

# **RAPPORT DE RECHERCHE PRÉSENTÉ AU CRSH**

**PROGRAMME STATÉGIQUE : VALORISER L'ALPHABÉTISME AU CANADA**

Projet numéro 831-99-0016

## **ÉVALUATION D'UN NOUVEAU LIEU D'ALPHABÉTISATION : L'ÉPICERIE-SANTÉ**

### ***Groupe Alpha-Santé : Équipe de recherche***

**DUBOIS** Lise, Faculté de médecine, Université Laval

**VIENS** Chantal, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

**VANDAL** Sylvie, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

**KASZAP** Margot, Faculté des sciences de l'Éducation, Université Laval

**BEAUCHESNE** Édith, professionnelle de recherche, Université Laval

**OLLIVIER** Émile, Faculté des sciences de l'Éducation, Université de Montréal

**AJAR** Djavid, Faculté des sciences de l'Éducation, Université de Montréal

Janvier 2001

## **REMERCIEMENTS**

Ce projet de recherche a reçu l'appui financier du CRSH-Stratégique: Valoriser l'alphabétisme au Canada.  
Numéro 831-99-0016

Remerciements particuliers aux infirmiers et infirmières des Facultés des sciences infirmières de l'Université Laval et de l'Université de Montréal qui ont participé à la collecte de données en épiceries.

Remerciements aux gérants et propriétaires d'épicerie de la région de Québec et de Montréal qui ont autorisé la réalisation de cette recherche.

Remerciements aux personnes âgées qui ont accepté de passer du temps avec nous afin de répondre au questionnaire. Merci de votre collaboration et de votre patience!

N. B. : L'utilisation du masculin dans ce texte a pour but d'en alléger le contenu.

ISBN : À venir.

Toute citation doit identifier sa source.

## TABLE DES MATIÈRES

Résumé .....	4
Introduction .....	5
1. La problématique .....	6
1.1 L'analphabétisme et la santé .....	6
1.2 Personnes analphabètes présentant un problème de santé .....	8
1.3 L'éducation à la santé nutritionnelle .....	9
1.3.1 Le programme « Nutrition for a Lifetime System » .....	10
1.3.2 Le programme « Innovative Dietary Education Approaches » .....	11
1.3.3 Le programme « Cardiovascular Dietary Education System » .....	13
1.3.4 Le programme « Computer-tailoring nutrition education » .....	15
1.4 Le but et les objectifs du projet de recherche .....	18
2. La méthode de recherche .....	20
2.1 Le type d'étude .....	20
2.2 Le déroulement de la recherche .....	20
2.3 La clientèle à l'étude .....	21
2.4 Les outils de collecte de données .....	21
3. La description des résultats .....	24
3.1 Les caractéristiques des répondants .....	24
3.2 Les variables reliées à la santé .....	26
3.3 Les caractéristiques reliées à l'alimentation .....	27
3.3.1 Le régime alimentaire et l'auto-évaluation de la qualité de l'alimentation .....	27
3.3.2 La compréhension et le suivi du régime .....	29
3.4 Les achats alimentaires .....	35
3.4.1 La fréquentation des marchés d'alimentation .....	35
3.4.2 Certains éléments de lecture et de calcul .....	37
3.4.3 Les éléments de difficulté dans les achats alimentaires .....	37
3.4.4 L'influence du niveau de scolarité .....	40
3.5 La préparation et la consommation des repas .....	41
3.6 L'indice de malnutrition .....	43
3.7 Les épiciers .....	43
4. La discussion .....	45
Conclusion .....	47
Références .....	48
Annexe 1 : Procédure de recrutement	
Annexe 2 : Questionnaire du gérant/propriétaire	
Annexe 3 : Questionnaire auprès du client	

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1:	Caractéristiques socio-démographiques des répondants .....	24
Tableau 2:	Comparaison de certaines caractéristiques, répondants de la région de Québec et de Montréal .....	25
Tableau 3:	Caractéristiques reliées à la santé .....	27
Tableau 4:	Caractéristiques reliées à l'alimentation .....	28
Tableau 5:	Personnes rencontrées pour un régime, endroit de la rencontre et période écoulée depuis la rencontre .....	30
Tableau 6:	Fréquence des visites à l'épicerie .....	35
Tableau 7:	Caractéristiques reliées à l'épicerie .....	36
Tableau 8:	Caractéristiques reliées aux repas .....	42
Tableau 9:	Indice de malnutrition .....	43

## LISTE DES FIGURES

Figure 1:	Auto-évaluation des habitudes alimentaires, selon l'âge .....	31
Figure 2:	Auto-évaluation des habitudes alimentaires, selon le fait de respecter son régime ou non .....	32
Figure 3:	Respect du régime, selon la compréhension du régime .....	33
Figure 4:	Respecter son régime ou non, selon la région .....	33
Figure 5:	Compréhension du régime, selon le fait d'avoir rencontré un professionnel de la santé ou non .....	34
Figure 6:	Compréhension du régime, selon diverses variables reliées à l'information transmise par les professionnels de la santé .....	34
Figure 7:	Auto-évaluation des habitudes alimentaires, selon le fait de trouver facilement ou non les aliments pour son régime, à l'épicerie .....	38
Figure 8:	Compréhension des étiquettes, selon la compréhension du régime .....	38
Figure 9:	Trouver facilement ou non les aliments pour son régime, à l'épicerie, selon le fait d'avoir compris ou non l'information écrite reçue .....	39
Figure 10:	Compréhension des étiquettes, selon le fait d'avoir compris ou non l'information écrite reçue .....	39
Figure 11:	Trouver facilement ou non les aliments pour son régime, à l'épicerie, selon le sexe .....	39
Figure 12:	Trouver facilement ou non les aliments pour son régime, à l'épicerie, selon le niveau de scolarité .....	40
Figure 13:	Compréhension des étiquettes, selon le niveau de scolarité .....	40
Figure 14:	Vouloir ou non des solutions en épicerie pour rendre les achats plus faciles, selon l'âge .....	41

## RÉSUMÉ

Cette recherche s'intéresse à la problématique de la santé chez les personnes âgées peu alphabétisées, qui sont souvent pauvres et en mauvaise santé. Ces personnes sont parmi les plus vulnérables de notre société. Le système de santé doit mettre en place des mesures pour aider ces personnes à prendre en charge leur santé. Pour ce faire, certaines interventions et innovations locales doivent être mises en œuvre.

Comme le soulignait l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1991, cité par Breen, 1998, p.6):

*C'est en analysant les raisons de cette vulnérabilité et en élaborant des stratégies pour transformer ces situations que l'on parviendra à éliminer certains des obstacles majeurs au développement social, économique et politique. Les groupes vulnérables constituent eux-mêmes une ressource humaine que la plupart des stratégies de développement économique n'ont fait que marginaliser.*

Ce projet de recherche a été réalisé afin de documenter les difficultés rencontrées par les personnes âgées qui doivent suivre un régime alimentaire, pour l'achat des aliments en épicerie. Pour ce faire, 193 personnes âgées de 55 ans et plus ont été rencontrées dans divers marchés d'alimentation, par des intervieweurs. Cette étude a permis d'établir divers constats. Ainsi, bien que la majorité des personnes rencontrées aient mentionné avoir reçu de l'information écrite et l'avoir compris, le cinquième admettent ne pas suivre leur régime. Les personnes qui rapportent suivre leur régime mentionnent aussi avoir de meilleures habitudes alimentaires que les autres. Les personnes plus scolarisées rapportent trouver plus facilement les aliments recherchés en épicerie et sont plus aptes à comprendre les informations sur les étiquettes, comparativement aux personnes moins scolarisées. L'étude a aussi permis de documenter certains éléments reliés aux difficultés d'aller à l'épicerie et de faire les repas.

Cette recherche exploratoire a permis de dégager les éléments d'importance pour une étude de plus grande envergure qui serait réalisée auprès des personnes peu alphabétisées.

## INTRODUCTION

Ce projet s'inscrit dans un cadre plus large qui vise à aider les personnes peu alphabétisées présentant une ou des maladies chroniques à développer leur autonomie dans leurs soins et traitements, dans le cadre quotidien. Les personnes peu alphabétisées représentent 52 % des Canadiens francophones adultes (Fellegi, 1995). Plusieurs études ont démontré sans équivoque que l'analphabétisme a une incidence négative majeure sur la santé (Association pour la santé publique de l'Ontario et Collège Frontier, 1990; Jackson et coll., 1991; Weiss et coll., 1992). Pour certaines personnes présentant un problème de santé, le prix de l'analphabétisme fonctionnel devient très lourd et menace même leur vie. Pour contrer certains effets directs de l'analphabétisme sur la santé, cette étude exploratoire met en lumière les problèmes vécus par les personnes âgées peu scolarisées qui doivent respecter un régime alimentaire. Nous avons choisi d'étudier cette problématique dans un contexte d'activités quotidiennes, soit les achats alimentaires. Ce projet pourrait permettre de développer un nouveau lieu d'alphabétisation, soit « l'épicerie-santé ». Ce lieu a été choisi car il semble propice à rejoindre la majorité des personnes peu alphabétisées qui sont des personnes âgées et qui doivent respecter un régime alimentaire. Ces personnes sont moins enclines à aller chercher de l'éducation à la santé au sein des organismes « classiques » d'éducation aux adultes. Notre projet se situe ainsi au coeur de leurs activités quotidiennes, afin de nous aider à mieux comprendre les besoins d'aide des personnes peu alphabétisées, dans une situation qui est propice à la lecture et au calcul, c'est-à-dire à l'épicerie. Ce lieu d'étude devrait permettre de développer des activités d'apprentissage qui aideront les personnes peu scolarisées dans leurs activités de lecture et de calcul, en lien au suivi de leur régime alimentaire. Ce faisant, les personnes âgées pourront acquérir de l'information nutritionnelle et apprendront à lire les étiquettes et à faire un budget. Finalement, ce type de projet aidera à sensibiliser les gérants et les employés des marchés d'alimentation à cette problématique et leur permettra de s'impliquer dans une action sociale de quartier menant au mieux-être des personnes peu alphabétisées. Plus globalement, cette étude pourra contribuer à développer diverses approches d'éducation à la santé visant l'utilisation de lieux publics pour l'organisation et l'implantation d'activités d'alphabétisation liées aux préoccupations du quotidien, ceci en dehors de l'école. Ce faisant, elle apportera aux autorités des différents paliers de gouvernement des éléments de discussion permettant de mettre en place une politique d'alphabétisation prenant en compte les besoins et les habitudes de vie des gens.

## 1. LA PROBLÉMATIQUE

### 1.1 L'ANALPHABÉTISME ET LA SANTÉ

L'Enquête sur l'alphabétisation des adultes au Canada, menée en 1995 par Statistique Canada, révèle que 16% des Canadiens adultes sont inaptes à la lecture et que 22% maîtrisent uniquement la lecture de textes simples, dont ils connaissent le contexte (Fellegi, 1995). Les taux d'analphabétisme sont nettement plus élevés chez les personnes âgées et la proportion de personnes ayant une capacité limitée de lecture et d'écriture est deux fois plus élevée chez les francophones que chez les anglophones. De plus, on rencontre plus souvent une capacité limitée de lecture et d'écriture dans les milieux défavorisés, parmi les pauvres, les détenus et les personnes handicapées. L'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes révèle aussi que 25 % de ces adultes ont une très faible capacité de lecture (ne reconnaissent qu'un ou deux mots) et que 27 % ne sont capables de lire que des textes très courts, clairs et simples. En somme, elle indique que la proportion de Canadiens ne maîtrisant pas la lecture et l'écriture est encore plus importante, soit de 52 %, que les personnes dont les parents éprouvent des difficultés à lire sont plus susceptibles d'avoir les mêmes problèmes, et qu'un tiers des enfants issus de parents ayant moins de huit ans de scolarité ne dépassent pas ce niveau eux-mêmes. Ces données démontrent clairement l'ampleur du phénomène de l'analphabétisme. Il faut maintenant se demander quel lien cette situation peut avoir avec la santé.

Nous sommes à même de constater que 38% des personnes analphabètes sont aux prises avec des maladies chroniques. Pour ces personnes, l'accès à de l'information compréhensible, à des ressources, voire même à des traitements appropriés à leur état de santé (Breen, 1998) demeure limité puisque ces éléments demandent de savoir lire des formulaires et des indications souvent complexes. Certains chercheurs européens dénoncent le fait du « *cumul et de l'intrication des symptômes, des maladies et des facteurs de risque chez les groupes et les personnes fragilisés* » et observent que « *les conditions de vie (l'absence de logement ou un logement insalubre, la sous-alimentation ou la malnutrition, la mauvaise hygiène, le climat affectif déficient, l'insécurité, la dégradation de l'image de soi, ...)* ainsi que les rapports au système de soins et de protection sociale contribuaient à cette situation. » (Leynaud-Rouaud, 1998: p.xii). Lors du Forum national sur la santé, Breen (1998) résume un certain nombre de raisons expliquant le fait que les personnes sachant à peine lire ont un risque accru de présenter un mauvais état de santé :

- Ces personnes sont moins enclines à remettre en question les soins offerts et ont plus de difficulté à comprendre ce que disent les professionnels de la santé.
- Elles sont plus susceptibles de travailler dans un environnement dangereux, d'être incapables de lire les instructions de sécurité et d'être laissées de côté pour les cours de recyclage.
- L'information sur la santé se présente essentiellement sous une forme écrite et complexe.
- Le faible niveau d'instruction est associé à de mauvaises habitudes alimentaires, au tabagisme, à l'inactivité et à un niveau de stress plus élevé.
- La pauvreté et le stress que subissent les personnes éprouvant de la difficulté à lire influencent leur santé et leur espérance de vie.

Ainsi, dans des conditions similaires, les personnes analphabètes sont en moins bonne santé que les autres, au Canada en général. Il est important de leur proposer de nouvelles façons d'accéder à de l'information sur leur état de santé, sur leur(s) maladie(s) et leur médication et finalement, sur le type d'alimentation et d'exercices qui leur conviennent le mieux. Dans cette optique, il faut leur permettre de «s'alphabétiser à la santé et à la nutrition», c'est-à-dire s'assurer qu'ils comprennent bien l'information qui leur est transmise par les professionnels de la santé et qu'ils sont en mesure de l'utiliser pour appliquer ces informations dans leur quotidien. Pour ce faire, il faut d'abord s'assurer que les professionnels de la santé soient informés des difficultés auxquelles sont confrontées les personnes peu alphabétisées face aux informations de santé qui leurs sont transmises et à la mise en application des recommandations médicales. Il faut ensuite s'assurer que le langage utilisé soit simple et accessible, afin d'améliorer la compliance au traitement et aux régimes. Il s'agit en fait d'une alphabétisation dite « utile » ou « significative ». C'est dans une telle optique que s'inscrit ce projet de recherche, qui vise à une meilleure compréhension des difficultés rencontrées par les personnes peu alphabétisées dans leur quotidien, afin de développer des alternatives qui favoriseront la prise en charge et l'autonomie au plan de la santé. Ceci est important puisque les personnes peu alphabétisées de plus de 50 ans manifestent une forte réticence à retourner sur les bancs d'école pour apprendre à lire, à écrire et à compter. L'alphabétisation significative souhaite donc proposer un nouveau lieu d'alphabétisation, au sein de leurs activités quotidiennes, pouvant faciliter la transmission des connaissances inhérentes au fait de vivre et de vieillir en santé.

## **1.2 LES PERSONNES ANALPHABÈTES ET LE SYSTÈME DE SOINS**

Les services de santé, en constante mutation, transmettent aujourd'hui une plus grande part de responsabilité à l'utilisateur et à son milieu, pour les soins et le maintien de la santé. Ce nouveau contexte exige que les citoyens comprennent et gèrent l'information dans le domaine de la santé et puissent communiquer adéquatement avec les professionnels de la santé et le système de soins. Au Québec, au moins 19% des adultes sont incapables d'utiliser du matériel écrit (Statistique Canada, 1999). L'accès aux soins de santé et la compréhension des informations transmises par les professionnels de la santé nécessitent généralement un niveau d'alphabétisation fonctionnelle qui dépasse largement les capacités du lecteur moyen. La littérature scientifique indique que l'analphabétisme fonctionnel, c'est-à-dire le fait d'être une personne qui est capable de lire et écrire mais qui éprouve des difficultés à comprendre la nature du traitement, est associé à des taux de maladies, d'accidents et de mortalité plus élevés ainsi qu'à une santé plus précaire, tant au plan biologique que psychosocial.

Cependant, le lien entre les personnes analphabètes fonctionnelles et le système de santé (nombre de consultation, hospitalisations répétées, coûts, etc.) est encore peu documenté. Cette méconnaissance vient en bonne partie du fait que les recherches rejoignent plus difficilement les personnes analphabètes que les autres. Quelques recherches américaines permettent de faire certains constats concernant cet aspect de la problématique de l'analphabétisme. Une étude de Weiss et coll. (1994) indique entre autres une association positive entre l'analphabétisme, la mauvaise santé et les coûts de santé. La relation entre la capacité de lecture et le maintien de la santé est aujourd'hui évidente pour beaucoup de chercheurs (Weiss et coll., 1992). Le quart de la population américaine ne comprend pas le matériel écrit, même lorsque celui-ci nécessite seulement une habileté de base en lecture. Ces personnes éprouvent des difficultés à décoder l'information relative à la médication, ne peuvent saisir les étapes à suivre pour prendre un rendez-vous avec un professionnel de la santé et n'arrivent pas à comprendre un formulaire de consentement lié à leur traitement. Pour ces malades, les documents médicaux et les textes d'éducation à la santé représentent une barrière majeure à la compréhension du diagnostic et des traitements les concernant, ce qui diminue leur possibilité d'obtenir des soins appropriés (Weiss et Coyne, 1997; Williams et coll., 1995). Une étude effectuée au sein de 5 milieux de soins ambulatoires a indiqué que 40% des patients ne pouvaient lire que du matériel nécessitant moins de 5 années de scolarité, alors que la majorité des documents requérait de

11 à 14 ans de scolarité pour être compris. Des 150 documents d'éducation à la santé répertoriés, seulement 9% étaient écrits de façon adéquate pour les personnes ayant moins de 9 ans de scolarité (Davis et coll., 1990).

Afin de mieux documenter ce phénomène, ce projet de recherche a choisi d'étudier la réalité des personnes peu alphabétisées dans leur environnement, afin de mieux comprendre les difficultés vécues au quotidien. Ceci est important puisque les expériences précédemment décrites, effectuées dans divers pays, ont démontré qu'une approche communautaire et des interventions coordonnées au sein des activités quotidiennes sont des facteurs à considérer pour s'assurer de la pérennité d'une intervention. En ce sens, il est essentiel de déployer des efforts et de développer des méthodes de mesures, afin de favoriser l'accès à l'information aux personnes peu alphabétisées, dans leur quotidien. Pour ce faire, les groupes communautaires et régionaux doivent travailler de concert pour créer un environnement favorable à la santé, dans l'ensemble des sphères du quotidien (à la maison, dans les systèmes de transport public, dans le réseau de la santé, etc.). La modification du milieu de vie et des habitudes de vie est un mécanisme complexe à la base de la promotion de la santé.

### **1.3 L'ÉDUCATION À LA SANTÉ NUTRITIONNELLE**

De récentes expériences indiquent qu'un programme d'éducation à la santé nutritionnelle pour personnes analphabètes peut donner des résultats en autant que l'intervention soit adaptée aux besoins de la clientèle et réalisée au sein de leur milieu et en lien avec leur quotidien (Hartman et coll., 1997).

Toutefois, il existe peu d'études en nutrition qui ont été conçues pour aider les personnes peu alphabétisées à avoir une meilleure compréhension des recommandations nutritionnelles, à mieux suivre un régime alimentaire ou à mieux appliquer les principes d'une saine alimentation. Nous présentons ci-après un aperçu de différents types d'études portant sur l'éducation en nutrition basée sur une approche personnalisée ou visant les gens peu alphabétisés.

### 1.3.1 Le programme « *Nutrition for a Lifetime System* »

Au début des années 90, Winett et collaborateurs (1991) ont effectué une étude qui se voulait la première évaluation d'un programme d'éducation en nutrition appelé « *Nutrition for a Lifetime System* ». Ce programme, basé sur un système informatique, vise à offrir de l'éducation en nutrition personnalisée, accessible à tous, à l'épicerie. Cette étude s'appuyait sur la prémisse qu'une consommation réduite en aliments riches en gras et une augmentation de la consommation d'aliments riches en glucides complexes et en fibres pourraient réduire le risque de maladies cardiovasculaires (MCV). Elle rapporte que plusieurs types d'interventions ont été implantés afin de promouvoir des changements diététiques favorables à la santé cardiovasculaire, mais que certaines interventions récentes se sont avérées plus prometteuses que les interventions généralement utilisées pour l'éducation en nutrition.

Le recrutement et le déroulement de l'étude se faisaient dans un grand supermarché ouvert 24 heures par jour. Pour pouvoir participer à cette étude, les gens devaient : a) acheter une grande quantité de leurs aliments au moins une fois par semaine au supermarché où se déroulait l'étude; b) faire partie d'un ménage de deux personnes ou plus; c) aucune personne à l'intérieur du ménage ne devait suivre de régime alimentaire prescrit par un médecin. Soixante et un participants ont complété l'étude, principalement des personnes scolarisées (50% avaient complété le collège) et des femmes (80%). La moyenne d'âge des participants était de 40 ans et leur revenu moyen était de 35,000\$ (US).

L'étude s'est déroulée en trois phases. La phase initiale durait environ un mois et demi, la phase d'intervention durait environ deux mois et la phase de suivi avait une durée d'environ un mois. Pour les phases initiale et d'intervention, en arrivant au supermarché, les participants devaient effectuer la saisie des aliments qu'ils prévoyaient acheter dans le système informatique. Pour ce faire, un kiosque comprenant un ordinateur à écran digital, un CD-rom, une imprimante et un lecteur optique étaient à leur disposition. Ils devaient ensuite poster la facture détaillant leurs achats. Lors de la phase de suivi, les participants devaient simplement poster leurs factures d'achats.

Les participants étaient répartis de façon aléatoire et stratifiée dans le groupe expérimental ou dans le groupe contrôle. Lors de la phase d'intervention, les participants du groupe expérimental pouvaient visionner 6 programmes informatisés (visionnements de 2 à 8 minutes chacun) favorisant une

approche graduelle quant aux changements dans les achats alimentaires et dans la préparation des repas. Ils recevaient également, pendant 4 semaines, des conseils par rapport aux achats prévus tels que des suggestions de substituts pour les aliments riches en gras et faibles en fibres. Pendant 8 semaines, on leur transmettait des conseils pour encourager l'achat d'aliments plus faibles en matières grasses et plus riches en fibres. Toutes ces étapes étaient effectuées au moyen de l'ordinateur. Les sujets du groupe contrôle continuaient simplement à entrer leurs intentions d'achat dans l'ordinateur durant cette phase d'intervention. Toutes les "interactions" entre les participants et le système informatique étaient enregistrées automatiquement. Les participants étaient identifiés par leur numéro d'assurance sociale.

Vingt-six sujets expérimentaux et 23 sujets contrôles ont rempli toutes les exigences permettant de faire partie des analyses pour la phase initiale et pour la phase d'intervention. Vingt et un sujets expérimentaux et 21 sujets contrôles ont rempli toutes les exigences leur permettant de faire partie des analyses pour le suivi. Durant l'intervention, des différences significatives ont été trouvées entre les sujets du groupe expérimental et ceux du groupe contrôle pour l'achat de viandes riches en gras et de produits laitiers riches en gras. Les sujets du groupe expérimental prévoyaient acheter moins de ces produits et en ont effectivement acheté une plus faible quantité que les gens du groupe contrôle. Les personnes du groupe expérimental ont aussi acheté plus de produits céréaliers riches en fibres que celles du groupe contrôle, mais sans qu'une différence statistiquement significative ne soit trouvée. Durant la phase de suivi, comparativement aux sujets du groupe contrôle, les personnes du groupe expérimental ont acheté moins de viandes et de produits laitiers riches en gras, et plus de fruits et légumes, de produits céréaliers riches en fibres, de produits laitiers faibles en gras et de volaille et poissons faibles en gras. Par contre, des différences significatives n'ont été trouvées que pour l'augmentation de l'achat de produits laitiers faibles en gras. Ces résultats suggèrent que ce type d'intervention est susceptible d'encourager l'achat d'aliments plus sains et de favoriser une meilleure santé cardiovasculaire.

### ***1.3.2 Le programme « Innovative Dietary Education Approaches »***

Plus récemment, en 1997, dans le cadre du projet « *Innovative Dietary Education Approaches* » (IDEA), Hartman et son équipe ont effectué une étude visant à élaborer et à évaluer du matériel

d'éducation en nutrition développé afin de diminuer l'apport en gras dans une population de personnes ayant des habiletés limitées en lecture.

La prémisse de cette étude était que la diminution du taux de mortalité par MCV depuis quelques années n'a pas été aussi marquée chez les personnes ayant un faible statut socio-économique, moins d'éducation et un moins bon statut d'emploi que chez les personnes plus favorisées. De plus, les personnes ayant un facteur de risque ou souffrant d'un problème cardiovasculaire se voient recommander des modifications diététiques qui sont habituellement transmises sous forme de documentation écrite requérant au moins une dixième année de scolarité quant au niveau de lecture. Il est donc probable que les gens de milieux défavorisés n'aient pas facilement accès aux informations visant à diminuer la consommation de matières grasses totales et saturées et le cholestérol alimentaire.

Le projet a mis l'accent sur l'impact du programme d'éducation IDEA sur les attitudes face à la santé et sur les comportements liés à la consommation de matières grasses. Les sujets retenus pour l'étude étaient des adultes participant déjà au programme « *Expanded Food and Nutrition Education Program* » (EFNEP). Ce programme procure de l'éducation en nutrition aux familles ayant des revenus limités. Les informations éducatives sont transmises par des personnes vivant dans le même milieu que celui des gens admissibles au programme, qui ont été entraînées pour transmettre de l'information en nutrition de façon adéquate. Ces personnes étaient appelées des « intervenants ».

Les contacts éducatifs se faisaient de façon individuelle (généralement à domicile) ou en groupe (dans les églises, les comptoirs alimentaires, les sites d'éducation aux adultes, etc.). Les personnes retenues pour l'étude devaient démontrer de l'intérêt à participer et avoir des habiletés en lecture équivalant, pour la plupart, à moins d'une 11<sup>e</sup> année de scolarité.

Les intervenants faisaient partie du groupe d'intervention ou du groupe contrôle. Les intervenants du groupe contrôle recevaient le matériel habituellement distribué pour l'EFNEP, qui met l'accent sur le budget alimentaire, sur la salubrité alimentaire et sur la saine alimentation. Les intervenants du groupe d'intervention recevaient de l'information sur l'alimentation faible en gras et d'autres informations présentées dans des documents développés spécifiquement pour l'IDEA. Le contenu de

ce matériel était basé sur les résultats de groupes de discussion avec les éducateurs et les clients de l'EFNEP.

L'intervention comprenait 10 séances (participation moyenne: 5-6 séances) où de l'information et des activités basées sur des situations susceptibles de toucher les consommateurs (collations faibles en gras, saine alimentation pour les enfants, alimentation rapide et faible en gras, perte de poids, mets rapides, modification de recettes, planification de menu, achat des aliments) étaient présentées. Chaque séance comprenait des suggestions sur le type d'aliments à consommer, les quantités et fréquence adéquates et les modes de préparation. Après chaque séance, les participants recevaient un objet servant au renforcement, par exemple, un aimant pour le réfrigérateur avec des suggestions de collations faibles en gras. Avant et après la séance d'éducation en nutrition, un questionnaire était administré par un intervieweur, un relevé alimentaire des aliments consommés la veille était rempli (rappel de 24 heures) et un échantillon sanguin était prélevé.

L'intervention a été associée à des améliorations significatives dans le comportement alimentaire relié à la substitution d'aliments élevés en gras par des aliments faibles en gras, et à l'amélioration globale des comportements reliés à une alimentation faible en gras. Une amélioration dans les autres variables (sauf pour le taux de cholestérol sanguin et pour un test sur les attitudes saines face à la santé) a été observée suite à l'intervention, mais sans atteindre des niveaux statistiquement significatifs.

### ***1.3.3 Le programme « Cardiovascular Dietary Education System »***

Pour leur part, Kumanyika et collaborateurs (1999) ont publié un article décrivant le développement et l'évaluation du programme appelé le « *Cardiovascular Dietary Education System* » (CARDES). Le matériel développé dans ce programme ciblait les populations afro-américaines ayant des capacités de lecture de niveaux allant en moyenne de la 5<sup>e</sup> à la 8<sup>e</sup> année de scolarité. Selon ces auteurs, les changements alimentaires sont parmi les stratégies les plus recommandées pour contrôler les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, même en cas de prise de médicaments. Il est par contre souvent difficile pour les patients de recevoir un suivi nutritionnel adéquat, faute de temps et de ressources. Ce genre d'intervention clinique paraît aussi difficilement applicable chez les gens d'autres origines ethniques et de niveaux socio-économiques divers. Elle est particulièrement

nécessaire chez les gens de milieu urbain et à faible revenu qui ont souvent des habiletés limitées en lecture.

Le CARDES a été conçu pour encourager la réduction dans les apports en gras, en cholestérol alimentaire et en sodium par le biais d'une approche nutritionnelle « behaviorale », soit qui vise le changement de comportement. Ce programme a été développé pour des hommes et des femmes afro-américains recevant un suivi médical pour un taux de cholestérol sanguin élevé ou pour de l'hypertension artérielle et présentant une certaine motivation à améliorer leur alimentation. Le matériel du CARDES inclut des cartes illustrant des aliments, un guide de nutrition, un vidéo de 25 minutes, des cassettes audio ainsi que des feuilles de travail. Le matériel a été conçu pour être suggéré durant une rencontre avec le médecin. La personne fait son apprentissage à son propre rythme, dans son environnement. Un nutritionniste aide la personne à suivre les conseils du médecin lors de rencontres périodiques et brèves. Ce matériel cible les adultes et requiert un minimum de lecture seulement. Des approches interactives sont favorisées pour encourager l'implication des apprenants.

Les critères d'inclusion pour cette étude étaient les suivants: participants âgés entre 40 et 70 ans, cholestérol sanguin égal ou supérieur à 5,2 mmol/L ou diagnostic d'hypertension. La plupart des 330 participants ont été recrutés dans des supermarchés de quartiers comptant une majorité d'Afro-américains. Leur tension artérielle et leur taux de cholestérol sanguin étaient mesurés. Les sujets étaient répartis en deux groupes, basés sur l'âge (40-54 ans et 55-70 ans) et sur la présence ou non de diabète. Un test spécialement développé vérifiant la reconnaissance de mots a été utilisé pour obtenir un score d'alphabétisme évaluant le niveau de lecture. Le questionnaire « Rate Your Plate », développé pour mesurer rapidement l'adhésion à une diète faible en gras, a été rempli au début de l'étude.

Deux types d'utilisation du matériel CARDES visant à augmenter le contrôle de l'hypertension et du cholestérol sanguin par les patients au moyen d'une intervention d'un an ont été comparés, soit l'intervention minimale et l'intervention totale. Dans le cas de l'intervention minimale, des conseils nutritionnels étaient donnés par un nutritionniste au début de l'étude et une fois tous les 4 mois par la suite, lors des visites médicales. Les participants recevaient alors les cartes illustrant des aliments et le guide de nutrition. Pour l'intervention totale, les sujets recevaient des conseils nutritionnels au

début et à tous les 4 mois par la suite, en plus d'obtenir tout le matériel CARDES. Ils assistaient également à des classes mensuelles de nutrition durant les 4 premiers mois.

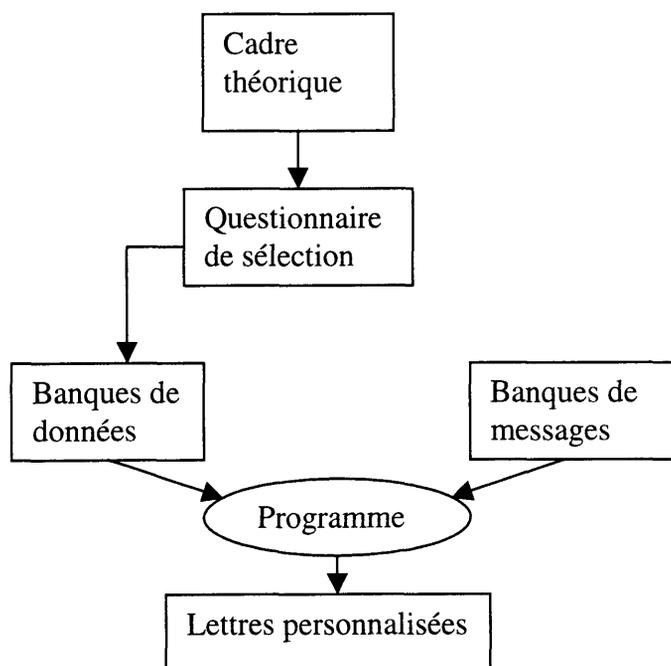
Seulement 22% des participants ont rapporté avoir déjà consulté un diététiste avant l'enquête. Selon les scores du questionnaire « Rate Your Plate », environ le tiers avaient déjà une alimentation relativement faible en gras. Environ la moitié ont obtenu un score suggérant qu'ils lisaient à un niveau moindre que celui équivalant à une 8<sup>e</sup> année de scolarité. Des diminutions du cholestérol total et du cholestérol des LDL de 7% à 8% ont été observées dans les deux groupes. Le ratio cholestérol total/cholestérol des HDL a diminué dans les deux groupes chez les femmes et dans celui de l'intervention totale chez les hommes. Chez les participants avec hypertension artérielle, une diminution de la tension systolique de 7 à 11 mm Hg et une diminution de la tension diastolique de 4 à 7 mm Hg ont été notées dans les deux groupes. Ces résultats suggèrent donc un effet positif de ce genre d'éducation à la nutrition, pour divers paramètres liés à la santé cardiovasculaire. Les résultats n'ont pas différencié selon les habiletés de lecture, mais étaient positivement reliés à la fréquence d'utilisation du matériel CARDES.

#### ***1.3.4 Le programme « Computer-tailoring nutrition education »***

Une autre étude récente, celle de Brug (1999), visait à décrire une technique d'éducation en nutrition novatrice et à discuter des résultats de trois expériences voulant étudier ses effets sur la réduction de la consommation de matières grasses.

Ce nouveau genre d'éducation en nutrition a été développé suite au constat suivant : malgré la transmission des recommandations nutritionnelles visant la réduction des maladies chroniques depuis de nombreuses années, une forte proportion de gens en Europe et aux États-Unis consomment encore trop de matières grasses. Les campagnes d'éducation en nutrition ont malheureusement souvent des effets limités sur le comportement alimentaire. Selon une revue de la littérature récente portant sur l'efficacité de l'éducation en nutrition, trois critères ont été relevés comme étant essentiels à des interventions efficaces. Premièrement, une attention particulière devrait être accordée aux éléments de motivation personnels pour les gens faisant partie du groupe visé par l'intervention. Ensuite, des techniques d'auto-évaluation personnalisées devraient être utilisées et, finalement, les personnes du groupe-cible devraient avoir l'opportunité de participer activement à l'intervention.

Le « counselling » nutritionnel individuel donne habituellement de bons résultats, mais requiert des spécialistes ou des intervenants très bien formés et entraînés, ce qui est coûteux en temps et en argent. Cette approche n'est donc pas préconisée pour les interventions préventives visant le changement nutritionnel auprès de larges groupes de personnes en bonne santé. Le « *computer-tailoring nutrition education* », ou éducation en nutrition personnalisée par ordinateur, vise à permettre l'incorporation de caractéristiques du counselling nutritionnel individuel à des interventions qui peuvent possiblement rejoindre de nombreuses personnes. Ce type d'éducation en nutrition fournit des informations et des messages personnalisés par le biais d'un ordinateur. Le processus pour la génération de messages personnalisés par ordinateur suit plusieurs étapes. D'abord, selon la population et les objectifs du programme d'éducation, les gens sont recrutés après avoir rempli un questionnaire initial et les réponses sont saisies dans une banque de données. Le logiciel fait ensuite le lien entre les données saisies et une banque de données contenant des messages convenant à tous les types de réponses obtenues suite au questionnaire. Enfin, le logiciel peut alors assembler les messages appropriés sous un format prédéterminé, par exemple, dans le cas présent, une lettre personnalisée visant à faire de l'éducation en nutrition (voir figure ci-dessous).



Trois éléments sont nécessaires afin d'inclure une variable dans le questionnaire de sélection pouvant être évaluée par une telle approche. Les caractéristiques (variables) choisies pour l'enquête doivent être importantes pour un changement de comportement, il doit être possible d'étudier les caractéristiques selon une méthode valide et fiable à partir d'une série de questions fermées, et des différences significatives sur le plan des variations dans les messages à être envoyés doivent exister pour différents niveaux de ces caractéristiques.

Cette méthode d'éducation à la nutrition est avantageuse puisqu'elle permet d'utiliser le nom des sujets et d'autres caractéristiques personnelles de ceux-ci dans les messages envoyés, rendant leur implication et sensibilisation par rapport à ces messages d'éducation à la santé plus grande. De plus, les messages contiennent moins d'informations redondantes, puisqu'ils sont vraiment adaptés aux besoins de chaque personne.

Ce type d'éducation à la santé et, plus spécifiquement d'éducation à la nutrition, est en accord avec plusieurs théories sous-tendant certains modèles d'éducation. Par exemple, selon « *l'elaboration likelihood model* », le fait de se sentir concerné par rapport au sujet et au contenu d'un message d'éducation à la santé est un déterminant important des efforts que les gens sont prêts à investir pour modifier leur comportement. Selon les modèles de « *stages-of-change* », les interventions en santé qui ciblent les différentes étapes de la motivation des gens sont plus susceptibles d'avoir du succès.

Dans le cas de l'étude de Brug, l'auteure rapporte les résultats de trois études randomisées ayant été conduites par son équipe aux Pays-Bas pour vérifier l'impact, entre autres, de ce type d'intervention sur les changements dans la consommation de matières grasses. La première étude visait les employés d'une compagnie de pétrole, la deuxième, les employés d'une organisation régionale de soins de santé et la troisième, un échantillon de volontaires en santé.

Les études étaient de type randomisé pré-test et post-test dans lesquelles les sujets étaient répartis soit dans un groupe recevant l'intervention personnalisée par ordinateur, soit dans un groupe recevant de l'éducation générale en nutrition. Le pré-test consistait en un questionnaire auto-administré nécessitant une quinzaine de minutes. La première partie du questionnaire comprenait des questions d'ordre socio-démographique. La seconde consistait en un questionnaire de fréquence alimentaire validé (25 items) attribuant un score pour la consommation de matières grasses. La

dernière partie contenait les questions relatives aux diverses variables psycho-sociales. Un questionnaire post-test similaire était administré à la fin, auquel étaient ajoutées des questions sur les réactions des participants aux lettres reçues contenant les messages de nutrition.

Concernant les lettres reçues par les sujets, différents messages étaient fournis selon leur consommation de matières grasses. Les messages étaient aussi orientés selon l'auto-évaluation des participants de leur consommation de gras. Les participants ne recevaient que l'information au sujet des sources de matières grasses que leur propre alimentation contenait. Dans certains cas, des messages additionnels étaient inclus pour les participants démontrant des attitudes négatives par rapport aux suggestions incluses dans les lettres ou un manque de conviction quant à leur capacité d'effectuer des changements alimentaires. Une lettre typique contenait une introduction sur l'importance d'une saine alimentation, de l'information sur le score de consommation de gras de la personne comparativement aux recommandations nutritionnelles et aux apports moyens des autres personnes du groupe, ainsi que sur les principales sources de gras relevées dans l'alimentation de la personne et des suggestions d'alternatives alimentaires plus faibles en gras. Les lettres générales d'éducation à la nutrition fournissaient plutôt de l'information sur les matières grasses similaire à celle donnée dans les brochures et feuillets du « *Dutch Nutrition Education Bureau* ».

Les sujets ayant reçu les conseils personnalisés ont obtenu un score de consommation de gras plus faible au post-test, ajusté pour la consommation initiale. Les sujets ayant reçu ce type d'éducation étaient plus susceptibles d'avoir lu l'information et d'en avoir discuté avec d'autres personnes. Aucune différence n'a été trouvée entre les diverses populations à l'étude.

#### **1.4 LE BUT ET LES OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE**

Le but de cette recherche vise à aider les personnes peu alphabétisées à suivre leur régime alimentaire prescrit, afin de favoriser le traitement de certains problèmes de santé chronique. Puisque très peu de recherches ont été réalisées sur le sujet, nous avons choisi dans un premier temps de procéder à une phase exploratoire qui permettra de mieux orienter notre programme général de recherche et d'interventions. L'étude exploratoire avait deux objectifs. Premièrement, elle visait à décrire certaines difficultés vécues par des personnes qui doivent suivre un régime alimentaire, lors de leurs achats alimentaires en épicerie, afin de dégager certaines pistes d'interventions.

Deuxièmement, elle visait à vérifier l'intérêt pour ce type de projet et la faisabilité d'interventions nutritionnelles en épicerie.

L'expression « peu alphabétisé » est retenue dans ce document plutôt « qu'analphabète fonctionnel » parce que beaucoup de préjugés demeurent associés à l'expression analphabète et que le mot fonctionnel ne décrit pas suffisamment le type de restriction vécue par la personne. En fait, il demeure encore aujourd'hui un concept vague qui recouvre la notion d'intégration sur le plan social de l'individu dans la communauté soit la position et la relation de l'individu avec son milieu ambiant (Guillaume, 1995). La personne peu alphabétisée se définit comme celle qui ne sait plus lire ou écrire – ou insuffisamment – le faire, bien qu'ayant été scolarisée. Cela concerne aussi les personnes scolarisées ayant perdu la maîtrise de la lecture par absence de sollicitation et manque d'exercice (Pompougnac, 1996; Goffinet et Van Damme, 1990). Il s'agit alors, selon ces auteurs, d'un phénomène d'analphabétisme de retour, soit une perte de compétence en raison de la non-utilisation de celle-ci dans la vie adulte.

## **2. LA MÉTHODE DE RECHERCHE**

### **2.1 LE TYPE D'ÉTUDE**

Cette étude exploratoire descriptive s'est déroulée dans la région de Québec et à Montréal, de la mi-février à la fin avril 2000. L'étude a rejoint 193 personnes âgées de 55 ans et plus, présentant des problèmes de santé et qui avaient un régime alimentaire spécifique à suivre. Ces personnes ont accepté de façon volontaire de répondre à un questionnaire portant sur leur état de santé, leur alimentation, divers aspects reliés aux achats en épicerie et sur le respect de leur régime alimentaire. Le questionnaire a été élaboré à partir d'un autre questionnaire préalablement développé et administré à des personnes âgées habitant la région de Laval en 1998, dans le cadre d'une autre étude (Dubois et coll., 1999a; b). Les répondants ont été recrutés à l'épicerie, et les questionnaires leur ont été administrés par un intervieweur. Dans la région de Québec, 14 épiciers ont accepté que l'étude se réalise dans leur commerce et, à Montréal, un épicier d'un quartier multi-ethnique (Côtes-des-Neiges) a accepté de participer. Ce quartier a été retenu parce qu'il regroupe un grand nombre d'immigrants et ce volet multi-ethnique n'était pas abordé dans la région de Québec.

### **2.2 LE DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE**

Les intervieweurs étaient principalement des étudiants infirmiers en milieu universitaire qui ont, au préalable, reçu de l'information sur la recherche et une formation sur les techniques d'entrevues, avant de recueillir les données. Ils ont été sous supervision scientifique tout au long de la recherche. Cette expérience leur a permis d'acquérir des notions théoriques sur le processus de recherche et sur une de ses applications pratiques.

Afin de s'assurer une uniformisation du déroulement de la recherche, une procédure (annexe 1) a été établie par l'équipe de recherche et a été exécutée sous la direction d'un membre de l'équipe de recherche. Les intervieweurs ont suivi la procédure suivante. Dans un premier temps, ils contactaient par téléphone un épicier. La liste des épiciers de différentes bannières avait été élaborée par l'équipe de recherche (Provigo, Métro, IGA, Super C, COOP, Maxi, etc). Pour la région de Montréal, une demande écrite et formelle a été faite pour avoir la permission d'installer une table et des chaises à l'entrée de l'épicerie du quartier Côtes-des-Neiges. Suite au contact téléphonique qui permettait

d'informer l'épicier sur les objectifs de la recherche et d'obtenir l'autorisation de procéder à la recherche dans son épicerie, le rendez-vous était pris. De plus, l'épicier était invité à remplir le questionnaire qui lui était adressé (voir annexe 2).

Une fois sur place, les intervieweurs, par équipes de trois à quatre infirmiers, recrutèrent les participants en leur expliquant les objectifs de la recherche et en leur offrant de prendre leur pression artérielle. À ce moment, ils demandaient au participant une question visant l'inclusion à l'étude, soit si la personne suivait un régime alimentaire ou une diète prescrite. Pour ceux et celles qui répondaient positivement à ce critère d'inclusion, il leur était offert de répondre de façon volontaire à des questions. Spécifions ici que tous les participants ont reçu par écrit le résultat de leur prise de tension artérielle et, pour ceux et celles qui présentaient une pression anormale, une référence à leur CLSC (Centre Local de Services Communautaires) ou à leur médecin leur était conseillée.

### **2.3 LA CLIENTÈLE À L'ÉTUDE**

Pour cette recherche, 15 épiciers (14 de la région de Québec et 1 de Montréal) ont accepté de nous permettre de rencontrer des clients dans leur établissement et de remplir le questionnaire qui leur était destiné. Cette méthode a permis de rejoindre 193 personnes âgées ayant un régime alimentaire lié à un problème de santé, qui ont accepté de répondre aux questions. Les participants étaient donc des personnes de plus de 55 ans qui suivaient un régime alimentaire, parlant français et acceptant de façon volontaire de répondre à des questions.

### **2.4 LES OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES**

Deux questionnaires ont servi à la collecte des données. Le premier questionnaire auto-rapporté (annexe 2) s'adressait au gérant ou au propriétaire de l'épicerie. Il a permis de décrire le statut et la fonction de l'épicier-répondant et le type d'épicerie fréquentée par les personnes rencontrées. Le questionnaire comprenait quinze questions, dont près de la moitié permettaient de vérifier si l'épicerie offrait certains éléments de promotion liés à la santé cardiovasculaire, tels que des brochures, des recettes, des affiches ou des dégustations. Les autres questions décrivaient entre autres le type d'épicerie (achalandage, nombre d'employés) et vérifiaient l'intérêt de l'épicier pour des

activités de promotion de la santé du cœur. Ce questionnaire s'est inspiré d'un questionnaire utilisé dans une autre recherche (Nguyet Nguyen et coll., 1995).

Le deuxième questionnaire (voir annexe 3) s'adressait aux personnes d'environ 55 ans et plus, suivant un régime alimentaire prescrit. Il était complété par un intervieweur. La durée moyenne d'administration était de 15 à 20 minutes.

Le questionnaire comprenait 50 questions couvrant diverses catégories de variables:

- a. Les variables socio-démographiques : l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, l'état civil et le type d'habitation.
- b. Les variables liées à l'état de santé : l'identification des problèmes de santé, la perception de son état de santé.
- c. Les variables liées au régime alimentaire: par exemple, l'auto-évaluation des habitudes alimentaires, l'identification du type de régime, le respect du régime, la compréhension de celui-ci, l'information reçue à ce sujet par des professionnels de la santé.
- d. Les variables liées à l'achat des aliments à l'épicerie : par exemple, la fréquence des visites à l'épicerie, le fait de recevoir ou non de l'aide pour faire l'épicerie, l'utilisation des circulaires et des coupons-rabais, la perception des difficultés rencontrées pour aller au marché d'alimentation et pour choisir les aliments convenant au régime, la compréhension des étiquettes des aliments.
- e. Les variables liées à la préparation et à la consommation des repas : par exemple, avoir le sentiment ou non que la préparation des repas est une tâche difficile, l'utilisation de mets préparés, la fréquence des prises alimentaires quotidiennes, le fait de manger seul ou non.
- f. L'indice de malnutrition : dix questions permettant d'évaluer le risque nutritionnel, provenant de la liste d'énoncés élaborée par le « *U.S. Nutrition Screening initiative* » et présentée dans l'un des documents de l'Institut National de la Nutrition (NIN, 1996). Elles ont été traduites par l'équipe de recherche pour permettre leur utilisation dans le cadre de cette étude.

Pour vérifier la validité opérationnelle de l'instrument de mesure, nous avons opté pour une pré-expérimentation auprès d'un groupe de 14 personnes âgées. Suite à cette pré-expérimentation, des modifications ont été apportées au questionnaire, en particulier au plan langagier. Les analyses de données pour cette partie du projet sont de nature descriptive. L'analyse a été réalisée à l'aide du

Le tableau 2 présente certains éléments comparatifs entre les répondants de la région de Québec (82%) et ceux de Montréal (18%). Les répondants montréalais se caractérisent par un plus grand nombre d'hommes, un âge plus élevé, un plus haut niveau d'instruction et une plus forte proportion de locataires, comparativement aux répondants de la région de Québec. Certains éléments liés à la santé distinguent aussi les deux groupes. Ces données sont présentées à titre indicatif seulement puisque les répondants recrutés de façon non aléatoire ne constituent pas un échantillon représentatif de la population de ces deux régions.

Tableau 2 : Comparaison de certaines caractéristiques, répondants de la région de Québec et de Montréal

Questions	Choix de réponse	Tous (%)	Québec (%)	Montréal (%)
<b>Total</b>		100	82.2	17.8
<b>Sexe</b>	Homme	45.6	44.0	56.0
	Femme	54.4	52.9	47.1
<b>Âge</b>	De 55 à 64 ans	25.5	27.7	15.2
	De 65 à 75 ans	54.8	52.3	66.7
	Plus de 75 ans	19.7	20.0	18.2
<b>Scolarité</b>	Peu scolarisés : 9 ans et moins	27.5	28.3	23.5
	Scolarité de 10 ans et plus	72.5	71.7	76.5
<b>Vivre seul</b>	Vit seul	33.7	30.8	47.1
	Vit avec quelqu'un d'autre	66.3	69.2	52.9
<b>Type d'habitation</b>	Propriétaire	51.3	54.7	35.3
	Locataire	42.0	37.7	61.8
	HLM	6.7	7.6	2.9
<b>Auto-évaluation de l'état de santé</b>	Excellente/Très bonne	35.9	35.4	38.2
	Bonne	34.4	37.3	20.6
	Moyenne/Mauvaise	29.7	27.2	41.2
<b>Avoir un problème de santé ou un handicap</b>	Oui	90.7	89.9	94.1
	Non	9.3	10.1	5.9
<b>Auto-évaluation des habitudes alimentaires</b>	Excellente/Très bonne	46.6	46.2	48.5
	Bonne	41.4	45.6	21.2
	Moyenne/Mauvaise	12.0	8.2	30.3
<b>Indice global de malnutrition</b>	Pas à risque (moins ou égal à 2)	23.3	25.2	14.7
	À risque modéré (3 à 5)	46.6	47.8	41.2
	À haut risque (6 et plus)	30.1	27.0	44.1
<b>Dit comprendre le régime</b>	Oui	96.4	96.2	97.1
	Non	3.6	3.8	2.9
<b>Dit respecter le régime</b>	Toujours/La plupart du temps	81.4	83.2	73.5
	À l'occasion/Jamais	18.7	17.0	26.5

### 3. LA DESCRIPTION DES RÉSULTATS

#### 3.1 LES CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS

Le tableau 1 présente les caractéristiques socio-démographiques des 193 personnes rencontrées lors de cette étude exploratoire. La population à l'étude était composée de 46% d'hommes et de 54% de femmes. Environ le quart (26%) des répondants avaient entre 55 et 64 ans, un peu plus de la moitié (55%) étaient âgés entre 65 et 75 ans et les autres (20%) avaient plus de 75 ans. Un peu plus du quart des répondants (28%) avaient complété neuf ans ou moins de scolarité, alors que près des trois-quarts (73%) avaient acquis 10 années de scolarité ou plus, incluant un cours classique ou des études universitaires. Environ le tiers des personnes (34%) vivaient seules. La moitié (51%) étaient propriétaires de leur logis, les autres étaient locataires d'un appartement avec (6%) ou sans services (26%), d'un logement à loyer modique (7%) ou d'une maison (9%).

**Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des répondants**

Catégorie de variables	Choix de réponse	%
<b>Sexe</b>	Homme	45.6
	Femme	54.4
<b>Âge</b>	De 55 à 64 ans	25.5
	De 65 à 75 ans	54.8
	Plus de 75 ans	19.7
<b>Scolarité</b>	Cours primaire complété	17.6
	De 8 à 9 ans de scolarité	9.8
	De 10 à 13 ans de scolarité	30.6
	Cours classique complété	23.8
	Cours universitaire complété	18.1
<b>Vivre seul ou non</b>	Vit seul	33.7
	Vit avec conjoint	56.0
	Vit avec un enfant	13.5
	Vit avec un frère/sœur/ami	4.7
	Autres	2.1
<b>Vivre seul ou non, regroupé</b>	Vit seul	33.7
	Vit avec quelqu'un d'autre	66.3
<b>Type d'habitation</b>	Maison - propriétaire	42.0
	Appartement - propriétaire	9.3
	Maison - locataire	9.3
	Appartement - locataire	25.9
	Appartement de personnes âgées	6.2
	HLM	6.7
	Autres	0.5
<b>Type d'habitation regroupée</b>	Propriétaire	51.3
	Locataire	42.0
	HLM	6.7
<b>Région</b>	Québec	82.2
	Montréal	17.8

logiciel SAS. Des tableaux et figures résument les résultats obtenus et décrivent l'état actuel de la situation pour les personnes rencontrées.

### **3.2 LES VARIABLES RELIÉES À LA SANTÉ**

Le tableau 3 présente certains éléments reliés à l'état de santé des participants. La majorité des personnes (91%) ont mentionné avoir un problème de santé ou un handicap. Les principaux problèmes relevés sont une maladie cardiovasculaire (82%), le diabète (27%) ou un problème de mobilité (27%). Certains répondants ont mentionné plus d'un problème de santé. Ces résultats sont en partie tributaires du mode d'inclusion des sujets dans l'étude, lié au fait d'avoir à suivre ou non un régime alimentaire prescrit. Soulignons l'importance des problèmes de mobilité qui devraient être analysés de façon spécifique dans le cadre d'une étude plus approfondie, afin d'en dégager l'influence sur les modes d'achats alimentaires, de préparation et de consommation des repas. Dans cette optique, mentionnons que 59% des personnes rencontrées ont admis avoir besoin d'aide pour faire les achats alimentaires, avoir l'impression que faire ces achats est une tâche compliquée ou encore trouver difficile de faire les repas. Ces divers éléments peuvent influencer le suivi du régime alimentaire et son impact sur l'état de santé.

Bien que la majorité des personnes interrogées aient mentionné souffrir d'un problème de santé, plus du tiers des répondants perçoivent leur état de santé comme étant excellent ou très bon (36%), le tiers le jugent bon (34%), et l'autre tiers le qualifient de moyen ou mauvais (30%). Ces résultats renvoient aux représentations sociales que se font les personnes âgées de leur état de santé, basées sur une dimension fonctionnelle plutôt que médicale. En d'autres termes, une personne âgée peut se dire en bonne santé, même si un problème de santé a été diagnostiqué par le médecin, parce que son problème ne l'empêche pas de fonctionner au quotidien.

L'ensemble de ces résultats souligne l'importance de se préoccuper principalement des personnes qui se perçoivent comme ayant un état de santé déficient, afin d'en étudier la relation avec le suivi du régime alimentaire.

Tableau 3 : Caractéristiques reliées à la santé

Questions	Choix de réponse	%
Auto-évaluation de l'état de santé	Excellente	10.4
	Très bonne	25.4
	Bonne	34.2
	Moyenne	21.2
	Mauvaise	8.3
	NSP	0.5
Avoir un problème de santé ou un handicap (auto-déclaré)	Oui	90.7
	Non	9.3
Type de maladie chronique	Maladie cardio-vasculaire	81.6
	Diabète	26.8
	Problème de mobilité	26.9
	Arthrite	12.5
	Cancer	7.1
	Problème gastro-intestinal	7.7
	Problème pulmonaire	4.8
	Autres	12.5
Perte d'autonomie alimentaire (épicerie, repas)	Oui	59.2
	Non	40.8

### 3.3 LES CARACTÉRISTIQUES RELIÉES À L'ALIMENTATION

#### 3.3.1 Le régime alimentaire et l'auto-évaluation de la qualité de l'alimentation

Le tableau 4 présente certains aspects reliés à l'alimentation des participants. Le principal critère d'inclusion de l'étude, outre le fait d'être une personne âgée, était le fait de devoir suivre un régime alimentaire prescrit. Ainsi, la totalité des gens retenus pour l'étude avaient certaines restrictions alimentaires à cause d'un problème de santé. La majorité (78%) ont mentionné suivre un régime faible en gras, la moitié faible en sucre (53%) ou faible en sel (53%) et 12% faible en fibres, faible en résidus ou élevé en fibres. Ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives, certains répondants ayant mentionné devoir suivre plus d'un régime alimentaire. Malgré le fait qu'ils doivent suivre un régime alimentaire, près de la moitié des répondants (46%) considèrent avoir d'excellentes ou de très bonnes habitudes alimentaires, 41% les qualifient de bonnes et 12% de moyennes ou mauvaises.

Tableau 4 : Caractéristiques reliées à l'alimentation

Questions	Choix de réponse	%
<b>Auto-évaluation des habitudes alimentaires</b>	Excellente	12.4
	Très bonne	33.7
	Bonne	40.9
	Moyenne	9.3
	Mauvaise	2.6
	NSP	1.0
<b>Avoir un régime alimentaire prescrit – pré-requis à l'enquête</b>	Oui	100.0
<b>Type de régime</b>	Faible en gras	78.0
	Faible en sucre	52.7
	Faible en sel	52.7
	Relié au système digestif	12.3
	Autres	7.0
	NSP/Refus	0.5
<b>Dire comprendre ce qu'il faut faire pour suivre le régime</b>	Oui	96.4
	Non	3.6
<b>Dire respecter le régime</b>	Toujours	27.5
	La plupart du temps	53.9
	À l'occasion	15.0
	Jamais	3.6
<b>Avoir rencontré quelqu'un au sujet du régime</b>	Oui	73.6
	Non	26.4
<b>Nombre et type d'intervenant rencontrés</b>	Nutritionniste seulement	29.6
	Médecin seulement	38.7
	Autre seulement	6.3
	Nutritionniste et médecin	17.6
	Nutritionniste, médecine, autres	7.7
<b>Dire se rappeler ce qui a été dit au sujet du régime (n=142)</b>	Oui	85.2
	Non/Plus ou moins	13.4
<b>Avoir l'impression d'avoir compris le régime (n=142)</b>	Oui	90.8
	Non/Plus ou moins	6.3
	NSP/Refus	2.8
<b>Avoir reçu de l'information écrite au sujet du régime</b>	Oui	63.7
	Non	36.3
<b>Avoir lu l'information écrite reçue (n=123)</b>	Oui	95.1
	Non/Plus ou moins	4.8
<b>Avoir l'impression d'avoir compris cette information (n=123)</b>	Oui	93.3
	Non/Plus ou moins	5.8
	NSP/Refus	0.8
<b>Avoir rapporté certaines activités de lecture, écriture, calcul</b>	Oui	95.3
	Non	4.7
<b>Mentionner se servir encore de l'information reçue pour le régime</b>	Oui	60.8
	Non/Plus ou moins	38.3
	NSP/Refus	0.8

### **3.3.2 La compréhension et le suivi du régime**

Des questions auto-rapportées ont permis d'évaluer certains éléments reliés à la compréhension et au suivi du régime (tableau 4). La quasi-totalité des gens (96%) ont affirmé comprendre ce qu'il faut faire pour suivre leur régime. Ceci peut être lié au fait que près des trois-quarts (74%) ont rencontré un professionnel de la santé au sujet du régime. Dans la majorité des cas, il s'agissait d'un médecin (64%) ou d'un nutritionniste (55%). Le quart des répondants ont rencontré plus d'un professionnel. Le tableau 5 présente le détail des informations se rapportant aux professionnels de la santé rencontrés par les participants, l'endroit de la rencontre et la période de temps écoulée depuis celle-ci. Ce genre d'information peut s'avérer utile pour le développement d'un projet de recherche s'intéressant aux pratiques des professionnels de la santé.

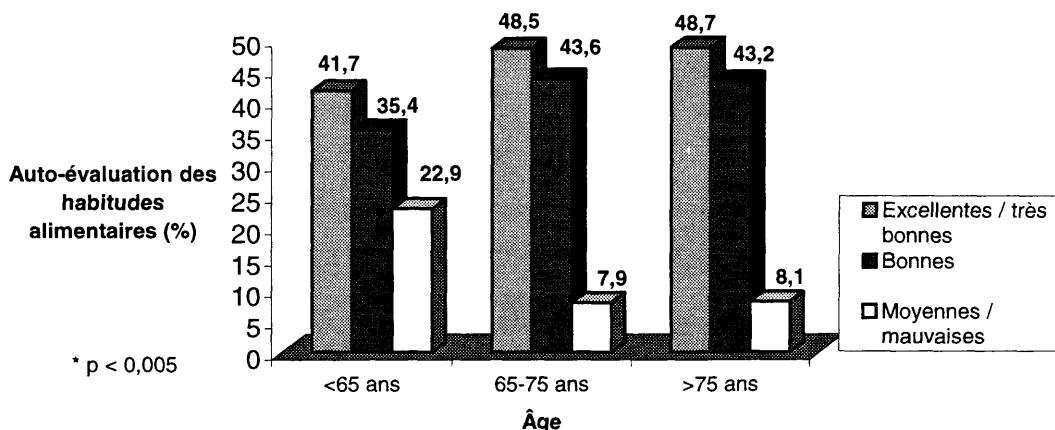
La majorité des personnes disent se rappeler ce qui leur a été dit lors de la rencontre avec le professionnel de la santé (85%) et avoir compris leur régime (91%). Selon les répondants, de l'information écrite concernant le régime a été remise dans 64% des cas et la plupart ont affirmé avoir lu (95%) et compris (93%) cette information. Par contre, seulement 61% de ceux-ci ont affirmé se servir encore de cette information et près du cinquième des répondants (19%) mentionnent qu'ils ne respectent leur régime qu'à l'occasion ou jamais. Il serait important de s'attarder, dans une enquête plus globale, à l'évaluation des causes de ce non-suivi du régime.

**Tableau 5 : Personnes rencontrées pour un régime, endroit de la rencontre et période écoulée depuis la rencontre (plus d'une réponse possible pour chacune des catégories)**

		Total	Nutritionniste	Médecin	Infirmière	Autres
		N	N	N	N	N
<b>Total tous les lieux</b>	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>78</b>	<b>91</b>	<b>14</b>	<b>4</b>
	- 1 mois	-	8	23	1	-
	- 1 an	79	19	44	8	3
	- 5 ans	24	25	11	2	1
	5 ans +	26	23	13	2	1
	NSP/Refus	-	7	3	2	2
<b>CLSC</b>	<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
	- 1 mois	3	1	2	-	-
	- 1 an	9	4	2	3	-
	- 5 ans	3	3	-	-	-
	5 ans +	-	-	-	-	-
	NSP/Refus	-	-	-	-	-
<b>Hôpital</b>	<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>64</b>	<b>32</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
	- 1 mois	15	5	10	-	-
	- 1 an	31	14	12	4	1
	- 5 ans	27	21	4	2	-
	5 ans +	23	17	4	2	-
	NSP/Refus	12	7	2	2	1
<b>Clinique hôpital</b>	<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>4</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>-</b>
	- 1 mois	10	1	8	1	-
	- 1 an	15	-	15	-	-
	- 5 ans	6	1	5	-	-
	5 ans +	7	2	5	-	-
	NSP/Refus	1	-	1	-	-
<b>Clinique privée</b>	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
	- 1 mois	2	-	2	-	-
	- 1 an	15	-	15	-	-
	- 5 ans	2	-	2	-	-
	5 ans +	5	1	4	-	-
	NSP/Refus	-	-	-	-	-
<b>Autres</b>	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
	- 1 mois	2	1	1	-	-
	- 1 an	3	1	-	1	1
	- 5 ans	1	-	-	-	1
	5 ans +	1	-	-	-	1
	NSP/Refus	-	-	-	-	-

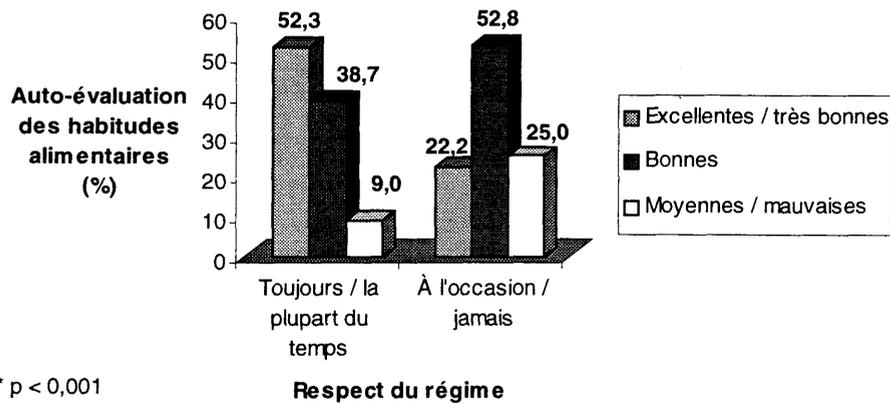
Les analyses montrent une association statistiquement significative entre l'âge et l'auto-évaluation des habitudes alimentaires (figure 1). Plus de personnes dans le groupe d'âge des moins de 65 ans rapportent des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises par rapport à celles des deux autres groupes plus âgés (23% c. 8%). Ainsi, la qualité des habitudes alimentaires est évaluée comme étant meilleure, principalement à partir de 65 ans.

**FIGURE 1**  
Auto-évaluation des habitudes alimentaires, selon l'âge \*



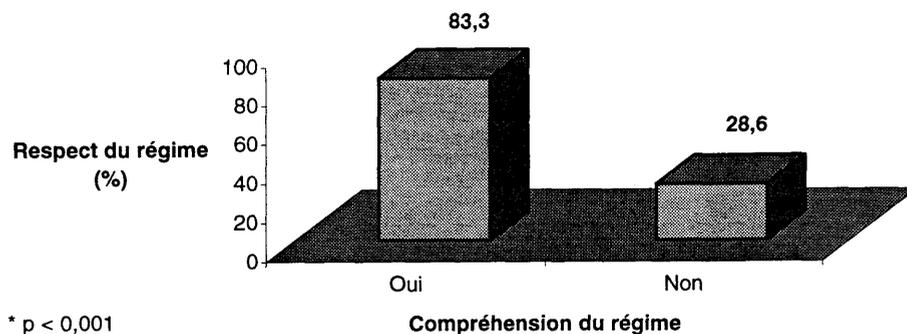
Ceci est important puisque le fait de mentionner respecter son régime est positivement associé à l'auto-évaluation des habitudes alimentaires (figure 2). En effet, parmi les personnes qui disent respecter toujours ou la plupart du temps leur régime, un peu plus de la moitié (52%) considèrent avoir d'excellentes ou de très bonnes habitudes alimentaires, comparativement à 22% des personnes qui disent ne respecter leur régime qu'à l'occasion ou jamais. À l'inverse, seulement 9% des gens qui disent respecter toujours ou la plupart du temps leur régime évaluent leurs habitudes alimentaires comme moyennes ou mauvaises comparativement à 25% de ceux qui affirment respecter occasionnellement ou jamais leur régime.

**FIGURE 2**  
**Auto-évaluation des habitudes alimentaires, selon le fait de respecter son régime ou non \***

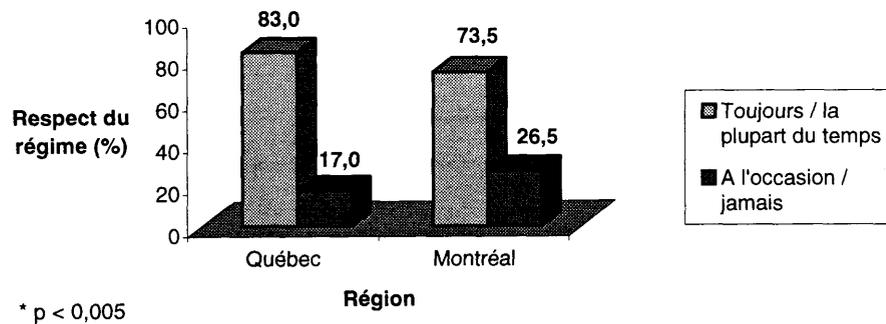


Le respect du régime est également positivement associé à la compréhension du régime (figure 3). Plus précisément, parmi les personnes qui disent comprendre leur régime, 83% mentionnent le respecter toujours ou la plupart du temps, comparativement à 29% de ceux qui ne le comprennent pas. Enfin, le respect du régime est associé à la région (figure 4), les gens de Montréal étant moins nombreux à respecter toujours ou la plupart du temps leur régime, comparativement à ceux de Québec (74% c. 83%). Rappelons que le faible nombre de participants rencontrés dans la région de Montréal ne permet pas de tirer des conclusions claires concernant les différences régionales.

**FIGURE 3**  
**Respect du régime, selon la compréhension du régime \***

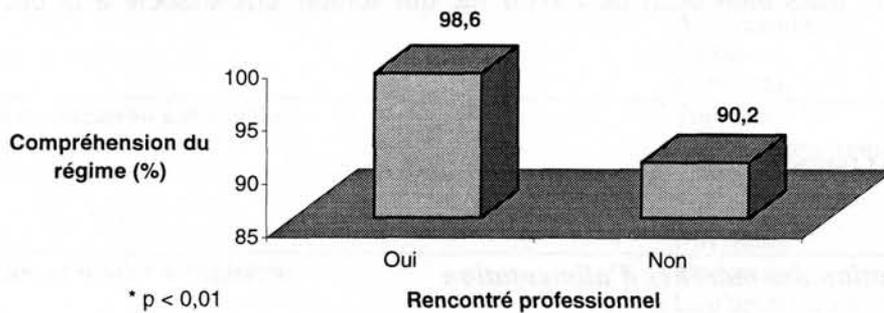


**FIGURE 4**  
**Respecter son régime ou non, selon la région \***

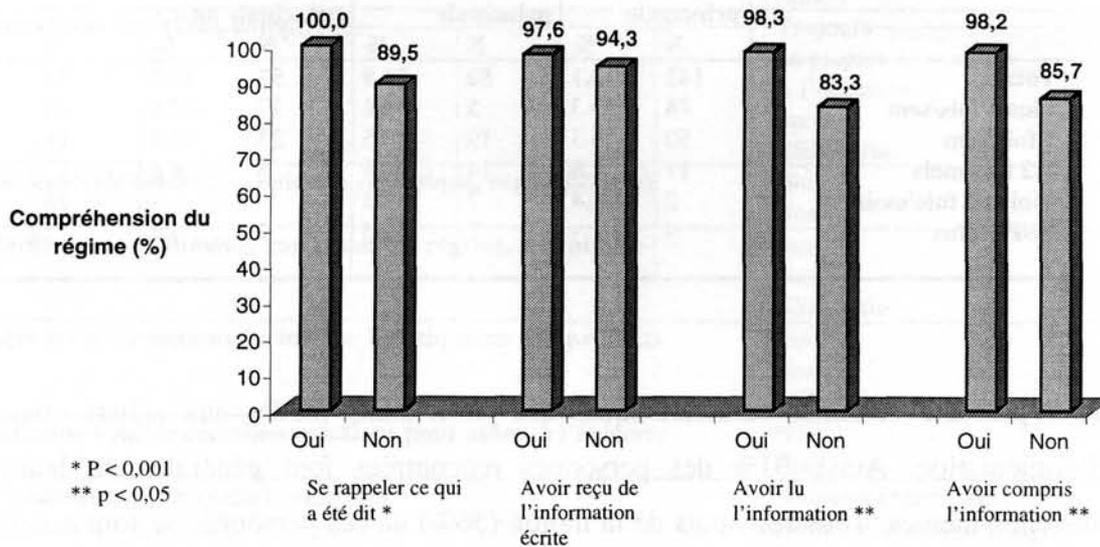


La compréhension du régime est aussi reliée positivement au fait de mentionner avoir rencontré un professionnel de la santé, se rappeler ce qui a été dit par rapport au régime, avoir lu l'information écrite reçue et avoir compris cette information (figures 5 et 6). Bien que la majorité des répondants aient l'impression de comprendre le régime, une plus grande proportion de personnes qui ont été vues par un professionnel au sujet de leur régime ont affirmé comprendre leur régime (99%), comparativement à ceux qui ne l'ont pas été (90%),

**FIGURE 5**  
**Compréhension du régime, selon le fait d'avoir rencontré un professionnel de la santé ou non \***



**FIGURE 6**  
**Compréhension du régime, selon diverses variables reliées à l'information transmise par les professionnels de la santé**



La totalité des gens disant se rappeler ce qu'on leur a dit au sujet du régime mentionnent aussi comprendre leur régime, comparativement à 90% de ceux qui s'en rappellent plus ou moins ou pas du tout. De même, quatre-vingt-dix-huit pour cent (98%) des gens qui disent avoir lu l'information reçue mentionnent aussi comprendre leur régime, par rapport à 83% pour ceux qui rapportent ne pas

l'avoir lue (4,9% de la population). Enfin, 98% des personnes qui disent avoir compris cette information ont l'impression de comprendre leur régime, comparativement à 86% de ceux qui disent ne pas l'avoir compris (5,9% de la population). Soulignons que ce n'est pas le fait d'avoir reçu de l'information écrite mais bien celui de l'avoir lue qui semble être associé à la compréhension du régime.

### 3.4 LES ACHATS ALIMENTAIRES

#### 3.4.1 La fréquentation des marchés d'alimentation

Le tableau 6 permet d'avoir plus d'information sur la fréquentation des différents types de marchés d'alimentation par les personnes interrogées. On peut constater que la fréquence des visites est très variable, les gens ayant tendance à faire leurs achats dans plus d'un marché d'alimentation de façon régulière.

Tableau 6 : Fréquence des visites à l'épicerie

	Si épicerie principale		Si pas épicerie principale		Épicerie principale autre		Dépanneur	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Total</b>	<b>141</b>	<b>73.1</b>	<b>52</b>	<b>26.9</b>	<b>57</b>	<b>29.5</b>	<b>81</b>	<b>42</b>
<b>Plus 1 fois/sem</b>	78	55.3	5	9.6	27	47.4	20	24.7
<b>1 fois/sem</b>	50	35.5	19	36.5	23	40.4	14	17.3
<b>1-2 fois/mois</b>	11	7.8	14	26.9	5	8.8	17	21.0
<b>Moins 1 fois/mois</b>	2	1.4	7	13.5	-	-	28	34.6
<b>NSP/Refus</b>	-	-	7	13.5	2	3.6	2	2.4

Le tableau 7 présente certaines caractéristiques des participants reliées aux achats effectués au marché d'alimentation. Ainsi, 91% des personnes rencontrées font généralement leurs achats alimentaires elles-mêmes. Toutefois, plus de la moitié (56%) de ces personnes se font accompagner (toujours ou à l'occasion) pour ce faire, dans la majorité des cas par leur conjoint. La majorité n'utilisent jamais les services de livraison offerts par les marchés d'alimentation (87%). Une proportion similaire (86%) se disent satisfaits des formats des contenants, pots, sacs, etc. disponibles au marché d'alimentation.

Tableau 7 : Caractéristiques reliées à l'épicerie

Questions	Choix de réponse	%
Faire généralement son épicerie soi-même	Oui	91.2
	Non	8.8
Se faire généralement accompagner pour faire l'épicerie	Toujours	28.0
	À l'occasion	27.5
	Jamais	43.0
	NSP/Refus	1.6
Utiliser les services de livraison à domicile	Toujours	4.1
	La plupart du temps	1.0
	À l'occasion	7.8
	Jamais	86.5
	NSP/Refus	0.5
Préparer une liste avant d'aller à l'épicerie	Toujours	44.6
	La plupart du temps	15.5
	À l'occasion	15.5
	Jamais	24.4
Comparer les prix des différentes marques avant de faire un choix	Toujours	40.4
	La plupart du temps	23.8
	À l'occasion	19.7
	Jamais	16.1
Utiliser les circulaires pour choisir les produits	Toujours	50.8
	La plupart du temps	16.1
	À l'occasion	18.7
	Jamais	14.5
Utiliser les coupons des circulaires pour économiser	Toujours	40.4
	La plupart du temps	16.6
	À l'occasion	24.9
	Jamais	18.1
Faire l'épicerie est une tâche compliquée	Toujours	5.2
	La plupart du temps	6.2
	À l'occasion	11.4
	Jamais	76.7
	NSP/Refus	0.5
Autonomie (épicerie soi-même, épicerie compliqué, repas difficile)	Oui	59.2
	Non	40.8
Trouver facilement les aliments convenant au régime, à l'épicerie	Oui	87.6
	Non	11.9
	NSP/Refus	0.5
Comprendre les informations écrites sur les étiquettes des produits	Oui	73.1
	Non	26.4
	NSP/Refus	0.5
Avoir mentionné vouloir certaines solutions pour aider, à l'épicerie	Oui	87.0
	Non	13.0
Solutions souhaitées parmi celles suggérées	Aliments regroupés	72.0
	Identifier avec des images	78.8
	Personnes ressource à l'épicerie	52.3
Satisfait des formats à l'épicerie	Oui	85.5
	Non	14.0
	NSP/Refus	0.5

### **3.4.2 Certains éléments de lecture et de calcul**

Certains éléments reliés aux achats alimentaires demandent des habiletés en lecture et en calcul. Cette étude a permis d'établir que près des deux tiers (64%) des personnes interrogées comparent toujours ou la plupart du temps les prix des produits de différentes marques avant d'arrêter leur choix. La majorité (67%) se servent toujours ou la plupart du temps des circulaires des marchés d'alimentation pour choisir les produits et plus de la moitié (57%) utilisent toujours ou la plupart du temps les coupons fournis dans les circulaires. Avoir mentionné l'un ou l'autre de ces éléments est associé positivement au fait de respecter son régime.

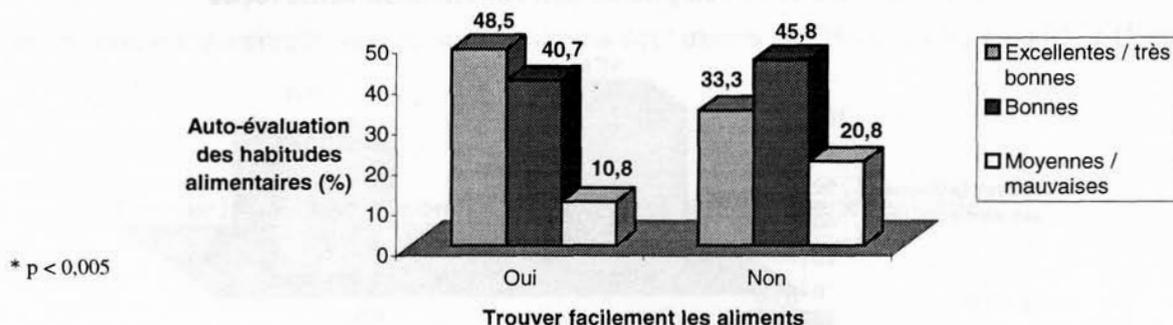
### **3.4.3 Les éléments de difficulté dans les achats alimentaires**

Le tiers (33%) des personnes rencontrées considèrent que faire ses achats alimentaires est une tâche qui est parfois, occasionnellement ou toujours compliquée et 12% mentionnent ne pas trouver facilement les aliments pour leur régime. De même, plus du quart (26%) disent avoir de la difficulté à comprendre les informations des étiquettes nutritionnelles sur les produits. Ainsi, il n'est pas surprenant de constater que l'une ou l'autre des solutions suggérées pour faciliter l'identification des produits au marché d'alimentation ait intéressé 87% des répondants.

Ces solutions visaient trois éléments : d'abord, le regroupement des produits alimentaires en fonction de leur contenu en matières grasses, en sel ou en sucre (retenu par 72% des répondants); deuxièmement, l'identification sur les étagères des produits faibles en gras, en sel ou en sucre, au moyen d'images (choisi par 79% des répondants); et finalement, la disponibilité d'une personne-ressource au marché d'alimentation, laquelle fournirait des renseignements au sujet des aliments du régime (retenu par 52% des répondants). Ces résultats indiquent une préférence pour l'autonomie dans les choix alimentaires, bien que la moitié des répondants apprécieraient la présence d'une personne-ressource.

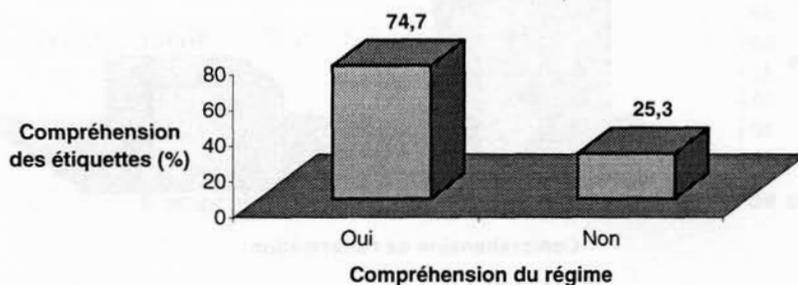
Le fait de trouver facilement les aliments au marché d'alimentation est positivement relié à l'auto-évaluation des habitudes alimentaires (figure 7).

**FIGURE 7**  
**Auto-évaluation des habitudes alimentaires, selon le fait de trouver facilement ou non les aliments pour son régime, à l'épicerie \***



De façon plus précise, plus de gens qui disent trouver facilement les aliments désirés au marché d'alimentation considèrent leurs habitudes alimentaires comme étant excellentes ou très bonnes, comparativement aux autres (49% c. 33%). De plus, la compréhension du régime est associée à la compréhension des étiquettes (figure 8).

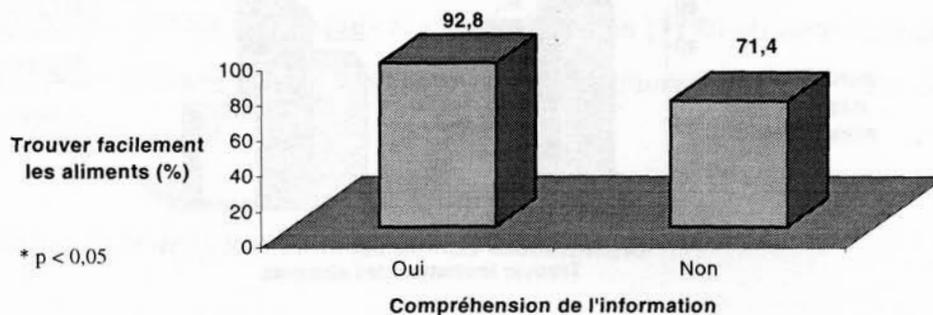
**FIGURE 8**  
**Compréhension des étiquettes, selon la compréhension du régime \***



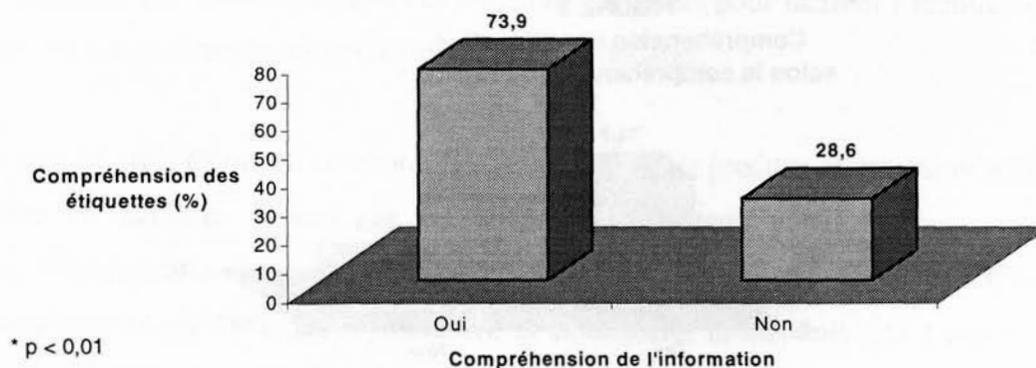
Les répondants mentionnant avoir compris l'information écrite qui leur avait été remise lors de leur visite chez un professionnel sont aussi plus nombreux à trouver facilement les aliments recherchés au marché d'alimentation et à comprendre les étiquettes nutritionnelles des produits, comparativement à ceux qui ont dit ne pas l'avoir comprise (figures 9 et 10). Les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes à trouver plus facilement les aliments souhaités (91% c. 83%) (figure 11). Ce

dernier élément renvoie probablement aux rôles traditionnellement dévolus aux hommes et aux femmes, en matière d'alimentation.

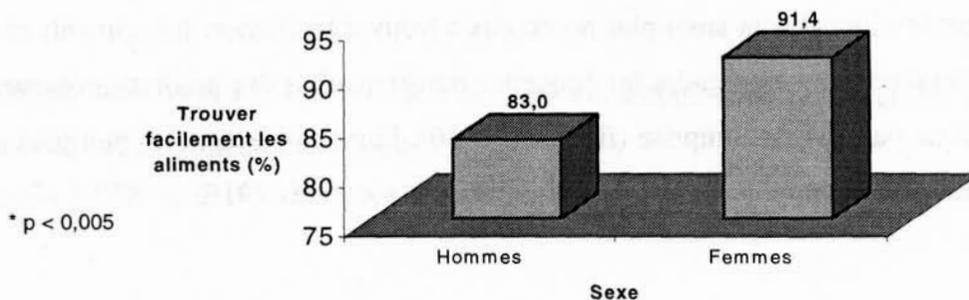
**FIGURE 9**  
Trouver facilement ou non les aliments pour son régime, à l'épicerie, selon le fait d'avoir compris ou non l'information écrite reçue \*



**FIGURE 10**  
Compréhension des étiquettes, selon le fait d'avoir compris ou non l'information écrite reçue \*



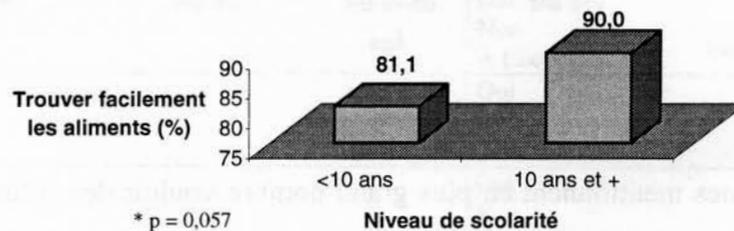
**FIGURE 11**  
Trouver facilement ou non les aliments pour son régime, à l'épicerie, selon le sexe \*



### 3.4.4 L'influence du niveau de scolarité

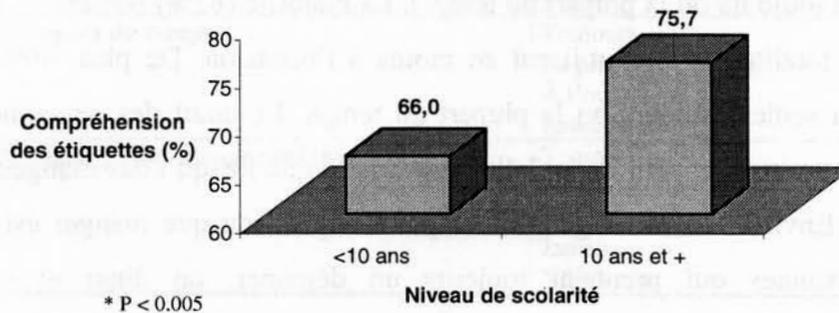
Les éléments se rapportant à l'écrit sont associés au niveau de scolarité. En effet, une plus forte proportion de personnes plus scolarisées mentionnent trouver plus facilement les aliments au marché d'alimentation, comparativement aux personnes moins scolarisées (90% c. 81%;  $p=0,057$ ) (figure 12).

**FIGURE 12**  
Trouver facilement ou non les aliments pour son régime, à l'épicerie, selon le niveau de scolarité \*

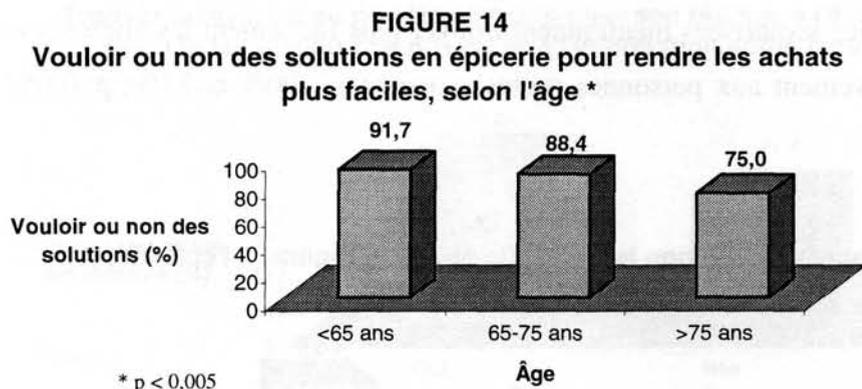


Les gens ayant moins de 10 ans de scolarité sont moins nombreux à affirmer comprendre les informations des étiquettes sur les produits alimentaires, comparativement à ceux ayant complété au moins une dixième année (66% c. 76%) (figure 13).

**FIGURE 13**  
Compréhension des étiquettes, selon le niveau de scolarité \*



Le groupe d'âge est aussi associé au fait de vouloir ou non des solutions au marché d'alimentation (figure 14).



Les personnes plus jeunes mentionnent en plus grand nombre vouloir des solutions proposées dans leur marché d'alimentation, afin de rendre leur magasinage plus facile. La proportion de personnes âgées de moins de 65 ans se disant intéressées par au moins l'une des trois solutions suggérées est de 92%, celle des personnes de 65 à 75 ans de 88%, et celle des gens de plus de 75 ans, de 75%.

### 3.5 LA PRÉPARATION ET LA CONSOMMATION DES REPAS

Les caractéristiques reliées à la préparation et à la consommation des repas sont présentées au tableau 8. Environ 8% des répondants ont avoué avoir de la difficulté à préparer leurs repas. Très peu ont dit acheter fréquemment des repas préparés ou des mets congelés au marché d'alimentation (moins de 3% le font toujours ou la plupart du temps). La majorité (82%) possèdent un four à micro-ondes et près de la totalité (99%) l'utilisent au moins à l'occasion. De plus, 40% des personnes rencontrées mangent seules toujours ou la plupart du temps. Le quart des personnes qui mangent seules avouent avoir moins d'appétit lorsqu'elles sont seules que lorsqu'elles mangent en compagnie d'autres personnes. Environ 20% des gens n'ont pas l'impression que manger est un plaisir. Les proportions de personnes qui prennent toujours un déjeuner, un dîner et un souper sont respectivement de 94%, 90% et 98%. Plusieurs personnes ont aussi affirmé prendre une ou plusieurs collations dans une journée, toujours ou occasionnellement, soit 32% en avant-midi, 49% en après-midi et 54% en soirée.

Tableau 8 : Caractéristiques reliées aux repas

Questions	Choix de réponse	%
Avoir de la difficulté à préparer les repas	Oui	8.3
	Non	91.2
	NSP/Refus	0.5
Acheter des mets préparés ou congelés à l'épicerie	Toujours	0.5
	La plupart du temps	2.1
	À l'occasion	47.7
	Jamais	49.7
Avoir un four micro-ondes	Oui	82.4
	Non	17.6
Utiliser le four micro-ondes (n=159)	Toujours	20.1
	La plupart du temps	35.8
	À l'occasion	42.8
	Jamais	1.3
Prendre un déjeuner	Oui	94.3
	Non	2.6
	À l'occasion	3.1
Prendre un dîner	Oui	90.2
	Non	2.1
	À l'occasion	7.8
Prendre un souper	Oui	98.4
	Non	1.0
	À l'occasion	0.5
Prendre une collation en avant-midi	Oui	15.0
	Non	65.8
	À l'occasion	17.1
	NSP/Refus	2.1
Prendre une collation en après-midi	Oui	22.8
	Non	49.2
	À l'occasion	25.9
	NSP/Refus	2.1
Prendre une collation en soirée	Oui	26.4
	Non	43.5
	À l'occasion	28.0
	NSP/Refus	2.1
Manger est un plaisir	Toujours	59.1
	La plupart du temps	21.2
	À l'occasion	11.9
	Jamais	7.8
Manger seul la plupart du temps	Toujours	17.1
	La plupart du temps	23.3
	À l'occasion	37.3
	Jamais	22.3
Avoir moins d'appétit quand mange seul (n=150)	Toujours	13.3
	La plupart du temps	11.3
	À l'occasion	10.0
	Jamais	64.7
	NSP/Refus	0.7

### 3.6 L'INDICE DE MALNUTRITION

Le tableau 9 présente les données concernant les divers éléments de l'indice de malnutrition ainsi que la distribution des gens selon leur risque de souffrir de malnutrition. Près de la moitié des personnes rencontrées (47%) sont à risque modéré de souffrir de malnutrition et près du tiers (30%) sont à risque élevé. Selon les analyses effectuées, aucune variable reliée au régime ou aux achats faits au marché d'alimentation n'est associée à l'indice de malnutrition. Un échantillon plus important permettrait peut-être d'obtenir des différences significatives. Une proportion plus importante de répondants de Montréal sont à risque élevé (44%) comparativement à ceux de la région de Québec (27%) (tableau 2).

**Tableau 9 : Indice de malnutrition**

Questions	Choix de réponse	%
<b>Changement dans l'alimentation dû à un problème de santé</b>	Oui	68.4
	Non	31.1
	NSP/Refus	0.5
<b>Prendre moins de 2 repas par jour</b>	Oui	8.8
	Non	91.2
<b>Manger peu de fruits, de légumes et de produits laitiers</b>	Oui	23.8
	Non	76.2
<b>Boire 3 verres d'alcool ou plus par jour</b>	Oui	8.3
	Non	91.7
<b>Avoir des problèmes de dents ou de bouche, donc difficile de manger</b>	Oui	10.4
	Non	89.6
<b>Manquer d'argent pour acheter la nourriture</b>	Oui	7.8
	Non	92.2
<b>Manger seul la plupart du temps</b>	Oui	38.9
	Non	61.1
<b>Prendre 3 médicaments ou plus par jour</b>	Oui	53.9
	Non	46.1
<b>Avoir perdu ou gagné plus de 10 livres dans les 6 derniers mois</b>	Oui	23.3
	Non	76.7
<b>Ne pas être physiquement capable de faire courses, cuisine, manger</b>	Oui	16.6
	Non	83.4
<b>Indice global de malnutrition</b>	Moins ou égal à 2 : pas à risque	23.3
	3-5 : à risque modéré	46.6
	6+ : à haut risque	30.1

### 3.7 LES ÉPICIERS

Quinze épiceries différentes ont été visitées (14 dans la région de Québec et une à Montréal). Un bref questionnaire avait été préparé pour le gérant ou le propriétaire de chaque épicerie (annexe 2). Les

questions visaient principalement à savoir si la mise en valeur de produits alimentaires bénéfiques à la santé cardiovasculaire faisait partie des activités de promotion de l'épicerie. Le questionnaire (un par épicerie) permettait également d'obtenir une description sommaire du genre d'épicerie. Quinze questionnaires ont donc été remplis. Le tiers (5/15) des épiceries visitées appartenaient à un particulier, alors que la majorité avait pour propriétaire une chaîne d'alimentation. Un peu moins de la moitié (6/15) étaient des franchisés. La très grande majorité des commerces étaient des épiceries de surface moyenne (Métro, IGA ou Provigo) (12/15), deux épiceries étaient plutôt à grande surface (Maxi et Super C) et une seule faisait partie de la catégorie des épiceries de quartier (Marché Richelieu).

Seulement le tiers des épiciers avaient distribué des brochures ou encore des recettes liées à la santé cardiovasculaire au cours des trois mois précédant l'enquête. Un seul épicier avait mis à la disposition des clients des coupons-rabais (autres que ceux dans les circulaires) pour des produits recommandés pour la santé cardiovasculaire au cours de la même période et seulement deux épiciers avaient installé des affiches ciblant la même catégorie de produits.

Au cours des trois mois ayant précédé l'enquête, aucun des quinze épiciers interrogés n'avait installé de présentoirs offrant certains aliments liés à la santé du cœur et seulement trois avaient organisé des dégustations de produits bénéfiques à la santé cardiovasculaire. Enfin, aucun n'avait offert de formation à ses employés au sujet de produits alimentaires liés à la santé du cœur.

Par ailleurs, lorsqu'on leur a demandé s'ils seraient intéressés à faire la promotion de produits bénéfiques à la santé cardiovasculaire, la totalité des répondants ont répondu par l'affirmative.

#### **4. LA DISCUSSION**

Les analyses effectuées dans le cadre de cette recherche exploratoire suscitent certains éléments de discussion. D'abord, la notion de régime alimentaire « prescrit » est difficile à définir. De plus, les gens peuvent avoir plusieurs régimes, reçus à différents endroits et parfois depuis longtemps. Il semble qu'il serait important, dans le cadre d'une étude à grande échelle, de recruter des sujets à qui un professionnel de la santé viendrait de prescrire un régime, et de suivre cette personne dans le temps, afin de mieux saisir les difficultés vécues lors de ses choix alimentaires en épicerie, en fonction des éléments « écrits » posant des difficultés (le régime remis par le professionnel de la santé, les étiquettes, etc.).

Plusieurs questions de ce questionnaire entraînent probablement des réponses influencées par une certaine désirabilité sociale (questions 6, 8, 9 b), 9 c), 21, 22, 28). Il serait important de tenter de mieux cerner ces dimensions. Les notions de « compréhension du régime » et de « suivi du régime » devraient principalement faire l'objet d'une attention particulière. Par exemple, une équipe de chercheurs européens a développé un outil validé qui permet d'évaluer objectivement le niveau de compréhension du régime. De même, des outils traditionnellement utilisés en évaluation nutritionnelle, tel que le journal alimentaire, permettraient de mesurer objectivement le suivi du régime. D'autres outils devraient être élaborés afin de dégager le niveau de compréhension des étiquettes.

Il serait important, dans une recherche future, d'avoir un groupe témoin et un groupe expérimental, afin de vraiment dégager les éléments de difficulté propres aux personnes peu alphabétisées, et de mesurer adéquatement le niveau réel d'habileté en lecture avec un outil validé. Cet élément n'a été qu'indirectement évalué dans cette recherche, par la mesure du niveau d'éducation. Malgré qu'un faible niveau d'éducation (moins de 10 ans de scolarité) ait été associé à certains des éléments à l'étude, celui-ci demeure probablement sous-évalué et ne donne qu'une indication partielle du phénomène à l'étude, soit les personnes peu alphabétisées.

Les différences régionales n'ont pu être adéquatement évaluées dans cette étude, compte tenu du court délai de réalisation. Malgré ce fait, certaines différences ont été soulevées entre les répondants de Montréal et ceux de la région de Québec. Un projet plus global devrait s'assurer d'un échantillon

aléatoire couvrant diverses dimensions régionales ou ethniques, qui influencent de façon marquée les habitudes alimentaires. D'autres variables sociales devraient faire l'objet d'études plus approfondies. Par exemple, le fait de vivre seul, le manque d'autonomie ou la distance entre sa résidence et le marché d'alimentation sont autant d'éléments qui peuvent faire une différence dans l'accès aux aliments requis pour suivre le régime.

Malgré ces remarques, cette étude a permis de dégager certaines associations statistiquement significatives importantes pour la problématique à l'étude :

1. Le fait de respecter son régime est positivement associé à la qualité de l'alimentation.
2. La compréhension du régime est positivement associée au fait de respecter son régime.
3. La rencontre avec un professionnel de la santé facilite la compréhension du régime.
4. La compréhension du régime est aussi meilleure chez les personnes qui disent se rappeler l'information transmise par le professionnel de la santé, qui ont lu de l'information écrite et qui jugent avoir compris cette information.
5. Le fait de trouver facilement les aliments au marché d'alimentation favorise de saines habitudes alimentaires (auto-évaluées).
6. La compréhension du régime est associée à la compréhension des étiquettes alimentaires.
7. Le fait d'avoir compris l'information écrite reçue facilite le repérage des aliments nécessaires à son régime, au marché d'alimentation, ainsi que la compréhension des étiquettes.
8. Le niveau de scolarité est positivement associé au repérage des aliments nécessaires à son régime, au marché d'alimentation, ainsi qu'à la compréhension des étiquettes. Les femmes sont aussi avantagées dans ce domaine, par rapport aux hommes.
9. Les personnes plus jeunes semblent être plus ouvertes à des solutions qui pourraient les aider au marché d'alimentation, que les personnes plus âgées.

Ainsi, les résultats de cette étude semblent indiquer que les personnes ayant des difficultés de lecture sont désavantagées, aussi bien dans le bureau du professionnel de la santé qu'aux lieux d'achats des aliments, de façon telle qu'il leur est plus difficile de bien suivre leur régime alimentaire et d'avoir accès à l'information concernant celui-ci ou les aliments requis pour le suivre, comparativement aux autres personnes.

## CONCLUSION

La réduction des inégalités sociales de santé commande non seulement d'adapter les services aux besoins des personnes défavorisées, mais de déborder le cadre strict du système de services afin de concevoir des mesures sociales capables d'affecter la santé et le bien-être de la population (Ferland et coll., 1995). Il faut privilégier le développement de projets axés sur une activité de la vie quotidienne, visant une population reconnue comme très vulnérable, c'est-à-dire les personnes peu alphabétisées et aux prises avec des maladies chroniques. Cette population regroupe une majorité de personnes âgées isolées, ayant souvent un état de santé précaire et n'ayant pas facilement accès aux ressources et aux traitements qui pourraient les aider dans leur processus d'auto-prise en charge de leur santé.

L'alimentation est reconnue comme un facteur de risque important associé aux maladies chroniques. Les personnes peu alphabétisées qui doivent suivre un régime alimentaire font face à plusieurs difficultés. Les régimes alimentaires prescrits sont souvent complexes, et de ce fait, ils ne peuvent pas être mémorisés dans le bureau du médecin ou de la nutritionniste. L'information, généralement transmise sur un document papier pour référence ultérieure, est rarement adaptée aux personnes qui ont de la difficulté à lire et à calculer. Dans ce cadre, il y aurait lieu de travailler à sensibiliser les professionnels à la réalité des personnes peu alphabétisées et à développer du matériel éducatif adapté à cette clientèle. Une autre difficulté se présente lorsqu'il faut lire les étiquettes des aliments afin de choisir ceux adaptés au régime prescrit, au marché d'alimentation. Les étiquettes des aliments sont généralement difficiles à comprendre et les termes nutritionnels qui décrivent le contenu du produit sont souvent compliqués (ex : gras monoinsaturés, saccharides, etc.). Ainsi, il y aurait lieu de développer des approches facilitantes en épicerie, telles que des logos santé, des parcours visuels ou encore des conseils de diététistes formés à la problématique des personnes peu alphabétisées et aux difficultés que ces personnes rencontrent. Nous croyons que l'apprentissage doit être tributaire de la motivation des apprenants. Or, au sein du quotidien et en regard d'un besoin de santé qui est de suivre un régime thérapeutique, les patients peu alphabétisés seront plus en mesure de faire des apprentissages signifiants, utiles et durables.

## RÉFÉRENCES

- Association pour la santé publique de l'Ontario et Collège Frontier. (1990). Le projet alphabétisation et santé. Toronto (Ontario) : Association pour la santé publique de l'Ontario et Collège Frontier. ISBN 0-929129-04-0.
- Breen, M.J. (1998). Promouvoir l'alphabétisation, c'est améliorer la santé. Texte du forum national sur la santé. La santé et ses déterminants. Site internet : <http://www.nfh.hc-sc.ca/publicat/execsumm/breff.htm>.
- Brug, J. (1999). Dutch research into the development and impact of computer-tailored nutrition education. European Journal of Clinical Nutrition. Vol.53 (suppl. 2), S78-S82.
- Davis, T.C., Crouch, M.A., Wills, G., Miller, S., Abdehou, M. (1990). The gap between patient reading comprehension and the readability of patient education materials. The Journal of Family Practice. Vol. 31 (5), 533-538.
- Dubois, L., Labrecque, J., Girard, M., Damestoy, N., Grignon, R. et coll. (1999a). Déterminants des problèmes nutritionnels d'un groupe de personnes âgées non-institutionnalisées habitant sur le territoire de Laval. Projet réalisé dans le cadre du partenariat GRASP- Régie Régionale de Laval.
- Dubois, L., Labrecque, J., Girard, M., Grignon, R., Damestoy, N. (1999b). Déterminants des difficultés reliées à l'alimentation dans un groupe de personnes âgées non-institutionnalisées du Québec. Dans : Nutrition et Vieillesse. Collection L'année gérontologique. Erdi Édition. Paris (France), 21-52.
- Epp, J. (1986). La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé. Ottawa. Santé et Bien-Être Canada.
- Fellegi, I. (1995). Littératie, économie et société : résultats de la première Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes. Ottawa. Statistique Canada.
- Ferland, M., Paquet, G., Lapointe, F. (1995). Chapitre 5 : Liens entre le statut-socioéconomique et la santé. Santé Québec. Aspects sociaux reliés à la santé. Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume 2. Montréal. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec.

- Goffinet, F.A., Van Damme, V. (1990). Étude de l'IUE sur l'analphabétisme fonctionnel dans les pays industrialisés 6. Analphabétisme fonctionnel en Belgique. Sous la direction de la Fondation Roi Beaudoin, Bruxelles. Institut de l'UNESCO pour l'Éducation, Ambourg.
- Guillaume, M. L. (1995). Le coût économique et social de l'illettrisme. Universitas Friburgensis, juin 95 [Press@unifr.ch](mailto:Press@unifr.ch). Université de Fribourg. <http://www.unifr.ch/spc/UF/95/guillaume.html>.
- Hartman, T. J., McCarthy, P.R., Park, R. J., Schuster, E., Kushi, L. H. (1997). Results of a community-based low-literacy nutrition education program. Journal of Community Health. Vol. 22 (5), 325-341.
- Jackson, R.H et coll. (1991). Patient reading ability : An overlooked problem in health care. Southern Medical Journal. Vol. 84 (10), 1172-1175.
- Kumanyika, S.K Adams-Campbell, L., Van Horn, B., Ten Have, T.R., Treu, J.A., Askov, E., Williams, J., Achterberg, C., Zaghoul, S., Monsegu, D., Bright, M., Stoy, D.B., Malone-Jackson, M., Mooney, D., Deiling, S., Caulfield, J. (1999). Outcomes of a cardiovascular nutrition counseling program in African-Americans with elevated blood pressure or cholesterol level. Journal of the American Dietetic Association. Vol. 99 (11), 1380-1388, 1391.
- Leynaud-Rouaud, C. (1998). Alimentation, précarité et santé. La santé de l'homme. Vol. 336, septembre, XII-XIV.
- National Institute of Nutrition. (1996). Food and Nutrition Opportunities in the Seniors' Market. A Situation Analysis. P.33.
- Nguyet Nguyen, M., Potvin, L., O'Loughlin, J., Philibert, L., Moisan, J., Paradis, G., Tremblay, M. (1995). L'épicerie aide-t-elle le consommateur à choisir les aliments qui favorisent la santé du cœur? Une étude exploratoire. Canadian Journal of Public Health. Vol. 86 (3), 185-187.
- Pompougnac, J.C. (1996). Illettrisme : tourner la page. Collections « Questions de société ». Hachette. Paris.
- Statistique Canada. (1999). Statistiques, des chiffres qui en disent long ! Extraits de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes.
- Weiss, B.D., Blanchard, J.S., McGee, D.L., Hart, G., Warren, B., Burgoon, M., Smith, K.J. (1994). Illiteracy among medicaid recipients and its relationship to health care costs. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. Vol. 5 (2), 99-111.

- Weiss, B.D., Coyne, C. (1997). Communication with patients who cannot read. The New England Journal of Medicine. Vol. 337 (4), 272-273.
- Weiss, B.D., Hart, G., McGee, D.L., D'Estelle, S. (1992). Health status of illiterate adults : relation between literacy and health status among persons with low literacy skills. Journal of American Board Family Practice. Vol. 5 (3), 257-264.
- Williams, M. V., Parker, R. M., Baker, D.W., Parikh, N. S., Pitkin, K., Coates, W. C., Nurss, J.R. (1995). Journal American Medical Association. Vol. 274 (21), 1677-1682.
- Winett, R.A., Wagner, J.L., Moore, J.F., Walker, W.B., Hite, L.A., Leahy, M., Neubauer, T., Arbour, D., Walberg, J., Geller, E.S., Mundy, L.L., Lombard, D. (1991). An experimental evaluation of a prototype public access nutrition information system for supermarkets. Health Psychology. Vol. 10 (1), 75-78.

## Annexe 1

### ÉTUDE EXPLORATOIRE SUR LES COMPORTEMENTS D'ACHATS EN ÉPICERIE CHEZ DES PERSONNES ÂGÉES SUIVANT UN RÉGIME ALIMENTAIRE

Procédure de recrutement pour le projet Alpha-Santé
--

1. Vous devez contacter par téléphone (voir la liste près du bureau 4108-D de Chantal Viens, au 4<sup>ème</sup> étage) un gérant ou propriétaire d'épicerie qui acceptera de **(1) vous recevoir afin de réaliser votre enquête (qui a une petite place pour vous, et vous offre deux chaises au moins) et (2) qui accepte de répondre au questionnaire.**
2. Lorsque vous avez identifié l'épicerie volontaire, vous préparez votre visite pour l'enquête : vous devez vous procurer un appareil à pression, vous assurer que vous avez vos questionnaires, ceux pour les clients et celui du gérant ou propriétaire. **Pour le gérant ou propriétaire**, il y répond lui-même, vous n'avez qu'à vous assurer de lui donner et de le reprendre après qu'il l'ait complété.
3. **Pour l'enquête auprès des clientes et clients de l'épicerie**, chaque équipe formée de 2 étudiantes et étudiants rencontre **5 personnes âgées ou plus si le temps vous le permet.** Voici le scénario prévu : vous offrez à des personnes âgées (65 ans et plus) de prendre quelques minutes de leur temps et :
  - Dans un premier temps **vous vous présentez et expliquez votre présence à l'épicerie.**
  - Par la suite, vous prenez leur pression et leur demandez s'ils suivent un régime alimentaire. **Pour les personnes qui ne suivent pas de régime ou diète, vous leur donnez leur résultat de prise de tension, vous les remerciez et vous terminez la rencontre.** Vous n'utilisez donc pas de questionnaire pour eux. **Pour celles qui ont un régime ou une diète**, vous leur demandez si elles acceptent de répondre à quelques questions. **Vous inscrivez leur pression sur le questionnaire et vous débutez le questionnaire.**

- Vous posez toutes les questions selon l'ordre de présentation du questionnaire. Naturellement, il vous faudra les encourager et démontrer un intérêt soutenu!
  - Il est très important de bien connaître le questionnaire, de savoir là où vous lisez les réponses et là où vous devez coder vous-même les réponses.
4. Vous remarquerez que vous avez un **code à inscrire en haut à droite**. Chaque épicerie aura un code dont une lettre et deux chiffres (voir les codes sur la liste) et chaque client aura également son code de deux chiffres, soit le premier que vous rencontrez sera le 01, le deuxième 02, et les autres 03, 04, 05 etc. Si vous choisissez une autre épicerie que celles sur la liste inscrire les codes qui sont prévues à cette fin en vous assurant d'indiquer le nom (la franchise ou la chaîne) et le numéro de téléphone de la nouvelle épicerie sur la liste près du bureau de Chantal Viens.

Pour les emprunts d'appareil à pression (il y en a une dizaine), il faut aller au laboratoire au local 00110 après le 17 mars entre 8 heures 30 et 17 heures 30 du lundi au vendredi (fermeture à 17 heures).

Bon recrutement!

Chantal Viens, inf. Ph.D : 656-2131 poste 3868

## Annexe 2



Équipe # \_\_\_\_\_

Responsable \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--

### ÉTUDE EXPLORATOIRE SUR LES COMPORTEMENTS D'ACHATS EN ÉPICERIE CHEZ DES PERSONNES ÂGÉES SUIVANT UN RÉGIME ALIMENTAIRE

(Questionnaire du gérant / propriétaire)

Date \_\_\_\_\_

**1. Le propriétaire de votre magasin est :**

Une chaîne    Nom: \_\_\_\_\_

Un particulier

**2. S'agit-il d'une franchise?**

Oui       Non

**3. Depuis combien de temps occupez-vous votre fonction au sein du magasin?**

Années \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ semaines \_\_\_\_\_

**AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS AVEZ-VOUS :**

**4. a) distribué des brochures ou recettes gratuites liées à la santé du cœur<sup>1</sup> ?**

Oui ( ) Non ( )

**b) Qui en a pris l'initiative ?** ( ) chaîne ( ) patron / propriétaire ( ) fabricant  
( ) un groupe de santé ( ) autre, précisez : \_\_\_\_\_

**5. a) distribué des coupons-rabais de produits liés à la santé du cœur ?**

Oui ( ) Non ( )

**b) Qui en a pris l'initiative ?** ( ) chaîne ( ) patron / propriétaire ( ) fabricant  
( ) un groupe de santé ( ) autre, précisez : \_\_\_\_\_

**6. a) installé des affiches liées à la santé du cœur ?**

Oui ( ) Non ( )

**b) Qui en a pris l'initiative ?** ( ) chaîne ( ) patron / propriétaire ( ) fabricant  
( ) un groupe de santé ( ) autre, précisez : \_\_\_\_\_

**AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS AVEZ-VOUS :**

**7. a) installé des présentoirs pour produits liés à la santé du cœur ?**

Oui ( ) Non ( )

**b) Qui en a pris l'initiative ?** ( ) chaîne ( ) patron / propriétaire ( ) fabricant  
( ) un groupe de santé ( ) autre, précisez : \_\_\_\_\_

**8. a) organisé des dégustations de produits liés à la santé du cœur ?**

Oui ( ) Non ( )

**b) Qui en a pris l'initiative ?** ( ) chaîne ( ) patron / propriétaire ( ) fabricant  
( ) un groupe de santé ( ) autre, précisez : \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> **Santé du cœur** : produits faibles en gras, faibles en sel, faibles en sucre, élevés en fibres.

**9. a) offert de la formation à vos employés sur des produits liés à la santé du cœur ?**

Oui ( ) Non ( )

**b) Qui en a pris l'initiative ?** ( ) chaîne ( ) patron / propriétaire ( ) fabricant

( ) un groupe de santé ( ) autre, précisez : \_\_\_\_\_

**10. En quelle année votre épicerie a-t-elle été ouverte dans votre quartier ou ville ou village ?**

19\_\_\_\_.

**11. Combien de transactions faites-vous à chaque semaine ?**

\_\_\_\_\_ transactions

**12. Combien d'employé(e)s travaillent à temps plein chez vous?**

\_\_\_\_\_ employé(e)s

**13. Combien d'employé (e)s travaillent à temps partiel chez vous ?**

\_\_\_\_\_ employé(e)s

**14. Êtes-vous intéressé (e) à faire la promotion de produits liés à la santé du cœur ?**

( ) OUI

( ) NON

**15. Avez-vous des activités organisées pour les aîné (e)s ?**

( ) Livraison gratuite ( ) Primes d'assiduité ( ) Visites guidées

( ) Coupons-rabais ou autres rabais de l'âge d'or

( ) Autre(s), précisez : \_\_\_\_\_

Remarques / suggestions / commentaires:

---

---

---

---

Merci beaucoup pour votre collaboration et de votre patience!

**Si vous avez des questions, communiquez avec Madame Chantal Viens, inf., Ph.D, professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval au 656-2131, poste 3868.**

### Annexe 3

Équipe # \_\_\_\_\_ Responsable \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--

Date \_\_\_\_\_ Heure du début \_\_\_\_\_ Heure de la fin \_\_\_\_\_

#### ÉTUDE EXPLORATOIRE SUR LES COMPORTEMENTS D'ACHATS EN ÉPICERIE CHEZ DES PERSONNES ÂGÉES SUIVANT UN RÉGIME ALIMENTAIRE

(Expérimentation du questionnaire auprès du client)

1. TENSION ARTÉRIELLE : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

2. COMPARATIVEMENT À D'AUTRES PERSONNES DE VOTRE ÂGE, DIRIEZ-VOUS QUE VOTRE  
SANTÉ EST EN GÉNÉRAL...

- |                    |     |   |
|--------------------|-----|---|
| Excellente         | ( ) | 1 |
| Très bonne         | ( ) | 2 |
| Bonne              | ( ) | 3 |
| Moyenne            | ( ) | 4 |
| Mauvaise           | ( ) | 5 |
| <i>Ne sait pas</i> | ( ) | 8 |
| <i>Refuse</i>      | ( ) | 9 |

**3. AVEZ-VOUS UN PROBLÈME DE SANTÉ OU UN HANDICAP ?**

Oui ( ) 1 → **LESQUELS?** *Ne pas lire (plus d'un choix peut être coché)*

Maladie cardio-vasculaire	( )	(1) Oui
Diabète	( )	(0) Non
Arthrite	( )	
Cancer	( )	
Problème gastro-intestinal	( )	
Problème pulmonaire	( )	
Autre _____	( ) 7	
<i>Ne sait pas</i>	( ) 8	
<i>Refuse</i>	( ) 9	

Non ( ) 2  
*Ne sait pas* ( ) 8  
*Refuse* ( ) 9

**4. COMPARATIVEMENT À D'AUTRES PERSONNES, DIRIEZ-VOUS QUE VOS HABITUDES ALIMENTAIRES (VOTRE ALIMENTATION) SONT EN GÉNÉRAL...**

Excellentes	( ) 1
Très bonnes	( ) 2
Bonnes	( ) 3
Moyennes	( ) 4
Mauvaises	( ) 5
<i>Ne sait pas</i>	( ) 8
<i>Refuse</i>	( ) 9

**5. SUIVEZ-VOUS UNE DIÈTE OU UN RÉGIME ALIMENTAIRE PRESCRIT?**

Oui ( ) 1 → **LESQUELS ?** *Ne pas lire (plus d'un choix peut être coché)*

Faible en gras ( ) (1) Oui

Faible en sucre ( ) (0) Non

Faible en sel ( )

Élevé en fibres ( )

Faible en fibres et résidus ( )

Autre \_\_\_\_\_ ( ) 7

*Ne sait pas* ( ) 8

*Refuse* ( ) 9

Non ( ) 2 → **Terminer la rencontre**

*Ne sait pas* ( ) 8 → **Terminer la rencontre**

*Refuse* ( ) 9 → **Terminer la rencontre**

**Les questions qui suivent concernent le régime que vous devez suivre.**

**6. COMPRENEZ-VOUS CE QU'IL FAUT FAIRE POUR BIEN SUIVRE VOTRE RÉGIME ?**

Oui ( ) 1

Non ( ) 2 → **POURQUOI?** *Ne pas lire (plus d'un choix peut être coché)*  
(1) Oui (0) Non

Ne se rappelle plus ce qu'on lui a dit à ce sujet ( )

N'a pas bien compris les informations données oralement ( )

N'a pas bien compris les explications parce qu'écrites ( )

Autre \_\_\_\_\_ ( )

*Ne sait pas* ( ) 8

*Refuse* ( ) 9

*Ne sait pas* ( ) 8

*Refuse* ( ) 9

**7. RESPECTEZ-VOUS VOTRE DIÈTE OU VOTRE RÉGIME ?**

- Toujours ( ) 1
- La plupart du temps ( ) 2
- À l'occasion ( ) 3
- Jamais ( ) 4
- Ne sait pas* ( ) 8
- Refuse* ( ) 9

**8. a) AVEZ-VOUS RENCONTRÉ QUELQU'UN AU SUJET DU RÉGIME QUE VOUS DEVEZ SUIVRE ?**

- Oui ( ) 1 → *Passer à la question 8. b)*
- Non ( ) 2 → *Passer à la question 9*
- Ne sait pas* ( ) 8 → *Passer à la question 9*
- Refuse* ( ) 9 → *Passer à la question 9*

**8. b) QUI AVEZ-VOUS RENCONTRÉ AU SUJET DE VOTRE RÉGIME?**

*Ne pas lire (plus d'un choix peut être coché)*

Diététiste-nutritionniste ( ) 01 → **À QUEL ENDROIT? → À QUAND REMONTE CETTE RENCONTRE ?**

*Ne pas lire (plus d'un choix peut être coché)*

- |                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| CLSC ( )                 | (1) Moins d'un mois    |
| Hôpital ( )              | (2) Moins d'un an      |
| Clinique médicale ( )    | (3) Moins de 5 ans     |
| Bureau privé ( )         | (4) Plus de 5 ans      |
| Autre _____ ( )          | (8) <i>Ne sait pas</i> |
| <i>Ne sait pas</i> ( ) 8 | (9) <i>Refuse</i>      |
| <i>Refuse</i> ( ) 9      |                        |

*Suite des possibilités à la page suivante...*

Suite...

Médecin ( ) 02 → À QUEL ENDROIT? → À QUAND REMONTE CETTE RENCONTRE?

*Ne pas lire (plus d'un choix peut être coché)*

CLSC	( )	(1) Moins d'un mois
Hôpital	( )	(2) Moins d'un an
Clinique médicale	( )	(3) Moins de 5 ans
Bureau privé	( )	(4) Plus de 5 ans
Autre _____	( )	(8) <i>Ne sait pas</i>
<i>Ne sait pas</i>	( ) 8	(9) <i>Refuse</i>
<i>Refuse</i>	( ) 9	

Infirmière ( ) 03 → À QUEL ENDROIT? → À QUAND REMONTE CETTE RENCONTRE?

*Ne pas lire (plus d'un choix peut être coché)*

CLSC	( )	(1) Moins d'un mois
Hôpital	( )	(2) Moins d'un an
Clinique médicale	( )	(3) Moins de 5 ans
Bureau privé	( )	(4) Plus de 5 ans
Autre _____	( )	(8) <i>Ne sait pas</i>
<i>Ne sait pas</i>	( ) 8	(9) <i>Refuse</i>
<i>Refuse</i>	( ) 9	

Autre ( ) 07 → À QUEL ENDROIT? → À QUAND REMONTE CETTE RENCONTRE ?

*Ne pas lire (plus d'un choix peut être coché)*

CLSC	( )	(1) Moins d'un mois
Hôpital	( )	(2) Moins d'un an
Clinique médicale	( )	(3) Moins de 5 ans
Bureau privé	( )	(4) Plus de 5 ans
Autre _____	( )	(8) <i>Ne sait pas</i>
<i>Ne sait pas</i>	( ) 8	(9) <i>Refuse</i>
<i>Refuse</i>	( ) 9	

*Ne sait pas* ( ) 8

*Refuse* ( ) 9

**8. c) VOUS RAPPELEZ-VOUS CE QU'ON VOUS A DIT AU SUJET DE VOTRE RÉGIME?**

- Oui ( ) 1
- Non ( ) 2
- Plus ou moins ( ) 3
- Ne sait pas* ( ) 8
- Refuse* ( ) 9

**8. d) AVEZ-VOUS L'IMPRESSION D'AVOIR COMPRIS CE QU'ON VOUS A DIT?**

- Oui ( ) 1
- Non ( ) 2
- Plus ou moins ( ) 3
- Ne sait pas* ( ) 8
- Refuse* ( ) 9

**9. a) AVEZ-VOUS REÇU DE L'INFORMATION ÉCRITE AU SUJET DE VOTRE RÉGIME ?**

- Oui ( ) 1 → **Quelle sorte d'information ?**  
*Ne pas lire (plus d'un choix peut être coché)*  
(1) Oui (0) Non
- Dépliant, brochure, feuillet ( ) → *Passer à la question 9. b)*
  - Livre de recettes ( ) → *Passer à la question 9. b)*
  - Autres : \_\_\_\_\_ ( ) 7 → *Passer à la question 9. b)*
  - Ne sait pas* ( ) 8 → *Passer à la question 9. b)*
  - Refuse* ( ) 9 → *Passer à la question 9. b)*
- Non ( ) 2 → *Passer à la question 10*
- Ne sait pas* ( ) 8 → *Passer à la question 10*
- Refuse* ( ) 9 → *Passer à la question 10*

**9. b) L'AVEZ-VOUS LUE?**

- Oui ( ) 1 → *Passer à la question 9. c)*
- Non ( ) 2 → *Passer à la question 10*
- Plus ou moins ( ) 3 → *Passer à la question 9. c)*
- Ne sait pas* ( ) 8 → *Passer à la question 10*
- Refuse* ( ) 9 → *Passer à la question 10*

**9. c) AVEZ-VOUS COMPRIS CETTE INFORMATION ?**

- Oui ( ) 1  
Non ( ) 2  
Plus ou moins ( ) 3  
*Ne sait pas* ( ) 8  
*Refuse* ( ) 9

**9. d) VOUS SERVEZ-VOUS ENCORE DE CETTE INFORMATION ?**

- Oui ( ) 1  
Non ( ) 2  
Plus ou moins ( ) 3  
*Ne sait pas* ( ) 8  
*Refuse* ( ) 9

**Les prochaines questions porteront sur vos achats d'aliments à l'épicerie.**

**10. a) D'HABITUDE, FAITES-VOUS VOTRE ÉPICERIE ICI ?**

- Oui ( ) 1 → **À QUELLE FRÉQUENCE ?**  
Plusieurs fois / semaine ( ) 1 → **Passer à la question 11**  
1 fois / semaine ( ) 2 → **Passer à la question 11**  
1 à 2 fois / mois ( ) 3 → **Passer à la question 11**  
Moins d'une fois / mois ( ) 4 → **Passer à la question 11**  
*Ne sait pas* ( ) 8 → **Passer à la question 11**  
*Refuse* ( ) 9 → **Passer à la question 11**

- Non ( ) 2 → **VOUS VENEZ ICI À QUELLE FRÉQUENCE ?**  
Plusieurs fois / semaine ( ) 1 → **Passer à la question 10.b**  
1 fois / semaine ( ) 2 → **Passer à la question 10.b**  
1 à 2 fois / mois ( ) 3 → **Passer à la question 10.b**  
Moins d'une fois / mois ( ) 4 → **Passer à la question 10.b**  
*Ne sait pas* ( ) 8 → **Passer à la question 10.b**  
*Refuse* ( ) 9 → **Passer à la question 10.b**

- Ne sait pas* ( ) 8 → **Passer à la question 11**  
*Refuse* ( ) 9 → **Passer à la question 11**

**10. b) OÙ ALLEZ-VOUS LE PLUS SOUVENT POUR FAIRE VOTRE ÉPICERIE ?**

- |  |       |
|--|-------|
| Dépanneur  | ( ) 1 |
| Épicerie de quartier (Richelieu, Inter-marché, Bonichoix...) | ( ) 2 |
| Moyenne surface (IGA, Métro, Provigo...)                     | ( ) 3 |
| Grande surface (Maxi, Loblaws, Super Carnaval...)            | ( ) 4 |
| Autre _____  | ( ) 7 |

**Nom de l'épicerie** \_\_\_\_\_

**Rue ou quartier** \_\_\_\_\_

- |                    |        |                                |
|--------------------|--------|--------------------------------|
| <i>Ne sait pas</i> | ( ) 8→ | <b>Passer à la question 11</b> |
| <i>Refuse</i>      | ( ) 9→ | <b>Passer à la question 11</b> |

**10. c) À QUELLE FRÉQUENCE Y ALLEZ-VOUS ?**

- |                          |       |
|--------------------------|-------|
| Plusieurs fois / semaine | ( ) 1 |
| 1 fois / semaine         | ( ) 2 |
| 1 à 2 fois / mois        | ( ) 3 |
| Moins d'une fois / mois  | ( ) 4 |
| <i>Ne sait pas</i>       | ( ) 8 |
| <i>Refuse</i>            | ( ) 9 |

**11. VOUS ARRIVE-T-IL D'ALLER AU DÉPANNEUR ?**

- |                    |         |                                |
|--------------------|---------|--------------------------------|
| Oui                | ( ) 1 → | <b>À QUELLE FRÉQUENCE ?</b>    |
|                    |         | Plusieurs fois / semaine ( ) 1 |
|                    |         | 1 fois / semaine ( ) 2         |
|                    |         | 1 à 2 fois / mois ( ) 3        |
|                    |         | Moins d'une fois / mois ( ) 4  |
|                    |         | <i>Ne sait pas</i> ( ) 8       |
|                    |         | <i>Refuse</i> ( ) 9            |
| Non                | ( ) 2   |                                |
| <i>Ne sait pas</i> | ( ) 8   |                                |
| <i>Refuse</i>      | ( ) 9   |                                |

**12. EN GÉNÉRAL, FAITES-VOUS L'ÉPICERIE VOUS-MÊME ?**

- Oui            ( ) 1 →    *Passer à la question 14*  
Non            ( ) 2 →    *Passer à la question 13*  
*Ne sait pas*    ( ) 8 →    *Passer à la question 14*  
*Refuse*        ( ) 9 →    *Passer à la question 14*

**13. QUI FAIT VOTRE ÉPICERIE POUR VOUS ?**

*Ne pas lire (plus d'un choix peut être coché)*

- Conjoint(e)                    ( )                    (1) Oui  
Fils ou fille                    ( )                    (0) Non  
Petit-fils ou petite-fille    ( )  
Autre membre de la famille ( )  
Ami(e) / voisin(e)            ( )  
Épicier                         ( )  
Autre \_\_\_\_\_            ( ) 7  
*Ne sait pas*                    ( ) 8  
*Refuse*                         ( ) 9

**14. EN GÉNÉRAL, EST-CE QUE QUELQU'UN VOUS ACCOMPAGNE POUR FAIRE VOTRE ÉPICERIE ?**

Toujours ( ) 1 → **QUI EST-CE? Ne pas lire (plus d'un choix peut être coché)**

Conjoint(e)	( )	(1) Oui
Fils ou fille	( )	(0) Non
Petit-fils ou petite-fille	( )	
Autre membre de la famille	( )	
Ami(e) / voisin(e)	( )	
Autre : _____	( ) 7	

À l'occasion ( ) 2 → **QUI EST-CE? Ne pas lire (plus d'un choix peut être coché)**

Conjoint(e)	( )	(1) Oui
Fils ou fille	( )	(0) Non
Petit-fils ou petite-fille	( )	
Autre membre de la famille	( )	
Ami(e) / voisin(e)	( )	
Autre : _____	( ) 7	

Jamais ( ) 3

*Ne sait pas* ( ) 8

*Refuse* ( ) 9

**15. UTILISEZ-VOUS LES SERVICES DE LIVRAISON DES ÉPICERIES ?**

Toujours ( ) 1

La plupart du temps ( ) 2

À l'occasion ( ) 3

Jamais ( ) 4

*Ne sait pas* ( ) 8

*Refuse* ( ) 9

**16. PRÉPAREZ-VOUS UNE LISTE AVANT D'ALLER À L'ÉPICERIE ?**

Toujours ( ) 1

La plupart du temps ( ) 2

À l'occasion ( ) 3

Jamais ( ) 4

*Ne sait pas* ( ) 8

*Refuse* ( ) 9

**17. COMPAREZ-VOUS LES PRIX DE DIFFÉRENTES MARQUES AVANT DE FAIRE VOTRE CHOIX ?**

- Toujours ( ) 1
- La plupart du temps ( ) 2
- À l'occasion ( ) 3
- Jamais ( ) 4
- Ne sait pas* ( ) 8
- Refuse* ( ) 9

**18. UTILISEZ-VOUS LES CIRCULAIRES POUR VOUS AIDER À CHOISIR LES PRODUITS ?**

- Toujours ( ) 1
- La plupart du temps ( ) 2
- À l'occasion ( ) 3
- Jamais ( ) 4
- Ne sait pas* ( ) 8
- Refuse* ( ) 9

**19. UTILISEZ-VOUS LES COUPONS DES CIRCULAIRES POUR ÉCONOMISER ?**

- Toujours ( ) 1
- La plupart du temps ( ) 2
- À l'occasion ( ) 3
- Jamais ( ) 4
- Ne sait pas* ( ) 8
- Refuse* ( ) 9

**20. TROUVEZ-VOUS QUE FAIRE L'ÉPICERIE EST UNE TÂCHE COMPLIQUÉE ?**

- Toujours ( ) 1
- La plupart du temps ( ) 2
- À l'occasion ( ) 3
- Jamais ( ) 4
- Ne sait pas* ( ) 8
- Refuse* ( ) 9

**21. QUAND VOUS FAITES VOTRE ÉPICERIE, TROUVEZ-VOUS FACILEMENT LES ALIMENTS QUI CONVIENNENT À VOTRE RÉGIME ?**

- Oui ( ) 1  
Non ( ) 2 → **POURQUOI? Ne pas lire (plus d'un choix peut être coché)**  
(1) Oui (0) Non  
Les aliments sont placés trop haut ou trop bas ( )  
L'épicerie n'offre pas certains de ces aliments ( )  
Les aliments sont souvent déplacés, difficiles à trouver ( )  
Autre : \_\_\_\_\_ ( ) 7  
*Ne sait pas* ( ) 8  
*Refuse* ( ) 9  
*Ne sait pas* ( ) 8  
*Refuse* ( ) 9

**22. ARRIVEZ-VOUS À COMPRENDRE LES INFORMATIONS QUI SONT ÉCRITES SUR LES ÉTIQUETTES DES ALIMENTS À L'ÉPICERIE ?**

- Oui ( ) 1  
Non ( ) 2 → **POURQUOI?**  
**Ne pas lire (plus d'un choix peut être coché)**  
Écriture trop petite ou trop pâle ( ) (1) Oui  
Mots ou phrases trop compliqués ( ) (0) Non  
Autre : \_\_\_\_\_ ( ) 7  
*Ne sait pas* ( ) 8  
*Refuse* ( ) 9  
*Ne sait pas* ( ) 8  
*Refuse* ( ) 9

**23. À L'ÉPICERIE, EST-CE QUE CELA VOUS AIDERAIT QUE LES ALIMENTS SOIENT REGROUPÉS SELON LA QUANTITÉ DE GRAS, DE SEL OU DE SUCRE QU'ILS CONTIENNENT ?**

- Oui ( ) 1  
Non ( ) 2  
*Ne sait pas* ( ) 8  
*Refuse* ( ) 9

**24. EST-CE QUE CELA VOUS AIDERAIT QUE LES ÉTAGÈRES PORTANT DES PRODUITS FAIBLES EN GRAS, EN SEL OU EN SUCRE SOIENT CLAIREMENT IDENTIFIÉES AVEC DES IMAGES FACILES À RECONNAÎTRE ?**

- Oui ( ) 1
- Non ( ) 2
- Ne sait pas ( ) 8
- Refuse ( ) 9

**25. EST-CE QUE CELA VOUS AIDERAIT QU'UNE PERSONNE DE L'ÉPICERIE VOUS DONNE DE L'INFORMATION SUR LES PRODUITS FAIBLES EN GRAS, EN SEL OU EN SUCRE ?**

- Oui ( ) 1
- Non ( ) 2
- Ne sait pas ( ) 8
- Refuse ( ) 9

**26. LES FORMATS DES CONTENANTS, DES BOCAUX, DES SACS, OFFERTS À L'ÉPICERIE FONT-ILS VOTRE AFFAIRE ?**

- Oui ( ) 1
- Non ( ) 2 → **POURQUOI? Ne pas lire (plus d'un choix peut être coché)**
  - Trop grands ( ) (1) Oui
  - Trop petits ( ) (0) Non
  - Autre \_\_\_\_\_ ( ) 7
  - Ne sait pas ( ) 8
  - Refuse ( ) 9
- Ne sait pas ( ) 8
- Refuse ( ) 9

**27. AURIEZ-VOUS DES SUGGESTIONS À FAIRE À VOTRE ÉPICIER POUR RENDRE VOTRE RÉGIME PLUS FACILE À SUIVRE ?**

---

---

---

---

Voici maintenant quelques questions sur la préparation et la consommation des aliments.

**28. AVEZ-VOUS DE LA DIFFICULTÉ À PRÉPARER VOS REPAS ?**

Oui ( ) 1 → **POURQUOI ?** *Ne pas lire (plus d'un choix peut être coché)*

Ne sait pas cuisiner ( ) (1) Oui

N'a pas le goût de cuisiner ( ) (0) Non

Difficulté à voir ( )

Fatigué(e), étourdi(e), difficulté à se tenir debout ( )

Problème de dextérité, arthrite ( )

Douleur ( )

N'a pas de force ( )

Autre : \_\_\_\_\_ ( ) 7

*Ne sait pas* ( ) 8

*Refuse* ( ) 9

Non ( ) 2

*Ne sait pas* ( ) 8

*Refuse* ( ) 9

**29. ACHETEZ-VOUS DES METS PRÉPARÉS OU DES REPAS CONGELÉS À L'ÉPICERIE ?**

Toujours ( ) 1

La plupart du temps ( ) 2

À l'occasion ( ) 3

Jamais ( ) 4

*Ne sait pas* ( ) 8

*Refuse* ( ) 9

**30. AVEZ-VOUS UN FOUR À MICRO-ONDES ?**

- |                    |         |                          |       |
|--------------------|---------|--------------------------|-------|
| Oui                | ( ) 1 → | <b>L'UTILISEZ-VOUS ?</b> |       |
|                    |         | Toujours                 | ( ) 1 |
|                    |         | La plupart du temps      | ( ) 2 |
|                    |         | À l'occasion             | ( ) 3 |
|                    |         | Jamais                   | ( ) 4 |
|                    |         | <i>Ne sait pas</i>       | ( ) 8 |
|                    |         | <i>Refuse</i>            | ( ) 9 |
| Non                | ( ) 2   |                          |       |
| <i>Ne sait pas</i> | ( ) 8   |                          |       |
| <i>Refuse</i>      | ( ) 9   |                          |       |

**31. LORS D'UNE JOURNÉE NORMALE, EST-CE QUE VOUS PRENEZ...**

- |                               | Oui 1 | Non 2 | À l'occasion 3 | <i>Ne sait pas</i> 8 | <i>Refus</i> 9 |
|-------------------------------|-------|-------|----------------|----------------------|----------------|
| Un déjeuner ?                 | ( )   | ( )   | ( )            | ( )                  | ( )            |
| Un dîner ?                    | ( )   | ( )   | ( )            | ( )                  | ( )            |
| Un souper ?                   | ( )   | ( )   | ( )            | ( )                  | ( )            |
| Une collation en avant-midi ? | ( )   | ( )   | ( )            | ( )                  | ( )            |
| Une collation en après-midi ? | ( )   | ( )   | ( )            | ( )                  | ( )            |
| Une collation en soirée ?     | ( )   | ( )   | ( )            | ( )                  | ( )            |

**32. MANGER, EST-CE UN PLAISIR POUR VOUS ?**

- |                     |       |
|---------------------|-------|
| Toujours            | ( ) 1 |
| La plupart du temps | ( ) 2 |
| À l'occasion        | ( ) 3 |
| Jamais              | ( ) 4 |
| <i>Ne sait pas</i>  | ( ) 8 |
| <i>Refus</i>        | ( ) 9 |

**33. VOUS ARRIVE-T-IL DE MANGER SEUL(E) ?**

- |                     |        |                                |
|---------------------|--------|--------------------------------|
| Toujours            | ( ) 1→ | <i>Passer à la question 34</i> |
| La plupart du temps | ( ) 2→ | <i>Passer à la question 34</i> |
| À l'occasion        | ( ) 3→ | <i>Passer à la question 34</i> |
| Jamais              | ( ) 4→ | <i>Passer à la question 35</i> |
| <i>Ne sait pas</i>  | ( ) 8→ | <i>Passer à la question 35</i> |
| <i>Refuse</i>       | ( ) 9→ | <i>Passer à la question 35</i> |

**34. QUAND VOUS MANGEZ SEUL(E), AVEZ-VOUS MOINS D'APPÉTIT?**

- |                     |       |
|---------------------|-------|
| Toujours            | ( ) 1 |
| La plupart du temps | ( ) 2 |
| À l'occasion        | ( ) 3 |
| Jamais              | ( ) 4 |
| <i>Ne sait pas</i>  | ( ) 8 |
| <i>Refuse</i>       | ( ) 9 |

**Pour les prochaines questions, diriez-vous :**

**35. J'AI UN PROBLÈME DE SANTÉ QUI M'A FAIT CHANGER LA SORTE OU LA QUANTITÉ D'ALIMENTS QUE J'AVAIS L'HABITUDE DE MANGER.**

- |                    |       |
|--------------------|-------|
| Oui                | ( ) 1 |
| Non                | ( ) 2 |
| <i>Ne sait pas</i> | ( ) 8 |
| <i>Refuse</i>      | ( ) 9 |

**36. JE PRENDS MOINS DE DEUX REPAS PAR JOUR.**

- |                    |       |
|--------------------|-------|
| Oui                | ( ) 1 |
| Non                | ( ) 2 |
| <i>Ne sait pas</i> | ( ) 8 |
| <i>Refuse</i>      | ( ) 9 |

**37. JE MANGE PEU DE FRUITS, DE LÉGUMES OU DE PRODUITS LAITIERS.**

Oui ( ) 1  
Non ( ) 2  
*Ne sait pas* ( ) 8  
*Refuse* ( ) 9

**38. JE BOIS TROIS VERRES D'ALCOOL OU PLUS À CHAQUE JOUR, TELS QUE DE LA BIÈRE, DU FORT OU DU VIN.**

Oui ( ) 1  
Non ( ) 2  
*Ne sait pas* ( ) 8  
*Refuse* ( ) 9

**39. J'AI DES PROBLÈMES DE DENTS OU DE BOUCHE QUI FONT QU'IL EST DIFFICILE POUR MOI DE MANGER.**

Oui ( ) 1  
Non ( ) 2  
*Ne sait pas* ( ) 8  
*Refuse* ( ) 9

**40. IL ARRIVE QUE JE MANQUE D'ARGENT POUR ACHETER LA NOURRITURE DONT J'AI BESOIN.**

Oui ( ) 1  
Non ( ) 2  
*Ne sait pas* ( ) 8  
*Refuse* ( ) 9

**41. JE MANGE SEUL(E) LA PLUPART DU TEMPS.**

Oui ( ) 1  
Non ( ) 2  
*Ne sait pas* ( ) 8  
*Refuse* ( ) 9

**42. JE PRENDS TROIS MÉDICAMENTS OU PLUS PAR JOUR.**

Oui ( ) 1  
Non ( ) 2  
*Ne sait pas* ( ) 8  
*Refuse* ( ) 9

**43. J'AI PERDU PLUS DE DIX LIVRES OU GAGNÉ PLUS DE DIX LIVRES SANS LE VOULOIR DANS LES SIX DERNIERS MOIS.**

Oui ( ) 1  
Non ( ) 2  
*Ne sait pas* ( ) 8  
*Refuse* ( ) 9

**44. JE NE SUIS PAS TOUJOURS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE FAIRE MES COMMISSIONS, DE CUISINER ET DE ME NOURRIR MOI-MÊME.**

Oui ( ) 1  
Non ( ) 2  
*Ne sait pas* ( ) 8  
*Refuse* ( ) 9

Les dernières questions vont nous permettre de comparer votre situation à celle d'autres personnes de votre âge.

**45. VIVEZ-VOUS SEUL(E) OU AVEC D'AUTRES PERSONNES ?**  
*Ne pas lire (plus d'un choix peut être coché)*

Seul(e) ( ) (1) Oui  
Mari ou femme ( ) (0) Non  
Enfant ( )  
Frère ou sœur ( )  
Ami(e) ( )  
Autre : \_\_\_\_\_ ( ) 7  
*Ne sait pas* ( ) 8  
*Refuse* ( ) 9

**46. FAIRE VOTRE ÉPICERIE, CELA VOUS COÛTE COMBIEN PAR SEMAINE ?**

- 20 \$ et moins ( ) 1
- De 20 \$ à 50 \$ ( ) 2
- De 50 \$ à 80 \$ ( ) 3
- Plus de 80 \$ ( ) 4
- Ne sait pas* ( ) 8
- Refuse* ( ) 9

**47. DANS QUEL TYPE D'HABITATION VIVEZ-VOUS ?**

- Dans une maison dont vous êtes le propriétaire ( ) 1
- Dans une maison dont vous êtes le locataire ( ) 2
- Dans un appartement dont vous êtes le propriétaire ( ) 3
- Dans un appartement d'une habitation à loyer modique (HLM) ( ) 4
- Dans un appartement pour personnes âgées avec services (autre que HLM) ( ) 5
- Dans un appartement dont vous êtes le locataire (autre que HLM ou appartement pour personnes âgées avec services) ( ) 6
- Autre \_\_\_\_\_ ( ) 7
- Ne sait pas* ( ) 8
- Refuse* ( ) 9

**48. VOUS ÊTES NÉ(E) EN QUELLE ANNÉE ? \_\_\_\_\_ (AAAA)**

- Ne sait pas* ( ) 8
- Refuse* ( ) 9

**49. QUEL EST VOTRE POIDS ? \_\_\_\_\_ Livres**

- Ne sait pas* ( ) 8
- Refuse* ( ) 9

**50. VOUS ÊTES ALLÉ(E) À L'ÉCOLE JUSQU'À QUELLE ANNÉE ?**

*Ne pas lire*

- |  |       |
|--|-------|
| Primaire (1 à 7 ans)                             | ( ) 1 |
| Secondaire (8 à 9 ans)                           | ( ) 2 |
| Secondaire (10 à 13 ans)                         | ( ) 3 |
| Cours classique, école normale, cours commercial | ( ) 4 |
| Cours universitaire                              | ( ) 5 |
| <i>Ne sait pas</i>                               | ( ) 8 |
| <i>Refuse</i>                                    | ( ) 9 |

**51. *Ne pas lire***

*Indiquer le sexe de la personne que vous avez interviewée.*

- |       |       |
|-------|-------|
| Homme | ( ) 1 |
| Femme | ( ) 2 |

Merci beaucoup pour votre patience!

Remarques :

---

---

---

---

---

---

---