Êtes-vous atteint d'une maladie telles que diabète, cholestérol, ostéoporose, etc.?**

- Oui
- Non

Si oui, (veuillez préciser) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**30. Fumez-vous?**

- Oui
- Non

Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

**31. Selon votre état de santé, comment percevez-vous le suivi et le soutien médical que vous recevez?**  
(veuillez préciser) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**32. Avec le vieillissement, on a observé que les individus ont quelques fois moins de défense contre les maladies(un système immunitaire plus faible). Que faites-vous pour prévenir les infections?**

(veuillez préciser) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**33. Croyez-vous que les campagnes de prévention en santé telles que les campagnes de vaccination sont importantes?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

**34. Vous êtes:**

- Un homme
- Une femme

**35. Votre âge:**

- 65-69 ans
- 70-74 ans
- 75-79 ans
- 80-84 ans
- 85-89 ans
- 90 ans et plus

**36. Vous habitez:**

- En résidence pour personnes âgées
- En appartement
- En condo
- En maison

C'est votre demeure actuelle depuis combien d'année(s)? \_\_\_\_\_

**37. Vous parlez:**

- Français
- Anglais
- Autre: \_\_\_\_\_

**38. Vous vivez:**

- Seul
- Avec votre conjoint
- Avec un ami
- Avec un frère ou une sœur
- Avec un neveu ou une nièce
- Avec votre garçon ou votre fille

**39. Dans la vie de tous les jours, avez-vous besoin d'aide pour vos activités quotidiennes?**

**Exemple: Se déplacer, faire à manger, faire des tâches ménagères.**

- Oui
- Non

(veuillez préciser) \_\_\_\_\_

**40. Si vous avez besoin d'aide, vous pouvez compter sur:**

- Votre conjoint
- Votre frère ou votre sœur
- Votre neveu ou nièce
- Votre fils ou votre fille
- Votre ami
- Votre voisine
- Le personnel de votre résidence
- Vous n'avez personne en cas de besoin

## **ANNEXE 5: Résumés des sujets**

### **1. RÉSUMÉ SUJETS MANOIR**

#### **1.1 Résumé sujet pré-test 1-R**

Dame veuve de 85-89 ans vivant seule à la résidence pour personnes âgées depuis 11 ans. Fait de l'apnée du sommeil et a fait un AVC dans la dernière année. Remarque une diminution dans l'endurance. Fait ses activités plus lentement. Madame ne cuisine plus depuis qu'elle est en résidence et a remarqué une diminution des portions par rapport à son domicile. Mange 3 repas par jour et rarement une collation. Sa ressource en alimentation serait l'infirmière de la résidence ou encore des livres. Elle s'intéresse à l'alimentation pour maintenir son poids: pour la santé et un peu pour l'apparence. Croit qu'elle a de meilleures connaissances en nutrition par rapport aux autres personnes de son âge puisqu'elle a de l'intérêt. Au besoin, fait ses achats alimentaires en épicerie ou en grande surface avec sa famille. Madame considère services de santé faciles d'accès et identifie les cuisinières comme étant aussi un service de santé. Le médecin de famille de madame est aussi le médecin de la résidence. Elle décrit son service médical comme étant 5 étoiles. Participe aux activités de l'organisme communautaire de la résidence, mais pas en lien avec l'alimentation. Madame mange 1 à 2 soirs par semaine dans son appartement et sort 1 à 2 fois par semaine manger dans la famille ou au restaurant. Considère plus facile de voir ses amis à la résidence. Enfin, madame croit aux campagnes de promotion de la santé comme la vaccination, malgré le fait que selon elle, il n'était pas bon l'an passé.

#### **1.2 Résumé sujet 1-M**

Dame veuve de 85-89 ans vivant seule à la résidence pour personnes âgées depuis 11 ans. Madame identifie une diminution de l'autonomie, les déplacements sont plus difficiles. Fait un peu de cholestérol et perd l'équilibre, mais n'a pas de maladie chronique autre. Ne cuisine pas, consomme ce qui lui est offert par la cuisine de la résidence. Madame a les mêmes habitudes alimentaires depuis qu'elle habite à la résidence. Elles sont toutefois différentes par rapport à celles acquises à son ancien domicile. Elle prend 3 repas par jour et grignote entre les repas. Madame n'identifie pas de changement dans ses portions. Si quelqu'un lui parlait d'alimentation, madame ne suggérerait pas de ressource puisqu'elle considère que cela ne la concerne pas. Elle ne se préoccupe pas de son alimentation par rapport à sa santé : elle consomme ce qu'on lui offre. Le poids l'importe par rapport à l'apparence et à ses déplacements. Elle associe le gain de poids à des déplacements plus difficiles. Mme fait ses achats alimentaires (pour ses grignotines) dans les épiceries et grandes surfaces à l'aide de sa voiture. Elle considère qu'elle a un bon service de santé. Madame ne participe pas à des organismes communautaires, mais sort pour manger à l'extérieur de la résidence avec sa

famille, ses amis et au restaurant au moins 3-4 fois par semaine. Elle apprécie les restaurants locaux pour le social et rencontrer ses amis. Enfin, elle suit les recommandations des campagnes de promotion de la santé parce qu'on lui dit de le faire c.-à-d. le médecin qui suggère le vaccin.

### 1.3 Résumé Sujet 2-M

Dame veuve de 85-89 ans habitant seule en résidence pour personnes âgées depuis 13 mois. Madame identifie une diminution de l'autonomie, mais n'est pas atteinte d'une maladie chronique. A maintenant besoin d'une marchette et a décidé de ne pas renouveler son permis de conduire. Madame n'identifie pas de changement dans ses habitudes alimentaires. Elle cuisine moins et préfère consommer les repas de la résidence. Consomme 3 repas par jour, mais aucune collation. Madame identifie une diminution de l'appétit avec le vieillissement. Si elle a des questionnements par rapport à l'alimentation, se réfère à la gérante ou encore aux préposés de la résidence. Le poids est quelque chose qui la préoccupe par rapport à l'apparence. Ne veut pas peser le double et se compare aux autres résidents en terme de portions alimentaires. Il y a un an, madame utilisait sa voiture pour faire ses achats alimentaires. Elle fréquentait les épiceries, le *Walmart* et le *Korvette*. Maintenant, le personnel de la résidence ou ses amis font ses commissions. Madame considère qu'il n'y a pas beaucoup de services de santé dans la région, mais que la pharmacie est très accessible et que les services reçus sont bons. Ne participe pas à un organisme communautaire et a cessé de participer aux activités de la résidence depuis diminution de l'autonomie. Madame mange 1 à 2 fois par mois à l'extérieur de la résidence et considère avoir assez de moments pour partager des repas avec famille et amis. Madame aime aller dans les restaurants locaux puisqu'ils sont bons et pas chers. Enfin, elle croit aux campagnes de vaccination et aux conseils de santé que le curé lui donnait plus jeune, mais ne fait rien en particulier pour se protéger des infections.

### 1.4 Résumé Sujet 3-M.

Homme en couple de 70-74 ans vivant seul à la résidence pour personnes âgées depuis 8 ans. Conjointe en ressource intermédiaire dans la même résidence. Atteint d'insuffisance rénale chronique et à risque d'anévrisme, monsieur remarque diminution de l'autonomie depuis dialyse péritonéale. Appétit et apports alimentaires ont aussi changé depuis. Mange de moins grosses portions et suit les recommandations de la nutritionniste de l'hôpital. Mange 3 repas par jour et grignote parfois entre les repas. Pas de changement dans sa façon de cuisiner, ne cuisine pas. S'il a des questions en lien avec l'alimentation, se réfère à sa nutritionniste à l'hôpital avec qui il a un suivi 1x/mois. Ne donne pas de conseils aux autres, croit que c'est chacun de ses affaires. Croit qu'il est important de faire attention à son alimentation et contrôle son poids pour sa santé. Monsieur fait ses achats alimentaires dans les épiceries à l'aide de sa voiture. Considère qu'il y a plus de variété à Joliette. Monsieur croit que les services de santé sont disponibles dans la région et considère qu'il reçoit un bon service. Monsieur participe aux activités communautaires de la résidence. Il en est le président et organisme parfois des

activités en lien avec l'alimentation. En moyenne, 5 repas/ semaine sont pris à l'extérieur, surtout la fin de semaine avec la famille. N'a pas de restaurant préféré, apprécie surtout le fait de ne pas avoir à cuisiner. Enfin, monsieur considère que les campagnes de promotion de santé sont importantes, mais se pose des questions par rapport aux informations données dans les médias (monsieur semble parler de ce qu'il entend aux nouvelles et lit dans les journaux). Il croit que ses spécialistes et intervenants ont les compétences pour le conseiller.

### 1.5 Résumé Sujet 4-M

Dame célibataire de 65-69 ans vivant seule à la résidence pour personnes âgées depuis 1 mois. Sa langue maternelle est l'anglais, parle aussi bien français. Atteinte d'arthrose et de douleur chronique secondaire à un accident et une chirurgie, elle remarque une diminution de l'autonomie. Mme remarque mieux s'alimenter depuis son arrivée à la résidence. Mange tout de même moins qu'avant. L'associe à la diminution des activités. Madame ne cuisine plus. Prend 3 repas par jour mais pas de collation. Si elle a une question en lien avec l'alimentation, elle demanderait spontanément à un médecin ou une nutritionniste. La première situation à laquelle il serait important de consulter une nutritionniste qui lui vient en tête est le fait qu'elle peut être utile chez les troubles de comportements alimentaires. Ne se baserait pas sur la télévision. Pour elle, il est important de faire attention aux portions consommées pour la santé (identifie augmentation douleur avec augmentation poids) et accorde aussi importance au poids par rapport à l'apparence. Madame utilise voiture pour aller faire ses achats alimentaires à l'épicerie. Croit que les services de santé sont adéquats et trouve la pharmacie accessible. Participe aux activités communautaires de la résidence. Madame mange 1 fois par trimestre au restaurant avec sa fratrie et adore le resto-bar sportif *Le Ranch* pour les prix, la variété et le goût. Enfin, croit que les campagnes de promotion de santé sont importantes puisqu'elles fonctionnent pour elle et voit son médecin tous 2 mois.

### 1.6 Résumé sujet 5-M

Dame en couple de 65-69 ans vivant à la résidence pour personnes âgées avec son conjoint depuis 8 mois. Remarque légère diminution de l'autonomie suite aux blessures; plus difficile le matin. N'est pas atteinte de maladie chronique. En vieillissant, elle est plus préoccupée par son activité physique. Considère bien manger au quotidien. Madame cuisine toujours autant pour recevoir de la visite ou manger avec son conjoint. Prend 3 repas par jour et une collation en soirée. Si n'aime pas le repas de la résidence, cuisine ou va au restaurant. Madame limite la viande rouge, le pain et le lait de vache. Remarque avoir diminué un peu les portions, mais toujours bon appétit. Diminution consommation des fruits reliée à l'augmentation de leur coût. Madame se réfère à internet, aux professionnels de santé ou encore aux livres de régimes pour répondre à ses questions sur l'alimentation. S'intéresse au végétarisme, aux combinaisons alimentaires et aux aliments sans gras. Accorde une importance au poids par rapport à la santé. Madame fait ses achats alimentaires en voiture dans les épiceries et dans les marchés locaux. Serait intéressée par un marché de PSN. Trouve que le réseau de santé est difficilement

accessible dans la région, mais qu'elle reçoit de meilleurs services depuis qu'elle a un médecin de famille. Madame ne participe pas aux activités d'un organisme communautaire. Elle sort 1 à 2 fois par semaine voir sa famille et ses amis. Ses petites-filles viennent dîner à la résidence le midi en semaine. Madame choisit le restaurant en fonction des préférences de sa belle-mère que son conjoint et elle amènent souper une fois par semaine. Enfin, madame croit que les campagnes de promotion de santé sont importantes et mange des aliments antioxydants pour se protéger des infections. Elle identifie que le médecin et la nutritionniste l'ont conscientisé à de saines habitudes de vie.

### 1.7 Résumé sujet 6-M

Homme en couple de 65-69 ans vivant en appartement à la résidence pour personnes âgées depuis 8 mois. N'est pas atteint d'une maladie chronique, mais est limite pour le cholestérol. Ne remarque pas de diminution de l'autonomie mais plutôt une plus grande fatigue à la fin de la journée. Mange les repas de la résidence ou ceux de sa conjointe. Cuisine sur le BBQ ou prépare les collations. Pas de changement dans sa façon de préparer les repas ni dans son appétit. Prend 3 repas par jour et une collation en soirée. Ne mange plus de deuxième assiette puisqu'il bouge moins qu'avant. S'il a une question en lien avec l'alimentation, il demande à sa conjointe. C'est elle qui l'a conscientisé à la saine alimentation et qui lui fait manger plus de fibres et boire plus d'eau. Monsieur pense plus au tour de taille qu'au poids. Monsieur utilise sa voiture pour faire ses achats alimentaires dans les épiceries et dans les marchés locaux. Identifie qu'il est plus difficile de bien s'alimenter à cause de l'augmentation du coût des aliments. Monsieur identifie qu'il y a un manque dans le service de santé lorsque la personne n'a pas de médecin. Note toutefois les actes possibles de l'infirmière à la résidence, mais que c'est le médecin qui a le plus de pouvoir de décision. Monsieur ne participe pas aux activités d'un organisme communautaire. Partage tous ses repas avec un couple d'amis et sa conjointe, en plus de ses petites-filles les midis de la semaine. Mange à l'extérieur 1 à 2 fois par semaine et perçoit qu'il est difficile d'avoir le temps de partager un repas avec sa famille. Les restaurants sont choisis selon les préférences de sa mère. Il apprécie surtout le fait de ne pas avoir à faire le repas et qu'il n'y ait pas d'odeur alimentaire dans l'appartement. Enfin, il croit aux campagnes de promotion de la santé et considère avoir un bon service avec son médecin de famille.

### 1.8 Résumé sujet 7-M

Homme célibataire de 85-89 ans vivant seul à la résidence pour personnes âgées depuis 6 mois. Depuis un moment, se déplace avec marchette. Est atteint de zona et a un suivi pour myocarde. Fumeur occasionnel, utilise la pipe l'été. Monsieur ne cuisine pas, mange 3 repas par jour préparés par la résidence, mais aucune collation. Essaie de ne pas manger trop «pesant», mentionnant que son estomac est usé. L'arrivée en résidence a augmenté sa variété alimentaire: plus de fruits et légumes, plus de variété dans les repas, meilleur équilibre alimentaire, partage de repas avec autrui et meilleur rythme prandial. Avant, monsieur



préparait des repas simples qui duraient plusieurs jours. Diminution de l'appétit avec diminution des activités. Sa meilleure ressource en alimentation et en médecine est le Bel-Âge et un peu 2 filles le matin. Monsieur croit avoir de bonnes connaissances en alimentation, mais n'en parle pas avec ses voisins. Accorde de l'importance au poids pour maintenir le poids sur la balance. A perdu du poids suite aux recommandations du médecin et a identifié que de ne pas manger beaucoup fait perdre des forces. Au besoin, monsieur utilise sa voiture pour aller acheter des aliments à l'épicerie ou au dépanneur. Monsieur trouve que les services de santé sont faciles d'accès et que son suivi médical est bien. Monsieur participe aux activités communautaires de la résidence. Partage tous ses repas avec les résidents et mange à l'extérieur 1 à 2 fois par semaine pour une occasion spéciale ou pour voir la famille. Enfin, il croit que les campagnes de promotion de santé sont utiles pour éliminer les maladies et considère son médecin compétent.

### 1.9 Résumé sujet 8-M

Homme célibataire (ancien curé) de 85-89 ans vivant seul à la résidence pour personnes âgées depuis 7 ans et demi. Depuis son diagnostic de dégénérescence maculaire, diminution de l'autonomie; marche plus lentement avec sa canne. Souffre aussi de haute pression et de cholestérol. Monsieur prend 2 déjeuners (des céréales à 6h00, puis des rôties à 8h30), et 2 autres repas par jour avec une collation en après-midi. Identifie avoir perdu le goût de cuisiner depuis quelques années, mais a toujours bon appétit. Remplit tout de même le congélateur pour la visite. Monsieur limite certains aliments comme les féculents et consomme 2 à 3 *Ensure<sup>MD</sup>* par semaine. Sa ressource par rapport à l'alimentation serait de consulter une nutritionniste. En vieillissant, il est plus préoccupé de manger les bonnes choses. Il a un intérêt surtout par rapport aux protéines et à l'harmonie des repas. L'importance de son poids est pour sa santé. Monsieur fait faire ses achats alimentaires à l'épicerie par des amis. Monsieur identifie que les services de santé sont adéquats à la résidence. Mentionne avoir un médecin à Montréal qui le suit via internet. Envoie ses signes vitaux à son infirmière. Monsieur ne participe pas à des organismes communautaires. Monsieur mange à l'extérieur 1 à 2 fois par mois. Préfère les restaurants comme Benny et La fourchette parce qu'il connaît le menu. Identifie aussi manquer de possibilité pour partager des repas avec sa famille qui est éloignée. Ne veut pas non plus déranger pour le transport et a une crainte de prendre l'autobus. Enfin, pour se protéger des infections, monsieur met des sacs d'oignons à des emplacements stratégiques dans son appartement. Croit aux campagnes de promotion de santé, mais se dit qu'étant donné que les autres les appliquent (c.-à-d. vaccins), il n'a pas besoin de le faire.

### 1.10 Résumé sujet 9-M

Dame en couple de 75-79 ans vivant à la résidence pour personnes âgées avec son conjoint depuis 5 mois. Atteinte d'arthrite et d'hypothyroïdie, ne remarque pas de diminution d'autonomie ni de diminution d'appétit. Madame remarque cuisiner beaucoup moins depuis arrivée résidence. Fait quelques repas qu'elle congèle en cas où elle n'apprécierait pas le repas

de la résidence ou pour de la visite. Madame prend 3 repas par jour et 1 à 2 collations et partage tous ses repas avec son conjoint. Avait l'habitude de prendre *Ensure*<sup>MD</sup> lorsqu'elle sortait dans la journée. Madame identifie ne pas avoir de ressource en alimentation. Si a une question, demanderait à sa fille infirmière ou à sa petite-fille. N'a pas d'intérêt en particulier pour l'alimentation et l'importance de son poids est relié à sa santé. Voit son médecin aux 2-3 ans. Oublie de l'appeler pour prendre rendez-vous; c'est sa fille qui la questionne et appelle. Madame fait ses achats alimentaires à l'épicerie ou dans les grandes surfaces avec sa famille. Madame trouve que les services de santé sont adéquats avec un médecin, mais difficile d'accès si on n'a pas de médecin de famille. Ne participe pas aux activités d'un organisme communautaire. Madame mange à l'extérieur 1 à 2 fois par mois pour les occasions ou avec la famille. Identifie que depuis la vente de la voiture et l'arrivée en résidence, plus difficile de voir amis et famille éloignée. N'a pas de préférence pour les restaurants, ne choisit pas. Enfin, madame croit que les campagnes de promotion de santé sont importantes. Remarque que son conjoint a moins souvent le rhume depuis qu'il se fait vacciner.

## 2. RÉSUMÉ DES SUJETS EN COMMUNAUTÉ

### 2.1 Résumé sujet pré-test1-C

Dame en couple de 70-74 ans vivant en maison avec son conjoint depuis plus d'une vingtaine d'années. Madame n'est pas atteinte d'une maladie chronique et fait de la prévention pour son cholestérol. A cessé de fumer hier (arrête quelques semaines à quelques mois, puis recommence). Identifie diminution de rapidité dans les activités, mais est toujours active. En vieillissant, madame a changé ses habitudes alimentaires parce qu'elle prenait du poids. Choisit des produits sans sucre, sans gras, fait le programme d'amaigrissement *Belle et Mince*. Madame cuisine moins qu'avant. Mange 3 repas par jour et une collation en après-midi. Madame a diminué grosseur des portions. Les ressources en alimentation de madame sont nombreuses: Programme *Belle et Mince* depuis 2008, revues, programmes de télévision, nutritionniste, pharmacien. Madame s'intéresse à l'alimentation pour avoir un meilleur rythme de vie. Accorde une importance à son poids pour l'apparence et pour la santé. Madame fait ses achats alimentaires dans les épiceries à l'aide de sa voiture. Madame ne considère pas que l'accès aux services de santé est toujours facile. Remarque qu'elle a un rendez-vous annuel avec le médecin qu'elle ne considère pas toujours nécessaire, mais que les services sont difficiles à recevoir lorsqu'on en a vraiment besoin. Madame participe aux activités de la FADOQ et a fait beaucoup de bénévolat dans le passé dans plusieurs organismes communautaires. Commence à diminuer. Madame mange 1 fois par jour à l'extérieur de la maison, la plupart du temps au restaurant pour déjeuner ou dîner. Identifie facilité à partager des repas avec les amis, mais plus difficile avec la famille. Enfin, madame croit que les campagnes de promotion de santé sont importantes, surtout pour les personnes âgées.

## 2.2 Résumé sujet pré-test 2-C

Homme en couple de 75-79 ans vivant en maison avec sa conjointe depuis plus d'une vingtaine d'années. Monsieur n'est pas atteint d'une maladie chronique, remarque toutefois une diminution dans la force et le besoin de prendre plus de temps dans ses activités. Monsieur cuisine de petites choses comme du gruau, c'est sa conjointe qui fait les repas. Ne remarque pas de changement dans sa façon de cuisiner. Identifie toutefois que s'il était seul, il mangerait plus souvent des burgers au restaurant du coin. Monsieur contrôle ses portions parce qu'il remarque prendre du poids plus rapidement en vieillissant. Prend 3 repas par jour. Si n'a pas le temps de se faire un repas, mange 2 pommes. Monsieur ne remarque pas de changement dans son appétit. Ses ressources en alimentation sont un magasin de PSN, le médecin, la télévision ou encore sa conjointe. Monsieur s'intéresse à l'alimentation seulement pour sa santé; fait des changements alimentaires lorsqu'il remarque prendre trop de poids ou de ventre. Monsieur fait ses achats alimentaires à l'épicerie avec sa voiture, mais c'est plus souvent sa conjointe qui se déplace. Monsieur considère qu'il n'est pas facile d'avoir de conseils de santé avec nos services de santé actuels. Monsieur ne croit pas que tous ses professionnels et spécialistes de santé ont les compétences d'aborder la nutrition avec lui. Monsieur participe aux activités de la FADOQ et aux activités organisées d'un groupe de vélo. Fait parfois des activités en lien avec l'alimentation et avec différents groupes d'âge. Monsieur prend 1 repas par jour à l'extérieur de son domicile, principalement pour aller déjeuner ou dîner avec sa conjointe au restaurant. Enfin, monsieur croit que les campagnes de promotion de santé sont importantes et fait attention aux courants d'air chauds vs froids en plus de bien s'habiller afin de se protéger des infections.

## 2.3 Résumé sujet 1-F

Dame en couple de 65-69 ans, retraitée et vivant en maison depuis longtemps avec conjoint et fils. Atteinte de problèmes cardiaques, de lichen blanc et à la prédiabétique, elle identifie une diminution de l'autonomie physique et une baisse d'énergie vers 16h00. Depuis sa retraite, prend plus le temps de cuisiner et cultive son potager. Madame mange 3 repas par jour et 1 collation en après-midi. Diminution de l'appétit remarquée avec le temps. Madame partage tous ses repas avec son conjoint et quelques fois avec son fils. Au niveau alimentaire, pour une question, elle référerait aux livres ou aux professionnels. A travaillé avec une nutritionniste. Avec ses amis, elle se considère comme une ressource, mais spécifie leur dire ne pas être médecin. Son intérêt pour son poids est spécifiquement pour sa santé. Madame se déplace en voiture pour faire ses achats alimentaires dans les épiceries et dans les marchés locaux. Elle trouve les services de santé ordinaires et déplore le long temps d'attente pour avoir un rendez-vous. Madame participe à des organismes communautaires comme la FADOQ et l'été fait des activités avec les maraîchers. Madame mange à l'extérieur de son domicile 1 à 2 fois par mois et très rarement dans les restaurants. Elle préfère recevoir sa famille et ses amis afin d'éviter l'isolement. Enfin, madame ne croit pas que les campagnes de promotion de la santé fonctionnent nécessairement et ne fait rien en particulier pour se protéger des infections.

## 2.4 Résumé sujet 2-F

Dame célibataire de 65-69 ans vivant seule en appartement depuis novembre 2016 et revenant bientôt dans sa maison qu'elle habitait depuis 17 ans avant un incendie. Atteinte de glaucome et de sténose spinale, madame identifie une baisse d'énergie plutôt qu'une diminution de l'autonomie. N'a pas l'habitude de cuisiner beaucoup et diminution de l'appétit dernièrement. Madame prend seulement un café pour déjeuner, un *Ensure<sup>MD</sup>* pour dîner et un repas complet au souper. Estime sa consommation d'alcool à 10 verres par semaine. Se limite aussi dans ses choix alimentaires. Ancienne infirmière, sa ressource en alimentation serait la nutritionniste. Nomme préférer se mêler de ses affaires plutôt que de suggérer des conseils. Accorde beaucoup d'importance au poids pour l'image corporelle et l'apparence. Commence à faire plus attention à son alimentation avec changement de santé. Madame fait ses achats alimentaires dans les épiceries, les magasins à grande surface, les marchés locaux et occasionnellement les traiteurs et se déplace avec sa voiture. Par rapport aux services de santé, elle se dit choyée par les services reçus. Madame est inscrite à la FADOQ, mais participe peu aux activités des organismes communautaires. Madame mange 1 à 2 fois par jour à l'extérieur de son domicile, principalement pour son déjeuner. Elle aime surtout les restaurants de type café pour l'ambiance, l'atmosphère feutrée et le social. Se sent chez elle. Madame voit ses frères et sœurs pour les occasions et identifie limiter les sorties avec les amis puisqu'elle est la plus vieille et manque parfois d'énergie. Enfin, madame croit que les campagnes de promotion de santé sont utiles pour faire réfléchir les populations.

## 2.5 Résumé Sujet 3-F

Dame célibataire de 65-69 ans vivant dans la maison de son fils avec sa famille depuis 9 ans. Atteinte de problèmes cardiaques et de diverticulites, madame remarque diminution de la force, mais reste toujours active. Fait de la danse et du gym. Depuis son infarctus, madame s'alimente selon le régime méditerranéen. Madame cuisine souvent et se prépare d'avance des repas préportionnés pour le dîner ou au besoin si elle n'aime pas le repas de famille. Elle mange 3 repas par jour et 2 à 3 collations par jour. Son appétit n'a pas changé, mais elle fait plus attention aux portions. Madame a participé à un programme de 12 semaines de saines habitudes de vie au centre ÉPIC. C'est sa ressource en alimentation. Elle recommanderait sinon de s'informer au CLSC ou aux spécialistes. Elle considère tout de même avoir un bon service. Madame fait partie d'une recherche à l'institut de cardiologie. Madame a plus d'intérêt pour l'alimentation en vieillissant et fait principalement attention à son poids pour sa santé, mais un peu aussi pour sa coquetterie. Madame fait ses achats alimentaires dans les épiceries, les grandes surfaces, les marchés locaux et les *Dollorama* avec l'aide de sa voiture. Selon elle, il y a peu de services de santé disponibles. Il faut plutôt aller au privé. Madame vient de s'inscrire à un organisme communautaire, mais n'a pas encore fait d'activité avec eux. Pour ce qui est des repas, madame mange seule seulement le midi. Elle partage les autres repas avec sa famille et 1 à 2 fois par semaine, principalement le vendredi soir, elle mange dans les restaurants pour se réunir avec ses amis. Enfin, madame croit aux campagnes de promotion de

la santé et prend des précautions pour prévenir les infections comme utiliser du désinfectant à main et ne pas donner la bise en hiver.

## 2.6 Résumé sujet 4-F

Dame en couple de 70-74 vivant dans une maison avec son conjoint depuis 14 ans. Fait de la fibrillation auriculaire et remarque une diminution de l'autonomie. Madame cuisine souvent, mais en moins grande quantité. Aimerais changer ses habitudes et essayer de nouveaux aliments, mais conjoint préfère sa routine et l'alimentation traditionnelle. Madame mange 3 repas par jour et parfois une collation en après-midi. Remarque une diminution de l'appétit en vieillissant. Si quelqu'un avait une question avec l'alimentation, madame référerait à un spécialiste. A déjà eu rendez-vous avec nutritionniste, mais n'a pas poursuivi parce qu'elle manquait d'encouragement et de suivi. En vieillissant, elle aimerait de plus en plus changer ses habitudes et incorporer plus d'aliments. Madame accorde beaucoup d'importance au poids. Se pèse quotidiennement et identifie avoir du poids à perdre autant pour la santé que pour retrouver son poids d'avant. Madame fait ses achats alimentaires dans les épiceries, les grandes surfaces et les marchés locaux à l'aide de sa voiture. Madame considère que les services de santé sont faciles d'accès et qu'elle a un bon service avec son médecin. Madame est inscrite à un organisme communautaire, mais ne participe pas nécessairement aux activités. Madame mange à l'extérieur de son domicile 1 à 2 fois par semaine. Voit ses amis une fois par semaine, mais identifie plus de difficulté à voir sa famille qui ont maintenant eux aussi une famille. Pour les restaurants, elle aime surtout ce qui est à proximité et où on peut commander du prêt-à-emporter. Enfin, madame participe aux campagnes de promotion de santé parce que son médecin lui prescrit. Elle croit aussi protéger les autres ainsi.

## 2.7 Résumé sujet 5-F

Dame veuve de 80-84 ans vivant seule et dans le même appartement depuis 28 ans. Atteinte d'hypertension et de reflux gastro-œsophagien, remarque diminution de l'autonomie à chaque année, surtout dans son ménage. Madame cuisine, mais moins qu'avant et en moins grosse quantité par rapport à lorsque son conjoint et son fils habitaient avec elle. Madame prend 3 repas par jour, mais pas de collation. Le repas du dîner est assez léger. Madame remarque une diminution des portions avec l'âge. Si elle a des questions par rapport à l'alimentation, elle demande à sa fille de regarder sur internet. Madame s'intéresse à l'alimentation surtout pour limiter ses reflux. Tente de ne pas manger trop, ni trop rapidement. Par rapport au poids, madame est stable depuis 8-9 ans et ne s'en soucie pas du tout. Ne se prive pas. Madame fait ses achats alimentaires dans les épiceries et les grandes surfaces avec l'aide de sa famille puisqu'elle ne conduit pas. Rarement, va aller au dépanneur s'il manque quelque chose. Madame considère que l'accès aux services de santé va bien. Choisit toujours les mêmes spécialistes et lieux. Madame ne participe pas activement aux organismes communautaires. Madame identifie manger au restaurant plus fréquemment l'été. N'a pas de restaurant préféré, désire seulement avoir une variété au menu. Madame mange à l'extérieur 1 à 2 fois par

semaine pour souper ou déjeuner avec ses amis ou sa famille. Enfin, madame croit aux campagnes de promotions de santé et se lave souvent les mains pour prévenir les infections.

## 2.8 Résumé sujet 6-F

Dame célibataire de 65-69 ans vivant seule dans le même appartement depuis toujours. Atteinte d'hypertension artérielle, remarque que plus on vieillit, moins on a de force. Madame n'a pas changé sa façon de cuisiner et son appétit n'a pas changé non plus. Mange 3 repas par jour et une collation en après-midi. Il lui arrive de grignoter en soirée. Ses ressources en alimentation sont les spécialistes si la question est sérieuse, sinon elle se réfère à la télévision ou à l'ordinateur. En vieillissant, elle remarque qu'elle engraisse plus vite. Se dit qu'elle devrait faire plus attention. Elle accorde une grande importance à son poids surtout pour son apparence, mais aussi parce qu'elle commence à avoir des douleurs aux hanches et aux genoux. Pour ses achats alimentaires, madame utilise la voiture et va dans les épiceries. Madame considère que les services de santé sont difficiles d'accès par rapport aux rendez-vous avec les médecins, mais plus faciles avec les infirmières et encore plus avec les pharmaciens. Madame ne participe pas à un organisme communautaire. Madame mange 1 à 2 fois par mois à l'extérieur du domicile. N'a pas de préférence pour les restaurants et peut y aller seule ou encore avec ses amis ou sa famille pour une occasion. Enfin, madame identifie accorder une plus grande importance aux campagnes de promotion de santé qu'avant.

## 2.9 Résumé sujet 7-F

Dame en couple de 75-79 ans vivant dans un appartement avec son conjoint depuis une quinzaine d'années. Atteinte de diabète et étant en rémission d'un néo de la vessie, madame remarque diminution de la force en vieillissant. Sa façon de cuisiner n'a pas changé, mais elle cuisine moins à cause de son manque d'endurance. Madame mange 3 repas par jour et parfois des grignotines en soirée. Madame identifie qu'en vieillissant, a de moins en moins le goût de changer son alimentation. Remarque une diminution des portions. Madame a retrouvé le courage et le plaisir de manger le midi et avec plus d'appétit post néo. Selon elle, la maladie lui retirait le goût de s'alimenter. Ses ressources en alimentation seraient d'aller voir une nutritionniste. Exclut maintenant la télévision; trouve qu'il y a trop de recettes. Madame s'intéresse à l'alimentation en tant que présidente d'un groupe d'aidants naturels. Ils invitent une nutritionniste une fois par année à donner une conférence. Au niveau de poids, elle ne s'en soucie pas. Vise le maintien. Mentionne seulement ne pas vouloir peser 240 lb comme sa mère. Madame fait ses achats alimentaires avec son conjoint qui conduit la voiture pour aller dans les épiceries. Achète chez un traiteur une fois par année. Madame considère l'accès aux services de santé et ses propres services reçus comme étant très bien. Identifie le personnel comme étant patient et gentil avec elle. Madame ne participe pas activement à un organisme communautaire, mais fait des cours d'aquaforme de façon hebdomadaire. Madame mange 3 à 4 fois par semaine à l'extérieur de la maison. Elle aime plusieurs restaurants dans la région surtout pour l'ambiance et pour les serveuses gentilles. Peut aller au restaurant avec ses amis

ou sa famille pour une occasion, un déjeuner ou pour la fin de semaine en brunch avec son conjoint. Enfin, madame croit que les campagnes de promotion de santé sont importantes.

## 2.10 Résumé sujet 8-F

Homme en couple de 75-79 ans vivant en appartement avec sa conjointe depuis une quinzaine d'années. Atteint de cholestérol et de diabète, monsieur remarque une diminution de l'autonomie depuis son opération au cœur. Monsieur n'a pas changé ses habitudes. A plutôt diminué ses portions en vieillissant: a moins d'appétit. Monsieur ne cuisine pas ; sa conjointe fait le repas et lui la vaisselle. N'a pas remarqué de changement dans sa cuisine. Monsieur mange 3 repas par jour et souvent une collation en soirée. Ses ressources en alimentation sont les mêmes que sa conjointe: monsieur se réfère à elle. Monsieur ne connaît pas nécessairement le rôle des professionnels et ne connaissait pas le rôle d'une nutritionniste. Madame le dit peu instruit. Constate qu'il est facile d'apprendre à cuisiner avec la télévision. Monsieur n'a pas d'intérêt en particulier pour l'alimentation et n'accorde pas tant d'importance à son poids. Monsieur fait ses achats alimentaires dans les épiceries avec sa conjointe. C'est lui qui conduit. Monsieur considère que les services de santé sont accessibles. A un bon suivi médical. Monsieur ne participe pas aux activités d'un organisme communautaire. Monsieur mange à l'extérieur de son domicile au moins une fois par jour. Chaque jour de la semaine, il dîne avec son fils. Il aide par la suite dans son garage. Pour les repas dans les restaurants, monsieur apprécie plusieurs restaurants dans la région, surtout pour déjeuner. Considère que ça part bien une journée de voir des gens à l'extérieur. Monsieur identifie ne pas voir beaucoup ses amis, mais suit sa femme pour les voir son groupe d'amis. Enfin, monsieur croit que les campagnes de promotion de santé sont importantes, mais ne fait rien en particulier pour prévenir les infections.

## 2.11 Résumé sujet 9-F

Dame célibataire de 80-84 ans vivant seule en appartement depuis 4 ans. Atteinte d'arthrite, de diabète et de cholestérol, madame a aussi un néo de la vessie traité. Madame remarque une diminution de l'autonomie en vieillissant. Madame cuisine beaucoup moins qu'avant, mais a encore l'habitude d'en faire plus pour avoir des réserves. Présentement, madame mange 2 repas, soit le déjeuner et le dîner et prend une collation en après-midi. Le soir, il est plus rare qu'elle mange un repas; va plutôt grignoter. A remarqué diminution de l'appétit avec son néo. Son système digestif était non fonctionnel et madame se nourrissait peu. A perdu 60 lb. Madame n'a pas vraiment d'idée pour des ressources en alimentation. Elle a toutefois une collection de livres de recettes qu'elle accumule depuis 60 ans. Madame n'a pas d'intérêt particulier pour l'alimentation autre que pour de bonnes recettes. Pour elle, bien manger signifie prendre 3 repas, mais ne le fait pas. Son poids ne l'importe plus à moins qu'elle perde beaucoup de poids. Madame fait ses achats alimentaires dans les épiceries et les grandes surfaces à l'aide de sa voiture. Il lui est arrivé de se faire livrer sa commande, mais rarement. Madame considère qu'elle ne peut pas se plaindre sur la facilité d'accès des services de santé.

A un bon suivi avec ses médecins et voit pharmacien au besoin. Madame ne participe pas aux activités d'un organisme communautaire, mais va aider son fils dans sa boutique de produits capillaires.

Madame mange 1 à 2 fois par semaine à l'extérieur de son domicile. Elle aime les restaurants déjeuner pour la rapidité du service et la chaumière pour la réputation de leurs steaks lors des occasions. Va aussi au restaurant lorsque ne veut pas se faire de repas. Mentionne avoir de la difficulté à partager un repas avec sa famille, mais adéquat avec ses amis. Enfin, madame ne porte pas attention aux campagnes de promotion de santé: elle fait plutôt ce que son médecin lui prescrit.

## 2.12 Résumé sujet 10-F



Homme célibataire de 80-84 ans vivant en appartement depuis plusieurs années avec son fils (n'a pas précisé s'il est veuf ou séparé). Monsieur a habité dans plusieurs pays et parle 3 langues: français, anglais et allemand. Ancien militaire, monsieur a voyagé beaucoup. Monsieur identifie que l'autonomie va bien malgré petite diminution probablement reliée aux problèmes de santé. Il est atteint d'ostéoporose, d'arthrose, de diabète de type 2 et de problèmes cardiaques.

Monsieur identifie moins manger qu'avant. C'est surtout son fils qui cuisine pour lui, mais il est capable de se faire des repas simples. Monsieur mange un bon déjeuner, grignote le midi et mange quelque chose de léger le soir. Prend 2 collations par jour. Remarque diminution de l'appétit depuis 2-3 ans surtout après séjour à l'hôpital. À son âge, monsieur dit viser plus la qualité que la quantité. S'il a besoin de ressources en alimentation, monsieur se réfère à la nutritionniste. Monsieur a un intérêt pour l'alimentation relié à sa santé. Exprime qu'on apprend de nouvelles connaissances tant qu'on est en vie. Monsieur accorde de l'importance à son poids pour sa santé et conserver son autonomie. Monsieur fait ses achats alimentaires dans les épiceries à l'aide de sa voiture ou via son fils. Par rapport à l'accessibilité des services de santé, monsieur exprime qu'il y a toujours place à l'amélioration. Déploire aussi que son médecin ait moins de temps pour discuter lors de ses rendez-vous. Monsieur prévoit s'inscrire avec un ami à un organisme communautaire afin de briser la solitude et occuper ses journées. Il identifie avoir moins de chances de voir des amis, plusieurs étant décédés. Il ne voit pas non plus sa famille autant qu'il le voudrait. Monsieur sort moins d'une fois par mois au restaurant: après avoir travaillé sur la route, il était tanné. Enfin, monsieur croit que les campagnes de promotion de santé sont importantes pour viser la prévention.



ANNEXE 6: Affiche de la propreté au bout des doigts

# LA PROPRETÉ AU BOUT DES DOIGTS!

1		SE MOILLER LES MAINS
2		SAVONNER
3		FROTTER LES ONGLES, LES MAINS ET LES POIGNETS
4		RINCER
5		SÉCHER

SOUVENEZ-VOUS QU'UN BON LAVAGE DES MAINS DURE AU MOINS 20 SECONDES.

Agriculture, Pêcheries  
et Alimentation  
Québec