



**Étude des besoins des aînés
affectés de problèmes cardiaques
à l'égard de l'information
nutritionnelle et plan d'action**

Rédigé par : Aline Dimitri, Marie-France Huot et Patrick Vanasse

Pour : Fonds pour la santé de la population : Santé Canada

Juin 2002

Remerciements

Cette recherche a été coordonnée par Louise Rozon, directrice d'Option consommateurs, et par Patrick Vanasse, responsable du Service de recherche et de représentation. La rédaction a été réalisée par Aline Dimitri, Marie-France Huot et par Patrick Vanasse.

Option consommateurs remercie grandement le Fonds pour la santé de la population du Ministère de la Santé du Canada pour son soutien financier à la réalisation de cette recherche. Nous tenons également à remercier Mesdames Roxanne Guindon, Louise Aubert, Nicole Saint-Jean-Demers, Joanne Larocque, Guylaine Ferland, Hélène Gayraud et Stéphanie Allaire pour leur contribution à cette recherche.

La reproduction d'extraits limités du texte de ce rapport est permise, à condition qu'en soit mentionnée la source. Sa reproduction ou toute allusion à son contenu à des fins publicitaires ou lucratives est toutefois strictement interdite.

Dépôt Légal

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-921588-40-4

Option consommateurs

2120, rue Sherbrooke est, bur. 604

Montréal, Qc,

H2K 1C3

Téléphone : (514) 598-7288

Télécopieur : (514) 598-8511

Adresse électronique : info@option-consommateurs.org

Résumé exécutif

Cette étude, financée par le Fonds pour la santé de la population de Santé Canada, vise la problématique de l'information nutritionnelle pour les personnes âgées de 50 à 65 ans atteintes de maladies cardio-vasculaires.

Les maladies cardio-vasculaires, qui touchent le cœur et les vaisseaux sanguins, sont la première cause de mortalité au Canada tant pour les hommes que les femmes. Elles représentent ainsi 36 % des décès, c'est-à-dire 79 457 décès par an. Les statistiques démontrent qu'il y a une augmentation significative de l'incidence des cas de maladies cardio-vasculaires vers l'âge de 45 ans pour les hommes et de 55 ans pour les femmes.

Il existe une multitude de formes de maladies cardio-vasculaires, dont le niveau de gravité varie énormément. Une arythmie cardiaque, c'est-à-dire un battement de cœur irrégulier, peut être considérée comme une des formes les plus douces de maladies cardio-vasculaires, alors qu'un arrêt cardiaque est évidemment beaucoup plus grave, celui-ci pouvant causer plusieurs complications et même le décès du patient. Les maladies cardio-vasculaires peuvent se développer au niveau du système de circulation sanguine, du cœur lui-même ou des poumons.

Les maladies cardio-vasculaires sont causées par de nombreux facteurs tels que la prédisposition génétique, l'utilisation du tabac, le manque d'activité physique, la haute pression, l'excès de poids, le diabète et la consommation excessive d'alcool. Plusieurs de ces facteurs de risques peuvent être minimisés par une alimentation saine et enrichie, l'exercice régulier ou l'arrêt de la consommation du tabac, qui permettent de retarder le déclenchement et contrôler les maladies cardio-vasculaires.

L'alimentation constitue une variable importante pour les maladies cardio-vasculaires. Ainsi, les gras saturés et trans ou hydrogénés, le sucre et le sodium constituent les éléments nutritifs nuisant à la santé cardio-vasculaires et augmentent les risques de maladies. D'un autre côté, les gras monoinsaturés et polyinsaturés ainsi que les fibres

favorisent une meilleure condition cardio-vasculaire. Les personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires qui désirent choisir des aliments sains doivent connaître ces informations et être en mesure d'identifier les éléments nutritifs nuisibles ou favorables à leur santé par une information nutritionnelle appropriée.

L'étiquetage nutritionnel constitue le principal moyen de communiquer l'information nutritionnelle aux consommateurs. Actuellement, un projet de modifications de la réglementation est en cours et nous espérons que celles-ci permettront de corriger certaines lacunes révélées par la documentation consultée, les partenaires du projet et les participants au groupe de discussion. Les principaux problèmes relatifs à l'étiquetage actuel pour la population ciblée par l'étude sont la difficulté à comprendre le contenu du tableau d'information nutritionnelle, la difficulté à lire la liste des ingrédients (caractères trop petits), la difficulté à comprendre certains termes de la liste des ingrédients et le manque de crédibilité des allégations nutritionnelles (faible en gras, faible en sel, etc.).

En plus de l'étiquetage nutritionnel sur les emballages des produits alimentaires, il existe quelques moyens de transmettre l'information nutritionnelle et leur efficacité est variable. Selon l'étude de la documentation sur le sujet, l'avis des partenaires de l'étude et les personnes ayant participé aux groupes de discussion et aux séances d'information, certains moyens de communication sont peu ou pas efficaces. Les centrales d'information des fabricants (lignes 1-800), les dépliants et les informations en magasin, les dégustations et démonstrations en magasin, les cassettes vidéo ou audio, les publicités données par les entreprises alimentaires et l'Internet ne constituent pas des stratégies d'information efficaces.

Par contre, certaines stratégies complémentaires à l'étiquetage nutritionnel s'avèrent particulièrement efficaces et nous recommandons qu'elles soient favorisées par Santé Canada. La stratégie la plus efficace serait l'apposition d'un logo sur l'ensemble des produits alimentaires favorisant la santé cardio-vasculaire. La Fondation des maladies du cœur du Québec a mis sur pied le programme volontaire Visez-Santé, où les entreprises désirant y adhérer soumettent leurs produits à la Fondation afin qu'elle en fasse l'examen nutritionnel. Si le produit est considéré comme étant favorable à la santé cardio-

vasculaire, la Fondation y appose un logo. Un tel système d'étiquetage est à la fois simple et fiable, étant donné que l'examen est réalisé par des experts en nutrition. Ce programme a toutefois le désavantage d'exiger des frais pour les fabricants et seules les entreprises disposant de forts volumes de ventes peuvent y adhérer. Nous suggérons que Santé Canada mette sur pied son propre programme d'examen de la valeur nutritive des aliments, mais que celui-ci s'applique de façon universelle et sans frais pour les fabricants.

La publicité commanditée par Santé Canada sur les éléments nutritifs et sur l'interprétation des étiquettes constitue un autre moyen efficace de compléter l'information fournie par l'étiquetage nutritionnel. Une telle publicité doit être soutenue pour être efficace. Les livres de cuisine santé, les menus sur mesure offerts par des traiteurs et les cours de cuisine santé constituent également des moyens efficaces.

Finalement, les campagnes de sensibilisation et d'information constituent des moyens à la fois efficaces et appréciés par la population ciblée par le projet. Cette méthode d'information permet de combler plusieurs lacunes du système d'étiquetage actuel et de défaire plusieurs mythes à propos de l'alimentation. Nous avons eu l'occasion de tester l'efficacité de ce moyen de communication en organisant dix séances d'information. Les résultats du questionnaire et du sondage auxquels les participants ont répondu nous ont permis de constater que les connaissances en matière d'information nutritionnelle de la population ciblée par l'étude étaient moyennes et que ces séances ont été très appréciées et leur ont permis d'apprendre beaucoup sur le sujet.

En conclusion de cette étude, Option-consommateurs émet les recommandations suivantes :

- **Que Santé Canada élabore une stratégie ciblée visant à améliorer l'information nutritionnelle auprès des personnes âgées de 50 à 65 ans atteintes de maladies cardio-vasculaires ;**

- **Que cette stratégie se base sur une amélioration de la liste des ingrédients et des tableaux d'information nutritionnelle sur les emballages afin de rendre ceux-ci plus lisibles, plus simples et plus compréhensibles pour le groupe de population ciblé par cette étude ;**
- **Que Santé Canada informe davantage les Canadiens sur la véracité des allégations nutritionnelles contenues sur les emballages de produits alimentaires afin d'augmenter leur crédibilité ;**
- **Que Santé Canada élabore des moyens complémentaires à la liste des ingrédients et aux tableaux d'information nutritionnelle sur les emballages afin de mieux communiquer l'information nutritionnelle à la population ciblée par cette étude ;**
- **Que Santé Canada mette sur pied une procédure d'examen obligatoire des produits alimentaires menant à l'apposition d'un logo qui servirait à identifier les aliments dont les caractéristiques nutritionnelles favorisent à la santé cardiovasculaire et que cette procédure s'inspire du logo Visez santé de la Fondation des maladies du cœur du Québec, sans toutefois occasionner des frais pour les fabricants de produits alimentaires ;**
- **Que Santé Canada élabore une campagne publicitaire visant à améliorer l'information nutritionnelle des personnes âgées de 50 à 65 ans atteintes de maladies cardio-vasculaires en expliquant, entre autres, les éléments nutritifs à consommer et à éviter pour améliorer leur santé cardio-vasculaire ;**
- **Que Santé Canada mette sur pied un programme favorisant la production de livres de cuisine santé, la prestation de cours de cuisine et la mise sur pied de services de traiteurs spécialisés en menus santé ;**

- **Que Santé Canada mette sur pied une campagne d'information et de sensibilisation visant à améliorer l'information nutritionnelle des personnes âgées de 50 à 65 ans atteintes de maladies cardio-vasculaires, notamment en organisant des séances d'information.**

Table des matières

RÉDIGÉ PAR : ALINE DIMITRI, MARIE-FRANCE HUOT ET PATRICK VANASSE	1
POUR : FONDS POUR LA SANTÉ DE LA POPULATION : SANTÉ CANADA.....	1
ADRESSE ÉLECTRONIQUE : COURRIEL@OPTION-CONSOMMATEURS.ORG.....	2
RESUME EXECUTIF	3
INTRODUCTION	13
1- REVUE DE LA LITTERATURE.....	16
1.1- LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES	16
1.1.1- Description des maladies cardio-vasculaires	17
1.1.1.1- Maladies congénitales du cœur	17
1.1.1.2- Maladies cardio-vasculaires acquises ou développées	18
1.1.1.2.1- Circulation sanguine ou maladies vasculaires.....	18
1.1.1.2.2- Cœur, artères proches, poumons et maladies cardiaques	20
1.1.1.3- Observations générales.....	25
1.1.2- Analyse des facteurs de risque.....	25
1.1.2.1- L'âge, le sexe et le bagage génétique	25
1.1.2.2- L'hypertension	26
1.1.2.3- Le tabagisme	27
1.1.2.4- La dyslipidémie.....	28
1.1.2.5- Le diabète.....	29
1.1.2.6- La consommation d'alcool.....	29
1.1.2.7- L'obésité	29
1.1.2.8- La vie sédentaire	31
1.1.2.9- Le régime alimentaire	31
1.1.3- Méthodes de traitement.....	32
1.1.4- Méthodes de prévention.....	32
1.1.4.1- Combattre l'inactivité.....	33
1.1.4.2- Combattre le tabagisme.....	34
1.2- RÔLE DE L'ALIMENTATION DANS LA PREVENTION DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES	34
1.2.1- Les acides gras et le cholestérol.....	34
1.2.2- Les sucres	36
1.2.3- Les fibres	37
1.2.4- Les protéines animales.....	38

1.2.5-	Les antioxydants	38
1.2.6-	Les minéraux : sodium, potassium, et calcium	39
1.2.7-	L'acide folique.....	39
1.3-	L'ALIMENTATION CHEZ LES PERSONNES AGEES DE 50 ANS ET PLUS	40
1.4-	L'ETIQUETAGE NUTRITIONNEL AU CANADA, AUX ÉTATS-UNIS ET EN EUROPE.....	43
1.4.1-	L'étiquetage nutritionnel au Canada	43
1.4.2-	L'étiquetage nutritionnel aux États-Unis.....	46
1.4.3-	L'étiquetage nutritionnel en Europe.....	47
2-	MOYENS DE COMMUNICATION AVEC LES CONSOMMATEURS.....	56
2.1-	LE TEXTE SUR L'EMBALLAGE.....	59
2.1.1-	Le tableau d'information nutritionnelle.....	60
2.1.2-	La liste des ingrédients	62
2.1.3-	Les allégations nutritionnelles	63
	POINTS A RETENIR.....	65
2.2-	LES LOGOS	65
	POINTS A RETENIR.....	68
2.3-	UNE CENTRALE D'INFORMATION	68
	POINT A RETENIR	69
2.4-	LES DEPLIANTS EN MAGASIN ET LES INFORMATIONS SUR LES TABLETTES	69
	POINTS A RETENIR.....	70
2.5-	LES CAMPAGNES D'INFORMATION ET DE SENSIBILISATION	70
	POINTS A RETENIR.....	72
2.6-	LES DEMONSTRATIONS ET LES DEGUSTATIONS EN MAGASIN	72
	POINTS A RETENIR.....	73
2.7-	LA CASSETTE VIDEO OU AUDIO, LES PUBLICITES, LES EMISSIONS DE TELEVISION	73
	POINTS A RETENIR.....	74
2.8-	INTERNET	75
	POINTS A RETENIR.....	76
2.9-	LES LIVRES DE RECETTES, MAGAZINES ET JOURNAUX SPECIALISES EN NUTRITION OU NON, COURS DE CUISINES, CONCEPT DES MENUS SUR MESURE.	76

POINTS A RETENIR	78
2.10- COMMENTAIRES GENERAUX DES GROUPES DE DISCUSSION ET DE LA REUNION AVEC LES PARTENAIRES.....	78
POINTS A RETENIR	79
2.11- CONCLUSIONS.....	80
3- SEANCES D'INFORMATION	83
3.1- ORGANISATION ET CONTENU DES SEANCES.....	83
CONTENU DES ATELIERS – MARS ET AVRIL 2002	84
2.1 LES GRAS	84
2.2 LE SEL	84
2.3 LES FIBRES	85
3.2- NIVEAU DE CONNAISSANCE DES PARTICIPANTS AUX SEANCES D'INFORMATION.....	87
3.2.1- Questions sur les éléments nutritifs à surveiller.....	88
3.2.2- Questions sur la compréhension des étiquettes.....	89
3.2.2.1- Les allégations « sans ».....	89
3.2.2.2- Le logo Visez Santé.....	90
3.2.2.3- Interprétation d'un tableau d'information nutritionnelle.....	90
3.3- APPRECIATION DES PARTICIPANTS DES SEANCES D'INFORMATION.....	91
3.4- CONCLUSION.....	92
CONCLUSION	94
RECOMMANDATIONS	98
BIBLIOGRAPHIE	100
ANNEXE 1: LISTE DES PARTENAIRES DU PROJET	107
LISTE DES PARTENAIRES POUR LE PROJET	108
ANNEXE 2 COMPTE-RENDU DE LA RENCONTRE AVEC LES PARTENAIRES – 5 SEPTEMBRE 2001	109
1- LISTE DES PARTENAIRES PRESENTS	110

2- DISCUSSION	110
ANNEXE 3: PUBLICITE AYANT SERVI A ANNONCER LES GROUPES DE DISCUSSION.....	118
NOUS AVONS BESOIN DE VOUS	119
ANNEXE 4: REPONSES DES PARTICIPANTS DES GROUPES DE DISCUSSION AU QUESTIONNAIRE SUR LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET LES PROBLEMES DE SANTE CARDIAQUE.....	120
QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	121
QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	122
QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	123
QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	124
QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	125
QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	126
QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	127
QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	128
QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	129
QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	130
QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	131
QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	132
QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	133
QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	134
QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	135
ANNEXE 5: QUESTIONNAIRE AYANT GUIDE LES ANIMATEURS DU GROUPE DE DISCUSSION.....	136

QUESTIONS POUR LES GROUPES DE DISCUSSION	137
ANNEXE 6: ANALYSE DES PROPOS TENUS PAR LES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE DISCUSSION – ENSEMBLE DES TROIS GROUPES	139
QUESTION.....	140
REPONSE	140
APERÇU GLOBAL SUR LES GROUPES DE DISCUSSION:.....	146
ANNEXE 7: CALENDRIER DES SEANCES D'INFORMATION SUR LA NUTRITION ET L'ETIQUETAGE NUTRITIONNEL	148
ANNEXE 8: EXEMPLE D'UN COMMUNIQUE DE PRESSE ENVOYE AUX JOURNAUX LOCAUX ET AUX CLSC	150
POUR DIFFUSION IMMEDIATE.....	151
COMMUNIQUÉ DE PRESSE	151
ANNEXE 9: CONTENU DE LA POCHETTE D'INFORMATION DISTRIBUEE AUX PARTICIPANTS DES GROUPES DE DISCUSSION	152
ANNEXE 10: QUESTIONNAIRE DISTRIBUE AUX PARTICIPANTS DES SEANCES D'INFORMATION	170
ANNEXE 11: SONDAGE DISTRIBUE AUX PARTICIPANTS DES SEANCES D'INFORMATION	172

Introduction

Communiquer des informations nutritionnelles de façon claire et succincte aux consommateurs n'est pas une tâche facile. Dans le cas de personnes atteintes de pathologies spécifiques, la situation est encore plus problématique, car chacune d'elles nécessite des besoins alimentaires précis.

Les maladies cardio-vasculaires, qui touchent le cœur et les vaisseaux sanguins, sont la première cause de mortalité au Canada tant pour les hommes que les femmes. Elles représentent ainsi 36 % des décès, c'est-à-dire 79 457 décès par an (Report, 1999). Les statistiques démontrent qu'il y a une augmentation significative de l'incidence des cas de maladies cardio-vasculaires vers l'âge de 45 ans pour les hommes et de 55 ans pour les femmes. Il semble que la proportion de décès qui soient attribuables à une maladie cardio-vasculaire augmente chez les femmes après la ménopause. Chez les hommes, l'augmentation est plutôt régulière entre 35 et 84 ans. Chez les personnes âgées de 55 à 64 ans, Statistiques Canada estimait à 22 000 le nombre de décès attribuable aux maladies cardio-vasculaires (Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, 1999).

Cette étude a ciblé la population des personnes âgées de 50 à 65 ans, 50 ans étant l'âge le plus propice aux maladies du cœur et aux risques d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) (Fondation des maladies du cœur, 1996). Le nombre de personnes âgées de 50 à 65 ans au Canada augmente très rapidement. En effet, Santé Canada estime qu'il y avait environ 5 millions de personnes âgées entre 50 et 64 ans en 2001 et ce nombre devrait atteindre environ 6 millions en 2006 (Statistiques Canada, 1996).

Même si les maladies cardio-vasculaires sont reconnues comme ayant des causes multiples, il existe un volet alimentation associé à un facteur de risque connu, dont la prédisposition génétique, l'utilisation du tabac, le manque d'activité physique, la haute pression, l'excès de poids, le diabète et la consommation excessive d'alcool. Plusieurs de ces facteurs de risques peuvent être minimisés par une alimentation saine et enrichie qui permet de retarder le déclenchement et de contrôler les maladies cardio-vasculaires.

Afin d'aider les personnes atteintes de maladies cardiaques à améliorer leur état de santé par une alimentation plus appropriée, il est nécessaire de pouvoir leur communiquer de façon claire et succincte, au moment même de faire leurs achats, les normes régissant une alimentation préventive pour les maladies cardiaques. Pour ce faire, il existe plusieurs approches à la communication d'informations aux consommateurs. Elles varient selon la quantité d'informations à transmettre, du type d'information et de la catégorie de consommateurs visée (âge, sexe, niveau d'éducation, etc.).

Les différentes méthodes de communication des informations nutritionnelles sont les suivantes : l'étiquetage nutritionnel sur les produits alimentaires (incluant la liste des ingrédients, les allégations nutritionnelles ainsi que le tableau d'information nutritionnelle); les logos sur les paquets d'emballage, une publicité ou un dépliant; une centrale d'information (ex: les lignes 1-800) dont le numéro est communiqué aux consommateurs par une inscription sur un paquet, sur un dépliant, ou dans le cadre d'une campagne d'information; les dépliants en magasin et les informations sur les tablettes; les campagnes d'information et de sensibilisation données par le corps médical ; les démonstrations et les dégustations en magasin; les cassettes vidéo ou audio, les publicités télévisées et les émissions de télévision reliées au thème de la nutrition (cours de cuisine, recettes, etc.); Internet; les livres de recettes, revues, journaux spécialisés en nutrition ou non ; les cours de cuisine et les menus sur mesure ainsi que toutes les autres variantes des méthodes citées ci-dessus.

Cette étude, financée par le Fonds pour la santé de la population de Santé Canada, a pour objectif de dresser un portrait de la problématique relative à l'information nutritionnelle pour les personnes âgées de 50 ans à 65 ans atteintes de maladies cardio-vasculaires, en décrivant leurs perceptions, leurs attentes et leurs besoins. Afin de répondre à cet objectif, cette étude s'est déroulée en trois volets, qui sont rapportés distinctement dans ce rapport.

Le premier volet vise à établir l'état de la situation en matière de maladies cardio-vasculaires, sur le rôle de l'alimentation dans la prévention de telles maladies, sur la problématique spécifique de la population de 50 à 65 ans et sur les divers moyens d'encadrer l'étiquetage nutritionnel. Cette analyse comprend une revue de la littérature,

qui fait état de la problématique des maladies cardio-vasculaires, du rôle de l'alimentation dans la prévention des maladies cardio-vasculaires, des caractéristiques socio-démographiques de la population ciblée et des règles actuelles d'étiquetage alimentaire au Canada, aux États-Unis et en Europe.

Le second volet a pour but d'élaborer des stratégies visant à améliorer l'information nutritionnelle de la population ciblée, en faisant l'analyse des moyens de communication mentionnés précédemment. Cet objectif a été comblé en premier lieu par certains éléments de l'étude de la littérature. Ensuite, nous avons rencontré des partenaires oeuvrant auprès des personnes âgées, dans le domaine de la nutrition et de la prévention des maladies cardio-vasculaires, afin connaître leur opinion quant aux moyens de mieux communiquer l'information nutritionnelle chez la population ciblée. Nous retrouvons la liste de ces partenaires à l'Annexe 1 et le compte rendu de la rencontre avec les partenaires à l'Annexe 2. Enfin, nous avons réalisé trois groupes de discussion de quinze personnes âgées de 48 à 65 ans afin de recueillir leurs attentes et leurs besoins quant à l'information nutritionnelle, d'évaluer leur satisfaction quant aux moyens existants et de définir les améliorations à y apporter. Nous retrouvons la publicité annonçant la tenue de ces groupes à l'Annexe 3, le questionnaire ayant guidé les animateurs du groupe de discussion à l'Annexe 4, les réponses des participants au questionnaire sur leurs caractéristiques socio-démographiques et leurs problèmes de santé cardiaque à l'Annexe 5 et l'analyse des propos tenus par les participants aux groupes de discussion à l'Annexe 6.

Le troisième volet de cette étude consiste à tenir une action concrète en matière d'information nutritionnelle chez la population ciblée. Nous avons réalisé dix séances d'information sur la nutrition et l'étiquetage nutritionnel et le contenu de celles-ci était orienté en fonction des problématiques des personnes âgées de 50 ans et plus atteintes de maladies cardio-vasculaires. Ces séances visaient également à évaluer les besoins et les attentes des personnes qui y ont assisté. Avant le début de chaque séance, les participants ont rempli un questionnaire dont les réponses fournies nous ont permis d'évaluer leurs connaissances. À la fin de chaque séance, les participants ont rempli un sondage sur leurs niveaux de satisfaction et d'acquisition de connaissances.

1- Revue de la littérature

Ce chapitre vise à faire état des connaissances scientifiques sur les maladies cardio-vasculaires, sur le rôle de l'alimentation dans la prévention des maladies cardio-vasculaires, sur la problématique des maladies cardio-vasculaires et de la nutrition chez les personnes âgées de 50 à 65 ans et la situation de l'étiquetage nutritionnel au Canada, aux États-Unis et en Europe.

1.1- Les maladies cardio-vasculaires

Le cœur est un muscle qui permet de pomper le sang à travers le circuit sanguin du corps humain. Cette pompe, qui travaille de près avec les poumons, maintient un flot continu de sang oxygéné vers les différents organes et cellules du corps, tout en permettant au sang qui a perdu son oxygénation d'être ramené aux poumons afin d'y être recyclé. Le cœur agit donc comme le propulseur, ce qui se traduit par des battements de cœur. Le système sanguin, surtout la partie réseau proche du cœur et celle qui en alimente les différentes parties, en l'occurrence la veine cave, les veines pulmonaires, les artères coronariennes, l'aorte et l'artère pulmonaire, agissent comme système conducteur à haute vitesse.

Le cœur est constitué en fait de quatre cavités distinctes, soit le ventricule gauche, l'oreillette gauche, le ventricule droit et l'oreillette droite, chacun ayant un rôle bien particulier. Le sang oxygéné provenant des poumons est envoyé du ventricule gauche dans les artères, à travers l'aorte. Le corps renvoie le sang utilisé par le réseau de veines jusqu'à l'oreillette droite. À l'intérieur du cœur, le sang est pompé de l'oreillette droite au ventricule droit, d'où le sang est renvoyé dans les poumons par le biais de l'artère pulmonaire. Dans les poumons, le sang s'oxygène de nouveau et retourne au cœur par la veine pulmonaire, puis l'oreillette gauche jusqu'au ventricule de gauche, où le circuit reprend. Tout ce système de circulation sanguine est contrôlé par le mouvement du myocarde, c'est-à-dire le muscle formant le cœur, et par un système complexe de valves

qui s'ouvrent et qui se ferment entre les différentes cavités et entre les cavités et les vaisseaux sanguins.

Suite à cette brève description du cœur et de son fonctionnement, il est évident que toute atteinte portée au tissu formant le cœur, c'est-à-dire le myocarde, ou au système sanguin, peut avoir des conséquences graves voir tragiques sur le bon fonctionnement du corps humain.

1.1.1-Description des maladies cardio-vasculaires¹

Les maladies cardio-vasculaires prennent des formes plus ou moins graves selon les symptômes et les conséquences physiologiques de la maladie. Une arythmie cardiaque, c'est-à-dire un battement de cœur irrégulier, peut être considérée comme une des formes les plus douces de maladies cardio-vasculaires, alors qu'un arrêt cardiaque est évidemment beaucoup plus grave, celui-ci pouvant causer plusieurs complications et même le décès du patient. De façon générale, les maladies cardiaques sont soit acquises, soit congénitales. La première classe se développe avec l'âge et selon le mode de vie de la personne ainsi que sa prédisposition génétique.

1.1.1.1- Maladies congénitales du cœur

Cette classe de maladie cardio-vasculaire est liée à une ou des déficiences du développement de l'embryon. Souvent, les maladies congénitales du cœur exigent des interventions chirurgicales en bas âge. Elles peuvent être d'origine génétique, dans le cas des enfants atteints du syndrome de Down par exemple, ou d'une « erreur de production » durant le développement de l'embryon. Les anomalies les plus courantes dans ce contexte sont : 1) une déficience des cavités du cœur, 2) une absence totale ou partielle de séparation entre les cavités (entre les oreillettes ou entre les ventricules), 3) une malformation de la grande artère, 4) une malformation des valves, 5) une

malformation du myocarde/endocarde, 6) une malformation des artères coronariennes, 7) une malformation de l'aorte, 8) une malformation de la veine cave, 9) une malformation des veines pulmonaires. Malheureusement les maladies congénitales du cœur ne peuvent être prévenues² ou contrôlées³.

1.1.1.2- Maladies cardio-vasculaires acquises ou développées

Les maladies cardio-vasculaires touchent le cœur ainsi que le système sanguin, c'est-à-dire le réseau de veines, veinules, artères, artérioles et capillaires. Il est donc nécessaire de traiter chaque branche des maladies cardio-vasculaires séparément.

1.1.1.2.1- Circulation sanguine ou maladies vasculaires

Les problèmes associés aux vaisseaux sanguins peuvent toucher les artères, les veines ou les capillaires.

1.1.1.2.1.1- Maladies artérielles

Les maladies artérielles sont subdivisées en trois catégories distinctes. D'abord il y a les cas où il y a une occlusion d'un ou de plusieurs vaisseaux sanguins. L'athérosclérose, la cause la plus répandue d'occlusion, se traduit par la formation d'un dépôt, un athérôme, autour d'une lésion. La constitution du dépôt peut changer selon l'endroit où se situe le vaisseau. Ainsi, au niveau d'une artère coronarienne, un dépôt de gras et de caillots de sang se forme, alors que l'athérosclérose médiale⁴, qui touche le média des artères principales, se traduit par une sédimentation de sel de calcium. Toutefois, quelque soit le type de dépôt qui se forme, des engourdissements et des crampes dans les extrémités du

¹ La section 1.1.1 est un résumé de l'information générale qui se trouve dans les livres d'enseignement de médecine cardio-vasculaire. Les références précises ne seront pas mentionnées dans le texte car l'information présentée ne résulte pas de recherche particulière mais forme la connaissance de base.

² Toutefois, l'avancement dans le dépistage génétique ainsi que le l'amélioration de notre connaissance du génome humain, améliore les chance de détection de ce genre d'anormalité lorsqu'elle ont une origine génétique. Ceci laisserait donc prévaloir un meilleur contrôle des maladies congénitales du cœur.

³ Le seul moyen actuel de contrôle est une opération à cœur ouvert sur l'embryon durant la grossesse. Cependant cette pratique n'est pas courante.

⁴ Aussi appelée athérosclérose de Möncheberg

corps, surtout les jambes, sont les symptômes classiques de l'athérosclérose. Ils sont causés par la diminution du flot sanguin dans les vaisseaux. Alors que les symptômes peuvent être soulagés par le repos, l'athérosclérose a le potentiel de causer des problèmes plus graves variant de l'ulcère dans les extrémités à l'arrêt cardiaque en passant par les gangrènes et la formation de caillot dans le sang. D'autres causes d'occlusion des vaisseaux sont les inflammations comme dans le cas de la maladie de Buerger⁵, de la Polyarteritis Nodosa, et de l'arthrite, un champignon dans le cas de l'ergotisme, la formation de caillot de sang dans le cas de la thrombose artérielle ou de la circulation d'une particule étrangère dans le cas d'une embolie artérielle.

Le seconde catégorie de maladies de la circulation systémique est celui des maladies qui ne causent pas une occlusion des vaisseaux. Les blessures, allant de celle causée par un objet tranchant à une simple blessure, en passant par celles dues à des radiations, peuvent toutes causer une déstabilisation du flot sanguin par le biais de l'inflammation du tissu ou par la formation de tissu de cicatrisation. Dans tous ces cas, il est possible de contrôler les dégâts. Toutefois, il se peut que des complications inattendues se produisent comme la formation d'un caillot ou d'une attaque cardiaque à court, moyen ou long terme.

Les maladies dites fonctionnelles forment la troisième catégorie de maladies du système sanguin. Elles couvrent les problèmes de vasoconstriction et de vasodilatation dont les causes sont multiples. Ces maladies ne sont pas considérées comme pouvant causer un problème potentiel grave.

1.1.1.2.1.2- Maladies liées aux veines

Les problèmes graves associées aux veines sont souvent causés par une thrombose⁶ qui peut être suivie par une embolie lorsque une partie du caillot se détache de la masse, ou par une perte d'élasticité des veines, situation typique des personnes souffrant de varices.

⁵ La maladie de Buerger est mal connue, mais elle semble toucher d'abord et avant tout les fumeurs. Il est suggéré que la cause première de cette inflammation est une hypersensibilité du tissu des vaisseaux sanguins. Dans 50 % des cas de la maladie de Buerger, une phlébite se développe.

⁶ Une thrombose se décrit par la formation d'un caillot dans une ou des veines.

La thrombophlébite, un mélange de thrombose et d'inflammation, se produit le plus fréquemment dans les jambes en réaction à des blessures graves aux muscles, entre autres. Le danger potentiel d'une thrombophlébite est l'embolie pulmonaire, où un morceau de caillot assez large bloque les artères et artérioles dans les poumons, causant une mort subite.

1.1.1.2.1.3- Maladies des capillaires

Les capillaires sont les plus petits vaisseaux sanguins de la circulation systémique, et sont intimement associées aux organes, puisqu'ils sont le lieu d'échange d'oxygène et autres nutriments entre le sang oxygéné et les cellules des organes. Les cas les plus graves sont associés à une fragilité accrue de la membrane, pouvant causer des hémorragies et potentiellement, une perte d'équilibre entre les différentes cellules, laissant ainsi échapper du fluide.

1.1.1.2.1.4- Maladies associées à la dynamique du sang

La quantité de sang que pompe le cœur permet de déterminer la pression d'un individu, puisqu'elle est associée à la tension que subit la membrane des vaisseaux sanguins. Les états d'hypertension et d'hypotension sont les exemples typiques de ce type de changements néfastes. Alors que l'hypertension et l'hypotension peuvent être relativement facile à contrôler, les individus atteints d'hypertension risquent de développer des problèmes cardiaques.

1.1.1.2.2- Cœur, artères proches, poumons et maladies cardiaques

Les maladies cardiaques touchent spécifiquement la physiologie du cœur et des vaisseaux sanguins qui lui sont directement rattachés. Une panoplie entière de maladies cardiaques existent, de la simple arythmie due à la fatigue, jusqu'à la mort soudaine provoquée par un arrêt cardiaque.

1.1.1.2.2.1- Athérosclérose et maladies coronariennes

L'athérosclérose est une maladie où les grosses et moyennes artères s'épaississent et durcissent. Elle est souvent la cause de la maladie ischémique du cœur ou maladie coronarienne du cœur. Lorsque les artères coronariennes sont touchées par l'athérosclérose, un arrêt cardiaque peut se produire⁷. La première étape physiologique dans le développement des maladies coronariennes est la formation d'athérômes, ou des lésions athéromateuses, causant le durcissement de la paroi des vaisseaux. À partir de ces lésions et ce, sur une période de plusieurs années, se forment des dépôts qui causeront ultimement la restriction du lumen des artères touchées et par conséquent la diminution du flot sanguin vers le cœur. Deux facteurs déterminent le grossissement des lésions : le cholestérol qui se dépose et les caillots de sang qui s'y entremêlent. Toutefois, l'accumulation devient irréversible par un des deux mécanismes proposés. La première théorie suppose que des récepteurs «défectueux» sur la membrane interne des vaisseaux sanguins forcent l'accumulation de lipoprotéines transportant le cholestérol. L'autre propose qu'une inflammation déclenche la formation de caillots de sang qui encapsulent les lipoprotéines qui transportent le cholestérol. La réalité toutefois pourrait être un mécanisme mixte, où les deux théories sont complémentaires, voire même synergiques. Malgré tout le débat, un aspect est assez généralement accepté et c'est le rôle de l'oxydation des lipoprotéines à basse densité dans le développement et la rupture des plaques athérosclérotiques.

La distribution des plaques dépendent, en partie, des caractéristiques homéostatiques du sang, notamment la pression sanguine, le flot et la turbulence. D'autres facteurs contribuent à la formation des plaques, comme le niveau de cholestérol consommé et donc présent dans le sang.

Les maladies coronariennes, aussi appelées maladies ischémiques du cœur, sont à différents degrés une manifestation d'un manque de flot sanguin vers le myocarde. Parmi les maladies cardio-vasculaires, les maladies coronariennes sont la cause numéro un de

décès. Souvent la diminution du flot sanguin est associée à l'athérosclérose. Le blocage qui s'en suit peut se traduire par des maux de poitrine surtout après une fatigue excessive. Cette condition est communément appelée angine pectorale. Le blocage peut être renforcé par la présence de caillots de sang, pouvant causer un arrêt complet du flot sanguin, privant ainsi le muscle du cœur des nutriments et de l'oxygène nécessaire à son bon fonctionnement. Ce scénario se solde par la «mort» d'une partie du tissu du cœur, soit un infarctus. Suite à un infarctus du myocarde, la forme la plus courante d'infarctus contribuant à 32 % des décès associées aux maladies cardio-vasculaires, la circulation sanguine peut demeurer adéquate, avec des changements subtils à la respiration, au rythme des battements du cœur, témoignage de l'épisode subite. Mais un infarctus est souvent mortel. Toutefois, la mortalité due à un infarctus du myocarde augmente avec l'âge. À d'autres occasions, l'infarctus peut épargner le patient mais déclencher (1) un mauvais fonctionnement de la valve entre les cavités gauche du cœur⁸, (2) une rupture de tissu qui sépare les cavités dans le côté gauche du cœur, ou (3) une rupture du ventricule gauche.

1.1.1.2.2.2- Maladies de l'aorte et de l'artère pulmonaire

L'aorte est une artère principale qui perd son élasticité avec l'âge. Toute situation physiologique qui peut porter atteinte au bon fonctionnement du muscle cardiaque, est considérée comme une maladie cardio-vasculaire, d'où l'inclusion des maladies de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

Un blocage dans l'artère pulmonaire a pour conséquence de surcharger le côté droit du cœur, qui, sous des conditions normales, pompe le sang contre une basse pression et un minimum de résistance. Lorsque le blocage est soudain, sous forme de caillot de sang par exemple, cela ajoute au stress sur le cœur et amène le ventricule droit à se dilater et cesser de fonctionner. Dans une telle situation, le flot de sang vers le côté gauche du cœur est dramatiquement réduit, ayant pour conséquence directe une perte de pression dans la

⁷ Un arrêt ou une attaque cardiaque est une crise où le flot de sang au muscle du cœur est soudainement réduit.

⁸ Communément appelé maladie valvulaire du cœur.

circulation systémique. Cet effet de domino a souvent des conséquences extrêmement graves sur le patient qui peut y laisser sa vie.

Il existe aussi des formes chroniques de problèmes pulmonaires. Celles-ci sont, dans bien des cas, associées à la bronchite chronique ou à l'emphysème⁹. Avec les années, ces conditions peuvent affecter les cavités du cœur et mener à l'arrêt cardiaque.

L'aorte est une artère principale, qui, lorsque touchée par l'athérosclérose, peut avoir des conséquences graves sur le cœur, comme décrit précédemment. Toutefois, la perte d'élasticité de la paroi de l'aorte est la condition la plus commune puisqu'elle est associée à l'âge. Ce manque d'élasticité cause la dilatation de l'aorte, changeant ainsi l'équilibre des pressions entre le cœur et l'artère. Dans les cas les plus sévères, une hernie peut se développer, puis une rupture, précipitant la mort du patient. Un cas particulier de plaques se formant dans l'aorte sont les dépôts de sel de calcium. Ceux-là peuvent faire partie de la réaction athérosclérotique ou d'une maladie congénitale.

1.1.1.2.2.3- Maladies de l'endocarde, du myocarde et du péricarde

Le cœur est formé de trois types de tissus distincts : l'endocarde qui forme la paroi interne du cœur, le myocarde, qui est le muscle cardiaque comme tel et le péricarde qui est le tissu externe formant un sac autour du cœur. Chacune de ces parties joue un rôle très spécifique dans le fonctionnement du cœur. Chacun de ces tissus est aussi susceptible de succomber à des maladies qui peuvent engendrer un problème cardio-vasculaire.

L'endocarde peut être affecté par une bactérie ou une inflammation qui s'installe dans une lésion déjà présente dans le tissu. Parmi les conséquences possibles d'une infection bactérienne, l'érosion des structures valvulaires est la plus commune. Dans le cas d'une inflammation, des ulcères se forment à la surface de l'endocarde. La maladie peut être très sévère et chronique. Toutefois, dans la majeure partie des cas, la progression des symptômes et de la maladie même est inévitable. Dans les situations extrêmes, des

⁹ Condition clinique qui consiste en la destruction du tissu pulmonaire qui est remplacé par de l'air. Ce phénomène se solde par la « mort » d'une multitude de vaisseaux sanguins et la formation de plusieurs caillots.

caillots de sang se forment à la lésion et finissent par se déloger et causer un blocage potentiellement fatal dans le cœur.

Les maladies associées au myocarde sont uniques. Globalement appelées cardiomyopathies, ces maladies sont causées par l'hypertension, une maladie congénitale, une maladie valvulaire ou une maladie du péricarde. Dans de rares cas, une maladie ischémique du cœur peut entraîner une forme de cardiomyopathie primaire ou secondaire. Dans les cardiomyopathies primaires, le myocarde est directement affecté par la maladie alors que dans les cas secondaires, l'observation clinique de la cardiomyopathie est en fait associée à des problèmes systémiques. Alors que les caractéristiques de la cardiomyopathie peuvent être regroupées en trois catégories principales, soit la cardiomyopathie de dilatation où le ventricule est dilaté, la cardiomyopathie hypertrophique où le ventricule, particulièrement le gauche, s'hypertrophie, et la cardiomyopathie restrictive où le ventricule ne peut se remplir complètement lors de la diastole, les causes premières de ces conditions ne sont pas toutes connues. Parmi celles qui ont pu être déterminées, les défauts de développement, les causes génétiques¹⁰ et quelques conditions métaboliques, représentent la majeure partie des cas de cardiomyopathie. Il existe quelques exemples liés à des produits chimiques. L'exemple le plus connu est celui de l'empoisonnement au cobalt qui se retrouve chez les personnes travaillant avec les pigments. La plus grande difficulté dans le dépistage des cardiomyopathies est le manque de symptômes détectables par le patient.

Finalement, les maladies du péricarde sont souvent associés à une inflammation, à une infection virale, protozoaire ou par le biais de champignons, à une réaction allergique, à une blessure au péricarde ou à un cancer. Les symptômes les plus communs sont le son caractéristique de la respiration, appelé friction de frottement et les résultats de l'électrocardiogramme. Aussi, la péricardite aiguë est accompagnée d'une fuite de fluide de l'extérieur vers l'intérieur du péricarde, ce qui augmente la pression sur le cœur et diminue donc sa performance. Les causes réelles de ces maladies ne sont pas connues,

¹⁰ Ces une des rares occasions où le défaut génétique peut être transmis comme un trait autosomal dominant non-liés au chromosome X

sauf pour le cancer du péricarde, les cancers causant indirectement une effusion du péricarde, la tuberculose, et quelques autres infections spécifiques.

1.1.1.3- Observations générales

Alors que l'ampleur de l'emprise des maladies cardiaques dans le monde ne peut être évaluée par manque d'informations fiables et complètes, l'information compilée en Amérique du Nord et en Europe indique clairement que les maladies cardio-vasculaires liées à l'athérosclérose prédominent. De plus, les maladies cardio-vasculaires les plus communes chez les personnes âgées sont l'angine pectorale, l'hypertension systolique isolée, la fibrillation atriale et les maladies valvulaires du cœur (Labson, 1998).

1.1.2-Analyse des facteurs de risque

Dans le milieu des années 80, plus de 200 facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires ont été identifiés (Thelle, 2000). Toutefois, seuls quelques uns démontrent une corrélation directe entre l'incidence de la maladie et le facteur de risque en question. Ces derniers sont dits étiologiques. Ces mêmes facteurs peuvent être regroupés en plusieurs classes qui se recoupent souvent : l'âge, le sexe, le bagage génétique, l'hypertension, le tabagisme, la dyslipidémie, le diabète, l'obésité, la vie sédentaire et le régime alimentaire. Plusieurs études à long terme et à grande échelle tentent d'améliorer notre compréhension de la relation entre les facteurs de risques déterminés et les maladies cardio-vasculaires. Une meilleure compréhension des variables peut améliorer non seulement le diagnostique et le traitement, mais surtout la prévention.

1.1.2.1- L'âge, le sexe et le bagage génétique

Toutes les observations confirment que l'incidence des maladies cardio-vasculaires augmente avec l'âge. En fait, l'âge est le facteur de risque dominant (Isso, Levy et al., 2000). Ce simple fait permet de prédire que le nombre d'individus vivant avec des maladies cardio-vasculaires augmentera avec le vieillissement de la population.

Les statistiques montrent qu'une augmentation significative de l'incidence des cas de maladies cardio-vasculaires se produit à l'âge de 45 ans pour les hommes et de 55 ans pour les femmes (Report, 1999). Cette protection apparente dont semble bénéficier les femmes a été potentiellement attribuée par plusieurs scientifiques aux hormones régissant le cycle ovarien (Bush, 1996). Il a donc été suggéré que le traitement de remplacement hormonal prescrit aux femmes ménopausées pourrait agir comme méthode de prévention. Malheureusement, les essais cliniques n'ont pas été concluants, voire même défavorables (Bonita, 2000; King and Mosca, 2000). Il est donc recommandé de ne pas automatiquement prescrire un traitement hormonal à toutes les femmes ménopausées, mais seulement lorsque ces dernières souffrent de troubles associés à la ménopause (King and Mosca, 2000).

Le bagage génétique de certains individus les prédisposent à développer certains facteurs de risques tels que la dyslipidémie et l'hypertension. Dans le cas de ces individus, il est particulièrement critique de souligner l'importance de souscrire aux principes de prévention pour minimiser ou retarder le développement de la maladie.

1.1.2.2- L'hypertension

L'hypertension, qui est définie comme étant une pression systolique de ≥ 140 mm Hg ou une pression diastolique de ≥ 90 mm Hg¹¹, multiplie le potentiel d'incidence des maladies cardio-vasculaires de deux à trois fois. Le traitement efficace de l'hypertension diminue l'incidence d'attaque cardiaque, d'infarctus de myocarde, de maladies ischémiques du cœur, de maladies rénales et de décès en général. Les facteurs favorisant le développement de l'hypertension sont l'excès de poids, l'inactivité physique, l'abus d'alcool et une alimentation riche en sel. Les dernières statistiques canadiennes indiquent que 22 % des adultes au Canada sont atteints d'hypertension, avec plus d'hommes (26 %) que de femmes (18 %) (Report, 1999). Malheureusement, beaucoup de cas ne sont pas diagnostiqués (42 % des 22 % de la population souffrant de haute tension, soit 9 % de la

population totale) par les médecins, et ce phénomène est très alarmant chez les femmes, où seule une minorité (1 % à 2 % de la population) est examinée pour la haute tension. Sur les cas diagnostiqués, un tiers n'est pas traité, et 40 % sont traités mais ne sont pas maintenus sous contrôle.

1.1.2.3- Le tabagisme

Même s'il n'y a pas de preuves liant directement le tabagisme aux maladies cardio-vasculaires, il est évalué que le tabagisme est responsable de plus de cas de maladies cardio-vasculaires que de cas de cancer. Malgré une diminution de la consommation de tabac entre 1977 (39 %) et 1996/1997 (24 %), une stagnation de ce rythme est observée depuis 1991 (Report, 1999). De plus un phénomène potentiellement dangereux fait surface depuis quelques années. Alors que le nombre d'hommes qui fument régulièrement diminuent graduellement, le nombre de femmes augmente. Une explication serait sociale et psychologique, les femmes se rattachent au tabagisme pour remonter la confiance qu'elles ont en elle-même (Bonita, 2000). Il est à noter que ce phénomène est très prononcé en Russie, en Allemagne, en Belgique, en Espagne et en Pologne.

Les études ont aussi démontré que le tabagisme est étroitement lié au revenu. Ainsi, les personnes à faible revenu consomment plus de tabac. Au Canada, en 1996/1997, 63 % des personnes âgées de plus de 15 ans et ayant un revenu faible fumaient ou avaient fumé (Report, 1999). De plus, les statistiques canadiennes montrent que le tabagisme est répandu au Québec plus que partout ailleurs au pays (Report, 1999). Les résultats les plus troublants se retrouvent dans les études faites auprès des jeunes.

En 1996/1997, 26 % des jeunes (entre 15 et 19 ans) fument, avec une répartition de 31 % chez les filles et 27 % chez les garçons (Report, 1999). Alors que les chiffres peuvent sembler bas, le phénomène du tabagisme semble en expansion chez les jeunes : d'une part à cause de l'augmentation de 8 % qui a pris place en 5 ans soit entre 1991 et

¹¹ Pris de la définition d'hypertension dans l'Encyclopedis Britannica, version internet, www.britannica.com

1996/1997, après une diminution de presque 50 % entre 1977 (48 % des jeunes fumaient) et 1991 (22 % des jeunes fumaient), et d'autre part, à cause du jeune âge auquel les jeunes essayent la cigarette. En 1994/1995, 10,6 % des enfants âgés de 10 et 11 ans ont affirmé avoir essayé de fumer une cigarette. Parmi les causes associées au tabagisme chez les jeunes se trouvent le revenu, les problèmes académiques et de performances, une mauvaise estime de soi, le stress, un mauvais soutien social, la dépression et les problèmes de poids chez les jeunes filles (Report, 1999).

Notons que chez les personnes âgées (plus de 55 ans), la consommation de tabac diminue aussi avec l'âge pour atteindre 11 % chez les hommes de plus de 75 ans et de 7 % chez les femmes de la même catégorie d'âge (Report, 1999). Alors que ces chiffres sont acceptables, il faudrait diminuer la consommation chez les personnes âgées entre 55 et 75 ans.

1.1.2.4- La dyslipidémie

La dyslipidémie est caractérisée par un niveau élevé de cholestérol, de lipoprotéines de basse densité et de triglycérides, ainsi qu'un niveau trop bas de lipoprotéines à haute densité (Lecerf, 1996). Un niveau élevé de cholestérol et de lipoprotéines à basse densité joue un rôle important dans la formation de plaques athérosclérotiques. Une étude datant de 1985-1990 montre que 45 % des hommes et 43 % des femmes ont un niveau de cholestérol plasmiq ue supérieur au niveau recommandé de 5,2 mmol/L, alors que 30 % des hommes et 27 % des femmes ont un risque modéré de développé des maladies cardiovasculaires (5,2-6,1 mmol/L), et 18 % et 17 % respectivement tombent dans le groupe à risque élevé ($\geq 6,2$ mmol/L) (Report, 1999).

Alors que la dyslipidémie peut avoir des causes génétiques, le niveau de cholestérol dépend plus souvent qu'autrement du régime alimentaire de la personne.

1.1.2.5- Le diabète

Le diabète de Type 2 se déclenche dans la vie adulte d'une personne et ne dépend pas de facteurs génétiques. Ce type de diabète est un facteur de risque important dans le développement de l'hypertension et plus directement de maladies cardio-vasculaires, particulièrement chez les femmes (King and Mosca, 2000). Trois pourcent (3 %) des adultes canadiens sont touchés par cette condition (Report, 1999), qui non seulement les rend plus à risque, mais aussi diminue leur chance de survie (Kim, 2000). En effet, il a été démontré que le taux de mortalité de maladies cardio-vasculaires est supérieur chez les personnes atteintes de diabète de Type 2.

La prévalence du diabète augmente avec l'âge. Entre 55 et 64 ans, environ 9 % des hommes sont atteints de diabète contre 5 % chez les femmes (Report 1999).

Le diabète peut être contrôlé à l'aide de produits pharmacologiques et d'une réadaptation du régime alimentaire pour minimiser les sucres.

1.1.2.6- La consommation d'alcool

Boire plus de deux verres d'alcool par jour est associé à un risque plus élevé de développer des maladies cardio-vasculaires et d'hypertension car la consommation d'alcool active le système nerveux sympathique, les effets des parois vasculaires et la libération d'hormones adénocorticoïdes. Il est donc recommandé de s'en tenir à 0,5 onces d'alcool par jour, soit l'équivalent d'un demi-verre de boisson alcoolisée.

Les statistiques canadiennes montrent que 12 % de la population boit excessivement, les hommes (8 %) abusant davantage de l'alcool que les femmes (4 %) (Report, 1999).

1.1.2.7- L'obésité

L'Indice de masse corporelle (IMC), qui se définit comme le poids de la personne divisé par sa taille au carré, est une bonne indication de l'excès de poids qu'accumule une personne. Si l'IMC est supérieur à 27, l'individu est considéré obèse, alors qu'une valeur

entre 26 et 27 indique un excès de poids (Franklin and Franklin, 2000). L'IMC ne révèle cependant pas la composition en terme de tissus adipeux. En effet, une personne peut avoir un IMC très élevé et ne pas être obèse, par exemple un haltérophile. De plus l'IMC ne révèle pas la distribution des graisses. En effet, celles situées au niveau de l'abdomen peuvent être plus néfastes que les graisses distribuées plus également dans le corps. Donc, l'IMC est un bon indice, mais il faut le nuancer.

L'excès et surtout l'obésité sont des facteurs importants dans le développement d'hypertension et de diabète de Type 2. Au Canada, en 1996/1997, 48 % des adultes avaient un excès de poids alors que 29 % étaient considérés obèses (Report, 1999). De plus, les hommes montraient un excès de poids supérieur à celui des femmes. Chez les jeunes, l'obésité ne cesse d'augmenter et malheureusement, il est démontré que 26 à 41% des jeunes obèses seront aussi des adultes obèses (Report, 1999). Cette observation est grave sachant que la mortalité des personnes obèses développant des maladies cardio-vasculaires est supérieure à celle des autres catégories. La proportion de gens qui ont un excès de poids augmente avec l'âge. Chez les gens de 55 à 64 ans, plus de la moitié ont un problème d'excès de poids. En effet, 36 % sont obèses et 17 % ont un excès de poids (Report 1999).

L'obésité abdominale, chez les femmes particulièrement, laisse prévaloir un potentiel pour le développement d'une résistance à l'insuline. Cette résistance est un des points clés dans l'apparition du diabète de Type 2, un autre facteur de risque majeur pour les maladies cardio-vasculaires (Caulin-Glaser, 2000).

Même s'il existe quelques facteurs génétiques pour l'obésité, dans la majeure partie des cas, celle-ci s'est développée à cause d'un régime alimentaire inadéquat, c'est-à-dire riche en gras et en sucres rapides, et d'une activité physique déficiente. Ce facteur de risque peut cependant être bien contrôlé par l'intermédiaire d'un bon régime alimentaire et l'exercice physique régulier.

1.1.2.8- La vie sédentaire

La vie sédentaire est étroitement liée à un manque d'activité physique évident. L'inactivité physique contribue à l'obésité, à l'hypertension et au diabète, en diminuant le niveau de lipoprotéines à haute densité, en augmentant la pression et en changeant le profile des triglycérides dans le sang. Un niveau minimal d'activité physique est recommandé. Il consiste en 30 à 45 minutes d'exercice 3 fois par semaine. Idéalement, 60 minutes d'activité physique légère ou 30 minutes d'activité physique modérée devrait faire partie d'une routine quotidienne. Les statistiques canadiennes montrent qu'en 1996/1997 plus de la moitié (57 %) de la population était inactive durant leur temps libre (Report, 1999). De plus, davantage de femmes que d'hommes dans les catégories 15 à 24 ans et plus de 65 ans, étaient inactifs (Report, 1999). Une observation intéressante, toutefois, la Colombie-Britannique et l'Alberta ont le niveau d'inactivité physique le moins élevé à 50%, alors que l'Île du Prince-Édouard affiche le niveau d'inactivité le plus élevé à 68 % (Report, 1999). Ceci peut s'expliquer par une différence de culture locale.

1.1.2.9- Le régime alimentaire

Le régime alimentaire contribue à plusieurs niveaux aux maladies cardio-vasculaires. D'abord, la distribution des sources caloriques par groupe alimentaire est très importante pour maintenir un bon IMC, un niveau minimal de cholestérol et de sucre dans le sang, sans pour autant perdre de la vitalité. Ensuite, les apports en vitamines peuvent prévenir, selon certaines théories, le développement de maladies cardio-vasculaires. C'est le cas en particulier des antioxydants (eg : Vitamine E, vitamine C, etc) qui pourraient stopper le développement des plaques d'athérosclérose en empêchant l'oxydation des lipoprotéines à basse densité (Diaz, Frei et al., 1997). Alors que, théoriquement, la proposition est plausible, aucune étude ne semble démontrer, sans équivoque, qu'un apport supérieur à ce qui est déjà recommandé quotidiennement peut prévenir les maladies cardio-vasculaires (Lenhart and Nappi, 1999; Gruberg, 2000).

1.1.3-Méthodes de traitement¹²

Le choix d'un traitement pour une maladie dépend en grande partie de l'état du patient. Dans les cas graves comme une athérosclérose causant une occlusion majeure ou complète d'un vaisseau principal, l'intervention chirurgicale est souvent requise. Dans les situations moins avancées, l'état du patient peut être amené sous contrôle par l'entremise des produits pharmacologiques et la mise en application des principes de prévention primaires ou secondaires selon la condition du patient.

De nombreux produits pharmacologiques peuvent être utilisés. Le choix dépendra (1) des facteurs de risque du patient, (2) de la condition du patient et (3) de la tolérance du patient face aux divers produits.

1.1.4-Méthodes de prévention

La prévention des maladies cardio-vasculaires a pris une ampleur très particulière en raison du nombre de cas qui se développe chaque année. Par conséquent, des coûts médicaux, émotionnels et sociaux en découlent, tant pour les personnes atteintes de ces maladies que pour leur entourage direct et indirect, touchant ainsi toute la société. Les différentes études qui se sont penchées sur la question de la prévention ont développé une stratification des interventions (Thelle, 2000). La prévention primaire touche les jeunes et cherche à changer les comportements qui pourraient se développer en facteurs de risques. La prévention primaire touche les personnes n'ayant pas de problèmes cardiaques mais qui pourraient en développer, ne serait-ce qu'en raison de l'accroissement de la longévité de vie des individus, et par conséquent, du vieillissement de la population. La prévention secondaire se pratique auprès des personnes diagnostiquées avec une maladie cardiaque et ceux ayant survécu à une attaque cardiaque.

¹² La liste et les détails de chaque intervention chirurgicale ainsi que la liste des produits pharmacologiques n'étant pas essentiels pour le projet, une revue n'en sera pas faite ici mais pourrait être retrouvée dans les ouvrages de références.

Alors que la prévention primaire cherche à contrôler les facteurs de risque (mis à part l'âge, évidemment) chez les jeunes, les autres niveaux de prévention touchent les personnes adultes ayant déjà développés les facteurs de risque. Dans la prévention auprès des adultes et des personnes âgées, l'utilisation de produits pharmacologiques peut être nécessaire surtout si la personne souffre d'hypertension, par exemple. Dans ce cas, un régime de médicaments et un suivi médical sont nécessaires pour assurer que l'état du patient se maintienne ou s'améliore et pour permettre une détection rapide de toute aggravation.

Mise à part le côté pharmacologique, y compris les traitements hormonaux pour traiter les symptômes de la ménopause¹³, il existe deux autres volets importants de la prévention qui sont le changement du mode de vie et le changement du régime alimentaire. Ces deux aspects sont valables pour tous les niveaux de prévention et jouent un rôle primordial dans le retardement de l'apparition des maladies cardio-vasculaires.

Pour ce qui est des changements du mode de vie, l'augmentation du niveau d'activité et la diminution du tabagisme sont les points clés.

1.1.4.1- Combattre l'inactivité

Toutes les études et les recommandations pour la prévention de l'hypertension indiquent qu'un minimum de 30 à 45 minutes d'exercice aérobique (marche, vélo, natation, etc) au moins trois fois par semaine est requis (King and Mosca, 2000). Le simple fait d'augmenter l'activité physique semble avoir des bienfaits à plusieurs niveaux. Une étude qui a suivi tous les habitants d'une ville âgés entre 30 et 64 ans, a démontré qu'une augmentation de l'activité physique pour atteindre les recommandations cités au-dessus réduit la pression sanguine de 5 mm Hg à 10 mm Hg chez les personnes souffrantes d'hypertension et de 3 mm Hg chez les individus ayant une tension normale (Deedwania, 2000). De plus, une réduction de 5 à 6 mm Hg maintenue pendant 5 ans, réduit

¹³ Alors que beaucoup d'études tentent d'établir un lien entre l'incidence des maladies cardio-vasculaires et le traitement hormonal, aucune n'a pu établir de façon conclusive qu'un traitement hormonal systématique diminue l'incident des maladies cardio-vasculaires chez les femmes.

l'incidence d'attaque cardiaque de 38 % et de maladies coronariennes de 16 % (Hedner, 1998). Ces diminutions de pression sont d'autant plus importantes qu'une perte de poids peut être associée à l'augmentation de l'activité physique. Aussi, une perte de poids de 5 à 10 kg peut réduire la pression sanguine, tout particulièrement chez les personnes dont la pression est dans la zone limite de l'hypertension (Deedwania, 2000). Il y a donc un effet cumulatif qui ne peut être négligé.

1.1.4.2- Combattre le tabagisme

L'utilisation de la cigarette ne cesse d'augmenter, surtout chez les femmes, alors que diverses campagnes d'antitabagisme sont en cours. Malheureusement, la dépendance que cause la nicotine dans le tabac, associée parfois à un manque de volonté de la part des individus, rend le combat difficile. Alors qu'il existe plusieurs données démontrant que le tabagisme peut contribuer aux maladies cardio-vasculaires, il manque de résultats tangibles démontrant l'impact de l'arrêt du tabagisme sur la réduction du nombre de cas de maladies cardio-vasculaires.

1.2- Rôle de l'alimentation dans la prévention des maladies cardio-vasculaires

Dans la prévention des maladies cardio-vasculaires, un volet complet est consacré au régime alimentaire. En effet, plusieurs facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, dont la haute pression, le diabète et l'obésité, peuvent être partiellement contrôlés par un régime alimentaire adéquat (McCarron, David, 1997).

1.2.1-Les acides gras et le cholestérol

Depuis les années 50 et 60, il a été clairement démontré que l'apport en acides gras (AG) saturés est corrélé à l'incidence de cardiopathies ischémiques, alors que l'apport en AG monoinsaturés est inversement corrélé à cette incidence (Lecerf, 1996). De plus, des

travaux ont aussi démontré que les AG polyinsaturés et le pourcentage des lipides dans l'apport énergétique total, ne sont pas directement liés à la prévalence de ces cardiopathies (Lecerf, 1996).

Les AG saturés élèvent le taux de cholestérol et de lipoprotéines à basse densité (LDL) dans le sang et diminuent l'activité des récepteurs favorables aux lipoprotéines à haute densité (HDL), augmentant ainsi le risque de formation de l'athérosclérose. Toutefois, l'ampleur de cet effet dépend de l'AG saturé en question. Des travaux (Denke, 1992; Sundram, Hayes et al., 1994; Zock, De Vries et al., 1994) ont suggéré la gradation suivante :

- (myristique + laurique) > palmitique
- palmitique > laurique
- myristique > palmitique

Un type particulier d'AG saturé est l'AG *trans* qui a un effet hypercholestérolémiant, similaire à celui des AG saturés. Cet effet est particulièrement prononcé lorsque l'apport en AG *trans* constitue plus de 7 % de l'apport énergétique total (Franklin and Franklin, 2000). Les AG *trans* se retrouvent le plus souvent dans les margarines végétales partiellement hydrogénées, dans les biscuits et les autres pâtisseries vendues en magasin, ainsi que dans les huiles qui ont été soumises à des chaleurs extrêmes comme la friture. Les AG polyinsaturés ont un effet variable sur le cholestérol, les LDL et les HDL, selon le type et la part d'apport énergétique totale qui leur est associé (Oberman, 2000).

Les acides gras de la famille omega-3, présents notamment dans les poissons gras, sembleraient prévenir les maladies cardio-vasculaires. Toutefois, les études sont très mitigées à ce sujet et aucune recommandation spécifique n'a été émise concernant le poisson (Franklin and Franklin, 2000). Cependant, les États-Unis¹⁴, depuis décembre 2000, permettent le énoncé suivant sur les suppléments alimentaires:

¹⁴ Site web de la Food and Drug Administration : www.fda.gov

« The scientific evidence about whether omega-3 fatty acids may reduce the risk of coronary heart diseases is suggestive but not conclusive. Studies in general population have looked at diets containing fish and it is not known whether diet or omega-3 fatty acids in fish may have a possible effect on a reduced risk of coronary heart disease. It is not known what effect omega-3 fatty acids may or may not have on risk of coronary heart disease in the general population .»

De plus, la FDA ne recommande pas une dose quotidienne de EPA et DHA (forme les plus courantes des acide gras de la famille omega-3) supérieure à 2g.

Les diverses études réalisées ont permis d'émettre les recommandations pratiques (Colditz, 2000) suivantes pour permettre aux consommateurs de diminuer l'apport des mauvais AG (saturés et *trans* ou *hydrogénés*) dans l'alimentation.

1. Choisir du poulet, du poisson ou des légumineuses au lieu de la viande rouge ;
2. Cuire les aliments dans une huile contenant beaucoup d'AG polyinsaturés et monoinsaturés, comme l'huile d'olive et l'huile de canola ;
3. Choisir des margarines qui ne contiennent pas des huiles partiellement hydrogénées. De plus, les margarines crémeuses contiennent moins d'AG *trans* ou *hydrogénés* ;
4. Limiter la consommation de pâtisseries (gâteaux, biscuits) vendues en magasin car elles contiennent beaucoup d'AG partiellement hydrogénés.

1.2.2-Les sucres

Il existe plusieurs formes de sucre. En effet, il y a les sucres rapides, tels que le glucose, le sucrose et le fructose, et les sucres lents tel que l'amidon. Les premiers se métabolisent rapidement et produisent un apport énergétique immédiat. Ils se retrouvent dans une panoplie d'aliments sucrés comme les biscuits, le chocolat, les fruits (fructose) et le miel. Les seconds, dont la source principale est la classe des légumineuses, sont métabolisés sur une plus longue période. Il est souvent suggéré, dans une alimentation saine, de remplacer les sucres rapides par des sucres lents pour éviter l'accumulation rapide des sucres sous formes de cellules de graisse.

Pour ce qui est des maladies cardio-vasculaires, l'apport en sucre, surtout lorsqu'il y a une accumulation de ce comportement alimentaire pendant des années, contribue d'une part au développement du diabète de Type 2, et d'autre part, à l'embonpoint. Il est donc recommandé de minimiser l'apport total en sucre (55 % de l'apport d'énergie totale) et de substituer le sucre rapide, c'est-à-dire des aliments sucrés, ou contenant du sucre raffiné tel que le pain blanc, par des aliments contenant des sucres lents (Colditz, 2000).

1.2.3-Les fibres

Les fibres sont une forme particulière de glucides (même structure chimique de base que les sucres). Les fibres peuvent être solubles ou insolubles selon leur origine. Les fibres que l'on retrouve dans les céréales sont insolubles et contribuent donc au bon fonctionnement du système intestinal. Les observations faites chez les personnes ayant une alimentation à haute teneur en fibres, indiquent qu'une réduction du risque de maladies cardio-vasculaires est de l'ordre 40 à 50 % (Gillman, Cupples et al., 1995; Ley, Thorogood et al., 1996). Le mécanisme le plus souvent invoqué est celui de l'abaissement du niveau d'insuline (Ludwig, Pereira et al., 1999). L'insuline est une hormone très importante, produite par le foie lorsque le niveau de sucre est élevé dans le sang, pour déclencher la sensation de rassasiement. Toutefois, les personnes souffrant de diabète sont insensibles à l'insuline. Des études ont démontré qu'un apport de 8,1g de fibres par jour correspond à un risque relatif de 0,7 pour développer le diabète de Type 2 (Salmeron, Ascherio et al., 1997). Les fibres alimentaires non-solubles n'étant pas absorbées au niveau de l'intestin ne contribuent pas à l'apport énergétique, mais permettent de déclencher un réflexe de rassasiement. Les fibres insolubles sont donc un outil indispensable pour prévenir contre le diabète et contrôler l'embonpoint, tout en ayant le bénéfice de prévenir le cancer du colon (Colditz, 2000).

Les fibres solubles, comme celles que l'on retrouve dans les fruits, les légumes et les légumineuses, ont aussi fait leurs preuves dans le maintien du taux de sucres plasmiqes à des niveaux prévenant le diabète. Le mécanisme proposé suggère que les fibres solubles affectent les sécrétions biliaires, diminuant ainsi l'absorption des sucres (Franklin and

Franklin, 2000). De plus, les fruits et les légumes contribuent à la perte de poids de façon considérable. D'autres études ont démontré que les fibres solubles diminuent de façon significative le gras et particulièrement le cholestérol dans le sang. La réduction en cholestérol total (incluant LDL et HDL) dans le sang attribuable aux fibres solubles est de 0.5 % à 0.2 % /g de fibre alimentaire (Franklin and Franklin, 2000). Ces résultats sont encore plus remarquables chez les patients ayant des niveaux de cholestérol plus élevés.

Il est recommandé qu'un adulte consomme plus de 25 g de fibres par jour, dont 25 % de fibres solubles.

1.2.4-Les protéines animales

Plusieurs études indiquent que les protéines animales, en particulier celles provenant des viandes rouges, contribuent à augmenter le taux de cholestérol dans le sang. Par contre, les protéines alimentaires provenant des plantes diminuent le taux de cholestérol dans le sang. À partir de ces observations, plusieurs corps de recherche recommandent de remplacer une partie de l'apport en protéines animales par des protéines végétales comme le soya. Dans une étude où les protéines de soya ont remplacé les protéines animales, sans changer l'apport en cholestérol et en AG saturés, une diminution de 10 % à 12 % du cholestérol total dans le sérum a été observée (Franklin and Franklin, 2000).

1.2.5-Les antioxydants

La théorie impliquant l'oxydation des lipides dans la maladie d'athérosclérose a généré un intérêt pour les antioxydants. Ces derniers, lorsque leur apport est augmenté, pourraient prévenir les maladies cardio-vasculaires. Malheureusement, malgré beaucoup d'études terminées et en cours, aucun résultat concluant n'a été obtenu (Gruberg, 2000). Parmi les vitamines étudiées se retrouvent la vitamine E, la vitamine C et le β -carotène. Il existe aussi des sources naturelles d'antioxydants comme les fruits et les légumes qui contiennent des vitamines et le thé dont un des composés chimiques, les flavanoïdes, sont des antioxydants reconnus (Tijburg, Mattern et al., 1997).

1.2.6-Les minéraux : sodium, potassium, et calcium

Les minéraux sont très importants dans le corps humain pour le bon fonctionnement des enzymes et du système nerveux, ainsi que pour maintenir une bonne pression dans les différentes parties du corps.

Le sodium que l'on retrouve dans le sel de table est directement associé à l'hypertension. Les études démontrent que, même une petite réduction dans l'apport de sel, fait diminuer la tension artérielle des personnes ayant une pression normale (Mascioli, Grimm et al., 1991). Ce phénomène est très significatif chez les personnes souffrant d'hypertension, les personnes âgées et les personnes prédisposées (Law, Frost et al., 1991). Les données accumulées à ce jour indiquent qu'un apport de 2,4 g par jour de sel de table est suffisant.

Le potassium a été associé à des phénomènes de vasodilatation, de modulation de la fonction des barorecepteurs et de l'inhibition du système nerveux sympathique. Les essais et les observations cliniques montrent, en effet, qu'il y a une réduction de la pression lorsqu'un supplément de potassium est prescrit (Appel, Moore et al., 1997). Toutefois, l'étendue du rôle du potassium n'est pas clair et un apport adéquat, provenant de fruits, légumes ou multi-vitamines, de 90 mmol par jour est recommandé.

Le calcium est un minéral important dans la formation et le maintien du squelette humain. De plus, le calcium est le minéral le plus critique pour maintenir la pression à l'intérieur des cellules. Toutefois, son rôle dans la prévention des maladies cardio-vasculaires ou de ses facteurs de risque est incertain (Caulin-Glaser, 2000). Un apport de 800 à 1200 mg par jour est exigé pour maintenir le squelette et la pression cellulaire.

1.2.7-L'acide folique

L'acide folique est une vitamine répandue dans les fruits et légumes. Cette vitamine permet de contrôler le taux d'homocystène, suspectée de jouer un rôle important dans le déclenchement prématuré des maladies cardio-vasculaires (Rimm, Willett et al., 1998). Malheureusement, le mécanisme d'intervention de l'homocystène n'est pas connu, mais

le résultat semble être un effet toxique qui contribue à la formation de caillots de sang (Lenhart and Nappi, 1999). Il existe une observation commune à plusieurs études : alors que 5 % de la population générale ont un problème d'hyperhomocystène, 50 % des personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires ont des taux élevés d'homocystène (Gruberg, 2000).

Les traitements à l'acide folique et à la vitamine B₁₂ sur des périodes de plusieurs années et sur différents groupes n'ont pas été concluants (Lenhart and Nappi, 1999). Il n'est donc pas recommandé d'augmenter la dose d'acide folique ou de B₁₂ au-delà de ce qui est présent dans une tablette de multi-vitamines, conformes aux normes nationales.

1.3- L'alimentation chez les personnes âgées de 50 ans et plus

Avant d'aller plus loin, il est important de noter que le contenu de cette section se base à la fois sur la recherche documentaire et sur la rencontre avec les intervenants du milieu. Dans l'introduction du rapport, il est mentionné que les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité au Canada, tant pour les hommes que pour les femmes. Cependant, les statistiques démontrent qu'il y a une augmentation significative de l'incidence des cas de maladies cardio-vasculaires vers l'âge de 45 ans pour les hommes et de 55 ans pour les femmes. Il semble que la proportion de décès qui soient attribuables à une maladie cardio-vasculaire augmente chez les femmes après la ménopause. Chez les hommes, l'augmentation est plutôt régulière entre 35 et 84 ans (Report, 1999). Les personnes qui survivent à une maladie cardio-vasculaire connaissent plusieurs problèmes de santé par la suite. Elles peuvent souffrir d'une mauvaise circulation sanguine, de douleurs thoraciques, d'un mode de vie amoindri et d'un risque élevé d'une récurrence.

Selon un rapport de la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario, les personnes de 50 ans obtiennent de justesse la note de passage en matière d'autoprotection contre les maladies cardio-vasculaires (Fondation des maladies du cœur, 1996). Dès le milieu des années 1980, les "Baby Boomers" ont été sensibilisés par plusieurs moyens aux bienfaits

de l'exercice, de conserver un poids santé et aux avantages de manger moins de matières grasses. Malheureusement, ces saines habitudes de vie ne semblent pas avoir été mises en pratique. Le manque de temps, des habitudes bien ancrées et un manque de connaissances de base en nutrition qui les empêche d'équilibrer leur alimentation sont les raisons les plus souvent invoquées. De plus, ce segment de la population dit manquer de motivation, de temps et éprouver de la difficulté à conserver de bonnes habitudes alimentaires. En 1996, des données démontraient que les canadiens et les canadiennes consommaient encore trop de gras, soit une moyenne de 20 % de plus que ce que la Fondation des maladies du cœur recommande (Fondation des maladies du cœur, 1996). Le problème se situe peut-être aussi au niveau du message véhiculé par les nutritionnistes qui s'efforcent de faire comprendre aux gens qu'il faut manger équilibré, varié et faire de l'exercice. Aujourd'hui, les gens veulent des recettes miracles qui sont rapides et attirantes. Le bon vieux message des nutritionnistes semble ne plus rivaliser avec tous ces nouveaux produits alimentaires "à la mode". Les personnes qui se sentent vieillir sont souvent prêtes à tout pour maintenir leur éternelle jeunesse et demandent des solutions miracles. Elles sont une cible facile pour la publicité.

D'un autre côté, les personnes âgées de 50 ans et plus forment une nouvelle génération d'aînés qui se préoccupent davantage de leur santé, de l'importance de l'exercice et d'une saine alimentation. Évidemment, il faut considérer que certaines personnes de 75 ans et plus peuvent toujours être considérées comme étant semi-actives ou de jeunes retraitées. Le groupe des 50-65 ans manifeste le besoin d'en connaître davantage dans le domaine de la nutrition. Au point de vue physiologique, les besoins nutritionnels de ce segment de la population ne changent pas de façon significative comme c'est le cas chez les personnes plus âgées (65 ans et plus) qui peuvent subir une perte d'appétit, une diminution du goût, des troubles au niveau de la digestion, etc. (NIN, 1996).

En vieillissant, il devient de plus en plus difficile de changer ses habitudes alimentaires. Ainsi, une personne âgée de 75 ans et plus n'a pas les mêmes besoins nutritifs et a tendance à être plus modifiée à changer la façon dont elle se nourrit. Ensuite, les personnes très âgées tendent à se préoccuper davantage du prix et du goût que de l'importance de la nutrition. Certaines d'entre elles croient qu'il n'est pas important de

surveiller ce qu'elles mangent puisqu'elles vont mourir bientôt de toute façon. Parfois, elles vont se soucier de ce qu'elles mangent une semaine avant d'aller consulter le médecin. En vieillissant, certaines personnes peuvent connaître une diminution de sensibilité gustative et olfactive, engendrant une perte d'appétit. Donc, l'intérêt pour une saine alimentation est beaucoup moins présent chez les personnes très âgées que chez le groupe des 50 à 65 ans. Ce dernier groupe a aussi tendance à avoir un réseau et des liens de communication plus serrés. Les personnes de 50 à 65 ans sont relativement plus faciles à rejoindre et à sensibiliser. C'est un groupe dont l'agent multiplicateur est très fort, ce qui est avantageux pour cette étude. Les personnes âgées de 50 à 65 ans sont aussi plus aptes à assimiler l'information car de façon générale, elles lisent davantage et ont reçu un plus haut niveau d'éducation. En effet, en 1996, seulement 8 % de tous les Canadiens âgés de 65 ans et plus avaient un diplôme universitaire, comparativement à 17 % des personnes de 25 ans à 64 ans. Les aînés étaient aussi moins nombreux que les plus jeunes à détenir un certificat ou un diplôme d'un établissement post secondaire non universitaire. Par contre, il faut tenir compte que de plus en plus de personnes âgées fréquentent de nouveau l'école (Statistiques Canada, 1996). Bien qu'il soit aussi important de sensibiliser les personnes plus âgées (65 ans et plus) aux bienfaits d'une saine alimentation, cette étude cible une clientèle où l'impact et les résultats seront les plus marquants. Évidemment, le modèle de communication des informations nutritionnelles qui sera développé dans cette étude, pour ce groupe particulier, pourra ensuite être appliqué à d'autres groupes de la population et pour d'autres maladies.

La section suivante dresse un bref portrait de ce qui se fait en matière d'étiquetage nutritionnel au Canada, aux États-Unis et en Europe.

1.4- L'étiquetage nutritionnel au Canada, aux États-Unis et en Europe

1.4.1-L'étiquetage nutritionnel au Canada

Un système volontaire d'étiquetage nutritionnel a été mis en place au Canada en 1988. L'étiquetage nutritionnel est défini comme la présentation uniformisée de la valeur nutritive d'un aliment. Ce système, appliqué sur une base volontaire à quelques exceptions près, est celui actuellement en vigueur. Dans ce système, la liste des ingrédients utilisés et leur classement par ordre d'importance sont cependant obligatoires. Les aliments étiquetés doivent suivre les *Directives sur l'étiquetage nutritionnel* pour la présentation, la déclaration de la valeur nutritive et la grosseur des portions individuelles. De plus, ils doivent se conformer aux *Règlements sur les aliments et drogues* pour la terminologie, les unités de mesure et la divulgation de l'information par portion. Finalement, l'information doit être fournie dans les deux langues officielles (Santé Canada, 1999). Lorsqu'il y a une étiquette, celle-ci fournit des informations sur quelques nutriments seulement dont la valeur énergétique de l'aliment en calories et en kilojoules, la teneur en protéines et la teneur en matières grasses et en glucides exprimées en grammes. Ces éléments forment la liste de base.

Le système d'étiquetage nutritionnel actuel comporte certaines lacunes. Tout d'abord, comme il est optionnel, certains aliments se retrouvent sans aucune information nutritionnelle. Ensuite, l'étiquette n'a pas la même apparence sur tous les aliments. Cette étiquette, lorsque présente, ne fournit des renseignements que sur quelques nutriments seulement. De plus, il n'existe pas de réglementation quant aux allégations sur la teneur en nutriments. Certaines de ces allégations ne reposent pas sur des informations scientifiques récentes. Finalement, aucune allégation à l'égard de la santé n'est actuellement autorisée au Canada. Donc, pour que les étiquettes des aliments deviennent un outil plus efficace pour les consommateurs, il faudrait que l'information soit présentée de façon standardisée et claire. Ainsi, les consommateurs pourront comparer des produits

similaires, mieux connaître la valeur nutritive des aliments, obtenir des renseignements précis sur la teneur en matières grasses et savoir comment le produit peut contribuer à répondre aux besoins quotidiens d'une saine alimentation (Santé Canada, 1999). Toutes ces données doivent nécessairement reposer sur les données scientifiques les plus récentes.

Santé Canada développe actuellement un projet de réglementation sur l'étiquetage nutritionnel en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*. Ce projet de règlement a fait l'objet de consultations auprès de professionnels de santé et des consommateurs. Une version préalable du projet a été publiée dans la Gazette du Canada, partie I au mois de juin 2001. Suite à l'analyse des commentaires reçus par la population, il sera publié dans la Gazette du Canada, Partie II. La plupart des entreprises auront deux ans pour se conformer, à l'exception des petites entreprises qui bénéficieront d'une année supplémentaire.

Ce projet de règlement propose une amélioration de l'étiquetage nutritionnel des aliments préemballés. Il concerne particulièrement les règles sur les allégations sur la teneur en nutriments et les allégations relatives à la santé. Les points suivants résument les améliorations qui seront apportées (Santé Canada, juin 2001) :

1. **Tableau de la valeur nutritive obligatoire** sur les aliments préemballés sauf quelques exceptions : fruits et légumes frais, aliments servis ou vendus dans les restaurants, viande et volaille crues (sauf hachées), le poisson et les fruits de mer crus, les aliments emballés chez le détaillant au moment de la vente, produits alimentaires préparés et transformés chez le détaillant et vendus sur place et les produits contenant des quantités extrêmement faibles des 13 principaux éléments nutritifs. Par contre, un de ces aliments n'est plus exempté s'il fait référence à une teneur en éléments nutritifs, à une allégation relative à la santé ou la marque privative d'une tierce partie relative à la santé (comme un symbole de cœur ou le nom d'un groupe qui s'intéresse à la santé) et si on lui a ajouté des vitamines et des minéraux.

2. **Format et contenu uniformes** fournissant de l'information sur la teneur en calories et sur les 13 nutriments suivants : graisses, graisses saturées, acides gras trans ou hydrogénés, cholestérol, sodium, glucides, fibres, sucres, protéines, vitamine A, vitamine C, calcium et fer.
3. * **Règles concernant les allégations sur la teneur en nutriments** (ex.: Faibles en graisses saturées, faible teneur en sodium, x % sans matières grasses, etc.),
4. * **Règles concernant les allégations santé**: Le règlement permettrait l'utilisation de quatre allégations pour les aliments qui conviennent aux régimes alimentaires qui réduisent le risque de maladies cardio-vasculaires, de certains types de cancer, d'ostéoporose et l'absence de pouvoir cariogène (ex.: une alimentation faible en gras saturés et trans ou hydrogénés réduit le risque d'hypertension artérielle).

* Les allégations sur la teneur en nutriments et les allégations santé seront cependant facultatives. Lorsqu'elles seront écrites sur les emballages, elles devront être uniformes, exactes et être basées sur des données scientifiques récentes et rigoureuses.

Ce projet de règlement en matière d'étiquetage nutritionnel se veut un meilleur outil pour les consommateurs afin qu'ils puissent faire des choix éclairés pour une saine alimentation. Santé Canada va accompagner ce système d'étiquetage obligatoire d'un vaste volet d'éducation afin de sensibiliser les Canadiens et les Canadiennes à utiliser correctement les informations nutritionnelles qui se retrouveront sur les étiquettes.

La discussion avec les partenaires du projet au mois de septembre 2001, a permis de faire une brève critique de ce projet de règlement sur l'étiquetage nutritionnel. Tout d'abord, des termes comme acides gras trans et lipides (qui remplacera le terme matières grasses) peuvent porter à confusion puisqu'ils ne sont pas encore très bien compris par les consommateurs. Une étude menée en 1999 par l'Institut national de la nutrition (INN), a démontré que 55 % des Canadiens n'ont aucune idée de la signification du terme gras

trans (INN, 1999). Il en va de même avec les différents types de matières grasses (saturées, polyinsaturées, etc). À cause de cette ambiguïté, un consommateur peut exclure de son alimentation des matières grasses essentielles comme les acides gras polyinsaturés parce qu'il ne comprend pas la distinction entre tous les types d'acides gras. Un article publié dans *La Presse* traite de la consommation de noix et de graines et mentionne que depuis environ vingt ans, la consommation de ces aliments a diminué entre autres parce que les recommandations nutritionnelles sur les matières grasses sont mal interprétées par le public. Il est certes recommandé de diminuer sa consommation de matières grasses afin de diminuer l'incidence de maladies cardio-vasculaires, mais les consommateurs ont décidé de bannir, sans nuance, toutes les sources de matières grasses alors que les graines et les noix, en plus d'être une bonne source d'énergie et de protéines, contiennent des nutriments qui peuvent aider à prévenir le développement de maladies cardio-vasculaires (Côté, 2001). Donc, un manque de connaissances générales en matière de nutrition risque de diminuer l'efficacité et l'utilité des allégations santé et des allégations sur la teneur en nutriments proposées dans le projet de loi (Culhane, 2001). Par exemple, selon la Fondation des maladies du cœur, la mention sans cholestérol porte encore à confusion chez les consommateurs qui associent souvent ce terme à "faible en gras" ou "sans gras" alors que ce n'est pas toujours la réalité. Parce qu'il croit que l'aliment ne contient pas ou peu de gras, le consommateur a tendance à moins limiter sa quantité ingérée. Ce risque de confusion chez les consommateurs démontre que Santé Canada devra fournir un grand effort d'éducation et de sensibilisation auprès du public pour que l'information transmise soit comprise et bien utilisée.

1.4.2-L'étiquetage nutritionnel aux États-Unis

Sous la juridiction de la *Food and Drug Administration* (FDA) du *Department of Health and Human Services* et de la *Food Safety and Inspection Service* du *U.S. Department of Agriculture*, le nouvel étiquetage nutritionnel aux États-Unis est régi par une loi adoptée en 1990 et mise en application en 1994, la *Nutrition Labeling and Education Act* (NLEA). Cet étiquetage nutritionnel, par l'entremise du tableau d'information nutritionnelle

Nutrition Facts (qui remplace l'ancien tableau intitulé *Nutrition Information per Serving*), offre une information plus précise, complète et pratique¹⁵.

Le nouveau tableau d'information nutritionnelle offre désormais aux consommateurs, entre autres, de l'information nutritionnelle pour la très grande majorité des aliments disponibles dans les marchés d'alimentation. L'information est même disponible, sur une base volontaire de la part du marchand, pour les produits crus et non apprêtés les plus populaires parmi les viandes, les poissons, les fruits et légumes. D'autre part, le caractère d'imprimerie utilisé étant plus gros sur les emballages, l'information est plus facile à repérer et à consulter. On retrouve dorénavant sur l'étiquette le pourcentage quotidien recommandé et une information plus complète concernant les gras saturés, les fibres, le cholestérol, etc. Les portions ont été modifiées et standardisées; elles sont maintenant plus réalistes, donc plus pratiques, et permettent une comparaison entre des produits similaires. Les allégations nutritionnelles sont désormais dignes de confiance puisqu'elles sont rigoureusement réglementées; les définitions de termes tels que « léger », « faible en gras » et « riche en fibres » ont été uniformisées pour s'assurer qu'ils aient la même signification pour tous les produits sur lesquels ils apparaissent. Enfin, les allégations santé, c'est-à-dire les allégations établissant un lien entre un aliment ou un nutriment essentiel et une maladie : le calcium et l'ostéoporose, par exemple, sont autorisées uniquement si la majorité des acteurs du milieu scientifique approuvent l'allégation (Kurtzweil, 1996).

1.4.3-L'étiquetage nutritionnel en Europe

La réglementation européenne en vigueur n'impose pas d'étiquetage nutritionnel sauf dans le cas des allégations santé. Bien que de façon générale, les maladies cardiovasculaires soient identifiées comme étant la principale cause de mortalité en Europe, de nombreuses études scientifiques ont démontré l'existence d'une diversité d'habitudes

¹⁵ U.S. Food and Drug Administration, 1999

alimentaires et de différences d'exposition aux risques de maladies cardio-vasculaires qui y sont reliées.¹⁶

Les politiques nutritionnelles des États se traduisent par des programmes nationaux de santé publique spécifiques visant à diffuser l'information auprès des professionnels de la santé, des intervenants sociaux et des populations comme le Programme national Nutrition-Santé (PNNS), lancé en France en janvier 2001 à la suite des États généraux de l'Alimentation¹⁷.

Actuellement en Europe, il n'existe pas d'étiquetage particulier destiné à des personnes âgées atteintes de troubles cardio-vasculaires. Les informations nutritionnelles ont souvent pour objet principal d'inciter les consommateurs à équilibrer et à varier leur alimentation en réduisant leur consommation de lipides et en augmentant leur consommation de fibres. Par contre, même si elle paraît très générale par rapport à notre étude concernant l'information nutritionnelle et les personnes âgées atteintes de maladies cardio-vasculaires, la présentation de la résolution Santé et Nutrition du Conseil européen du 14 septembre 2000 semble indispensable. En effet, les actions pan européennes non nationales entreprises en vue de l'amélioration des connaissances et de l'information nutritionnelles pour la lutte contre les maladies cardio-vasculaires, s'inscrivent dans une perspective de prise de conscience générale en matière d'information nutritionnelle pour les personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires ou à risques en Europe. Ces actions sont, pour la plupart, financées par la Communauté européenne¹⁸. À travers cette résolution, le Conseil européen invite les États membres :

¹⁶ En Italie, l'essai clinique à grande échelle *Gissi-Prevenzione* menée par l'Association des cardiologues de l'Italie a porté sur les modifications à long terme des habitudes alimentaires chez 11 324 Italiens ayant eu un infarctus du myocarde. Cet essai a démontré que ceux qui s'alimentaient selon un régime méditerranéen, riche en huile d'olive, en fruits, en légumes et en poisson, après une crise cardiaque, vivaient beaucoup plus longtemps que les patients dont le régime se rapprochait davantage de celui des Nord-Américains. L'étude MONICA, par exemple, menée sous l'égide de l'OMS (Organisation mondiale de la santé), a permis de disposer de données d'incidence au niveau international.

¹⁷ Le PNNS constitue un véritable plan de santé publique visant à atteindre des objectifs précis, chiffrés et programmés dans le temps. La mise en place de ce programme amène la France, qui souffrait d'une absence totale de politique nutritionnelle, à une situation de pointe tout à fait innovatrice dans le domaine de la prévention nutritionnelle des maladies chroniques et de l'optimisation de l'état de santé.

¹⁸ Exemples : FATLINK, programme européen « Dietary fat, body weight control and links between obesity and cardiovascular diseases » et PNNS, « Programme national nutrition-santé » en France.

- à promouvoir les attitudes et des habitudes alimentaires favorables à la santé afin de développer les capacités de toute la population à faire des choix informés sur la consommation ;
- à continuer à développer la production , la diffusion et la mise en œuvre de recommandations en matière de santé nutritionnelle ;
- à améliorer les connaissances en nutrition des professionnels de la santé et des métiers en rapport avec l'alimentation et la nutrition ;
- à encourager la participation des experts nationaux aux activités communautaires et notamment à la production d'expertise scientifique.

Il invite aussi la Commission européenne :

- à poursuivre le développement d'outils de surveillance de la santé nutritionnelle et de ses déterminants ;
- à appuyer la recherche sur les liens entre santé et nutrition, sur les pathologies liées à l'alimentation, sur la compréhension des comportements alimentaires et sur l'impact des politiques menées sur la santé et la nutrition ;
- à développer l'utilisation de l'étiquetage nutritionnel en l'adaptant aux besoins des consommateurs, ainsi que d'autres moyens d'information nutritionnelle ;
- à étudier la possibilité de mener des projets pour la promotion de régimes alimentaires sains ;
- À réfléchir à l'utilisation des NTI pour améliorer l'information des acteurs de ce secteur et de la population..

L'application de la résolution du 14 septembre 2000 devrait, dans la décennie à venir, permettre aux États membres de développer des outils d'information efficaces pour la

prévention des maladies cardio-vasculaires, considérées actuellement en Europe comme un redoutable fléau.

L'Europe vit en ce moment une crise de confiance sans précédent en matière de sécurité alimentaire. Confrontés à de nombreuses révélations d'irrégularités dans la production animale et à beaucoup d'incertitude quant aux effets que pourrait avoir sur leur santé la consommation d'organismes génétiquement modifiés, les Européens ont développé ces dernières années des besoins en information alimentaire horizontaux. Aussi, la préoccupation actuelle des gouvernements, membres ou non membres de la Communauté européenne, ainsi que des différents acteurs de l'industrie agroalimentaire est, avant tout, de répondre à cette attente. Dans ce contexte, la production d'informations nutritionnelles destinées à des groupes très spécifiques semble actuellement ensevelie sous une avalanche d'informations alimentaires stratégiques visant à restaurer la confiance des consommateurs dans leur ensemble¹⁹. Cependant, de nombreuses études sur le lien entre l'alimentation et les maladies cardio-vasculaires ont été entreprises au cours des dernières années. Les résultats de ces recherches, nationales ou européennes, ont permis aux États de mettre en œuvre des politiques nutritionnelles adaptées à leur réalité régionale par le biais de programmes de santé publique nationaux. C'est à travers ces programmes que se développent des outils d'information destinés à des groupes particuliers, tel que celui des personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires ou à risques.

Par ailleurs, le Parlement européen a émis en mars 2000 une nouvelle directive sur l'étiquetage et la présentation des denrées alimentaires ainsi que sur la publicité faite à leur égard. Il travaille actuellement à la mise à jour de la directive 90/496/CEE du Conseil européen, relative à l'étiquetage nutritionnel des denrées alimentaires.

Dans un même souci d'harmonisation des différentes dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres et en vue de modifier la directive

¹⁹ Illustration de cette tendance, une recherche avec les mots-clés «étiquetage alimentaire» sur Internet engendrera un très grand nombre de résultats portant en majorité sur l'étiquetage des produits alimentaires contenant des OGM ou sur la traçabilité de la viande. Une recherche avec les mots-clés «étiquetage nutritionnel» produira peu de résultats et les données recueillies porteront essentiellement sur les suppléments nutritifs génétiquement modifiés et sur les apports nutritionnels conseillés.

84/450/CE relative à la publicité trompeuse, la Direction générale Santé et Protection des consommateurs de la Commission européenne a commandé à un bureau de consultants belge une étude pan-européenne sur les allégations nutritionnelles, les allégations santé et les allégations éthiques. Cette étude, terminée en avril 2000, présente, analyse et compare les politiques et les instruments, législatifs ou volontaires, en vigueur dans chacun des quinze pays membres ainsi qu'au Canada et aux États-Unis (Hill et al. 2000).

D'un point de vue législatif, la communauté européenne dispose de deux outils principaux en matière d'étiquetage des denrées alimentaires: la directive 2000/13/CE sur l'étiquetage et la présentation des denrées alimentaires ainsi que sur la publicité faite à leur égard et la directive 90/496/CEE sur l'étiquetage nutritionnel des denrées alimentaires. La directive 2000/13/CEE, codifie et abroge la directive 79/112/CEE et ses modifications ultérieures. Fondée, entre autres principes, sur l'impératif de l'information et de la protection des consommateurs, elle a pour objet d'édicter des règles communautaires, à caractère horizontal général, applicables à l'ensemble des denrées alimentaires mises dans le commerce dans le cadre de la libre circulation des services et des biens entre États membres. Les articles 2, 3, 4 et 7 de cette directive sont ceux qui nous intéressent ici :

- *Article 2, alinéa 1b : «L'étiquetage et les modalités selon lesquelles il est réalisé ne doivent pas, sous réserve des eaux minérales naturelles et autres denrées alimentaires destinées à une alimentation particulière, attribuer à une denrée alimentaire des propriétés de prévention, de traitement et de guérison d'une maladie humaine, ni évoquer ces propriétés.» Ces interdictions ou restrictions s'appliquent à la présentation des denrées alimentaires ainsi qu'à la publicité faite à leur égard (art 2 alinéas 3a et 3b).*
- *Article 3, alinéa 1 porte sur les mentions obligatoires : dénomination de la vente, liste des ingrédients représentant plus d'un quart de la composition finale du produit (exception faite pour les fruits et légumes frais et les produits laitiers à l'état brut (art.6 alinéas 2a et 2b)), quantité de certains ingrédients ou catégories d'ingrédients, pour les denrées alimentaires préemballées la quantité nette, la date de durabilité ou la date limite de consommation, les*

conditions particulières de conservation et d'utilisation, le nom ou la raison sociale ainsi que l'adresse du fabricant ou du conditionneur ou d'un vendeur établi à l'intérieur de la Communauté, le lieu d'origine ou de provenance dans le cas où l'omission de cette mention serait susceptible d'induire le consommateur en erreur sur l'origine ou la provenance réelle de la denrée alimentaire, un mode d'emploi au cas où son omission ne permettrait pas de faire un usage approprié de cette denrée alimentaire et enfin, pour les boissons titrant plus de 1,2 % d'alcool en volume, la mention du titre alcoométrique volumique acquise s'impose.

- L'article 4 stipule, entre autres, que les dispositions communautaires appliquées à certaines denrées alimentaires et non aux denrées alimentaires en général, peuvent prévoir d'autres mentions obligatoires en plus de celles énumérées à l'article 3.*
- L'article 7 porte sur les mentions obligatoires concernant les «ingrédients» en fonction de leur quantité ou de leur rôle dans la préparation de la denrée alimentaire et s'applique sans préjudice aux règles communautaires relatives à l'étiquetage nutritionnel (alinéa 6).*

Émise en septembre 1990, la directive 90/496/CEE sur l'étiquetage nutritionnel a pour principaux objectifs de permettre la libre circulation des denrées alimentaires, d'améliorer la nutrition et de favoriser l'éducation du grand public. Il est stipulé qu'à cette fin, pour attirer l'attention du consommateur moyen et étant donné le faible niveau des connaissances dans le domaine de la nutrition, l'information fournie doit être simple et facilement compréhensible. D'autre part, l'application de cette directive doit permettre d'acquérir une expérience précieuse en matière d'étiquetage nutritionnel et d'évaluer la manière dont les consommateurs réagissent à la façon dont sont présentées les informations relatives à la composition nutritionnelle des denrées alimentaires afin que la Commission européenne puisse revoir les réglementations et proposer toute modification pertinente.

- *L'article 1 fournit les définitions suivantes: étiquetage nutritionnel : toute information apparaissant sur l'étiquette et relative à la valeur énergétique et à certains nutriments (protéines, glucides, lipides, fibres alimentaires, sodium, certaines vitamines et certains sels minéraux en quantités spécifiées). Allégation nutritionnelle : tout message publicitaire qui énonce, suggère ou implique qu'une denrée alimentaire possède des propriétés nutritionnelles particulières de part l'énergie (valeur calorique) qu'elle fournit à un taux réduit ou accru ou ne fournit pas et/ou par les nutriments que cette denrée contient, contient en proportion réduite ou accrue ou ne contient pas.*
- *L'article 2 stipule que l'étiquetage nutritionnel est facultatif a priori et que, par contre, il devient obligatoire lorsqu'une allégation nutritionnelle figure dans l'étiquetage, la présentation ou la publicité, à l'exclusion des campagnes publicitaires collectives.*
- *L'article 3 précise que seules sont admises les allégations nutritionnelles relatives à la valeur énergétique et aux nutriments citées dans l'article 1.*
- *L'article 4 décrit les deux groupes d'information à utiliser en cas d'étiquetage nutritionnel, le premier groupe comprend les informations minimales qui sont la valeur énergétique et la quantité de protéines, de glucides et de lipides et le second groupe comprend les informations minimales et celles relatives au produit qui sont: la valeur énergétique et la quantité de protéines, de glucides, de sucres, de lipides, d'acides gras saturés, de fibres alimentaires et de sodium. L'article 4 rend aussi obligatoire la déclaration de l'amidon, des polyols, des acides gras monoinsaturés ou polyinsaturés, du cholestérol, de certains sels minéraux et de certaines vitamines lorsque ces substances font l'objet d'une allégation nutritionnelle.*
- *Les articles 5 et 6 portent sur les coefficients de conversion et les règles d'affichage des différents éléments.*
- *L'article 7 stipule que les informations couvertes par la directive doivent être regroupées en un seul endroit, présentées dans une langue facilement comprise par*

les acheteurs et que les États membres doivent s'abstenir d'introduire des spécifications plus détaillées que celles déjà contenues dans la directive.

- *L'article 9 demande que toute mesure susceptible d'avoir une incidence sur la santé publique soit adoptée après consultation du comité scientifique de l'alimentation humaine institué par la décision 74/234/CEE.*
- *Les articles 10, 11 et 12 portent quant à eux sur les modalités d'application de la directive.*

Il faut noter qu'en juillet 2001, Monsieur David Byrne, commissaire européen à la Santé a déclaré lors d'une conférence de presse qu'il proposait au Conseil des ministres et au Parlement européen que tous les éléments composant les denrées alimentaires figurent sur l'étiquetage²⁰.

La réglementation européenne actuelle interdit toute allégation santé induisant un effet thérapeutique ou préventif et ceci explique sans doute qu'il n'existe pas à proprement parler de campagne d'étiquetage nutritionnel spécifique à l'intention des personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires. Elle autorise par contre, sur une base volontaire des États, l'utilisation d'allégations nutritionnelles visant à informer les consommateurs des propriétés nutritionnelles d'une denrée alimentaire.

L'étude comparative pan-européenne présentée en avril 2000 par le bureau de consultants Hill and Knowlton International Belgium SA/NV à la Commission européenne révélait, en matière de réglementation sur les allégations santé, un consensus dans la discordance des différents acteurs européens (Hill et al. 2000).

Alors que l'industrie agro-alimentaire exerce de fortes pressions pour que soit élargi le cadre législatif européen et tente de faire établir des listes d'allégations systématiquement autorisées, les consommateurs européens refusent, quant à eux, l'établissement de listes, positives et/ou négatives, et réclament des législations strictes traitant les allégations au

²⁰ Réglementation sur l'étiquetage alimentaire- pack-pass.com : http://pack.usipass.com/article/page_article.cfm?idoc=4857&numpage=1 (consultée le 28-08-01)

cas par cas, après vérification du bien fondé scientifique et médicale de l'allégation. Par ailleurs, les consommateurs européens pensent que, face à l'accroissement de la production d'aliments fonctionnels, il est nécessaire qu'il y ait une réglementation européenne, suffisamment précise pour servir de guide aux règles nationales. De façon générale, les gouvernements semblent satisfaits des codes volontaires nationaux qu'ils ont adoptés en la matière. Néanmoins, certains États comme l'Allemagne et la France souhaitent que l'Europe se dote d'un cadre plus précis. D'autres États, tel la Finlande, voudraient au contraire une plus grande libéralisation et ce, malgré l'avis des consommateurs finlandais qui s'inquiètent du manque de contrôles et de surveillance des allégations santé et qui souhaitent que le cadre européen serve de régulateur, tout comme le veulent leurs voisins suédois.

2- Moyens de communication avec les consommateurs

Afin de faire des choix éclairés, le consommateur doit son pouvoir à l'information qu'il accumule et qui lui permet de faire des choix éclairés. Malheureusement très peu d'études indépendantes, non liées à un but de marketing précis, existent. En fait, les grands secteurs qui ont étudié la relation du consommateur à l'information sont l'industrie pharmaceutique, l'industrie de l'alimentation et l'industrie de la vente au détail²¹. Bien que ces études aient la prétention de servir les intérêts des consommateurs, l'objectif réel est de bien comprendre le marché pour mieux cibler la clientèle. Par ailleurs, la plupart des articles portant sur le sujet sont publiés par des magazines de marketing, des magazines d'affaires publiques et au cours des dernières années, dans des journaux spécialisés en nutrition²².

Il existe une variété assez restreinte de méthodes pour communiquer avec le consommateur :

- le texte sur l'emballage incluant la liste des ingrédients, les allégations nutritionnelles ainsi que le tableau d'information nutritionnelle;
- les logos sur les emballages;
- une centrale d'information (lignes 1-800) dont le numéro est communiqué aux consommateurs grâce à une inscription sur un emballage, sur un dépliant, ou dans le cadre d'une campagne d'information;
- les dépliants en magasin et les informations sur les tablettes;

²¹ Ces résultats ont été obtenus à la suite d'une recherche bibliographique couvrant la période 1990-1999.

²² Idem

- les campagnes d'information et de sensibilisation données par le corps médical (à l'épicerie, par exemple);
- les démonstrations et les dégustations en magasin;
- les cassettes vidéo ou audio, les publicités télévisées et les émissions de télévision reliées à la nutrition (cours de cuisine, recettes, etc.);
- Internet;
- les livres de recettes, revues, journaux spécialisés en nutrition ou non, cours de cuisine, menus sur mesure;
- et toutes les autres variantes des méthodes citées ci-dessus.

Même si le nombre d'approches est assez bien défini, il faut prendre en considération, lorsqu'on tente de communiquer avec le consommateur, le temps qu'il a attribué au premier contact, l'information prioritaire et les contraintes telles que la vision pour les personnes âgées et le niveau d'alphabétisation. Certaines évaluations indiquent qu'un consommateur entre en contact avec 30 000 produits en l'espace de 30 minutes (Tootelian and Ross, 2000). Ainsi, le consommateur a un premier contact très court avec l'information inscrite sur l'emballage. Plusieurs études indiquent que le consommateur se rendra compte de l'information présentée sur un paquet une fois arrivé à son domicile (Phillips, Broderick et al., 1997).

Tous ces moyens de communiquer l'information nutritionnelle n'ont pas les mêmes impacts sur tous les consommateurs. En effet, certains moyens seront efficaces pour certaines personnes alors que d'autres les laisseront plutôt indifférents ou ne paraîtront pas clairs.

Afin de mieux comprendre les impacts de ces moyens de communication de l'information nutritionnelle sur la population ciblée par le projet, ses attentes et ses besoins, nous avons réalisé une revue de littérature, une rencontre avec les partenaires du projet ainsi que des groupes de discussion avec la population ciblée. Les personnes qui ont participé aux

groupes de discussion ont été recrutées par une annonce publiée dans le *Journal de Montréal*, dans le journal de Rosemont-Petite-Patrie ainsi que par une annonce affichée dans les locaux de l'Institut de cardiologie de Montréal (consulter l'annexe 3 pour une copie de cette annonce). Au total, quinze personnes, âgés de 48 à 65 ans inclusivement, ont été convoqués. Les participants souffraient tous d'une maladie cardio-vasculaire ou présentaient un facteur de risque, comme l'hypertension par exemple. Les personnes qui ont participé aux groupes de discussion étaient relativement représentatifs de la population ciblée, même si l'objectif n'était pas d'obtenir un échantillon représentatif²³. Les données globales pour le groupe étaient les suivantes : (consulter l'Annexe 4 pour les questionnaires individuels sur la condition socio-démographique et sur les problèmes de santé cardiaque des participants) :

- Âge moyen : 58 ans ;
- 8 femmes et 7 hommes ;
- scolarité : cours secondaire ou moins : 8 personnes ; études collégiales ou équivalent : 5 personnes ; premier cycle universitaire : 1 personne ;
- nombre de personnes vivant dans le ménage des participants : 5 personnes seules ; 8 personnes vivant dans un ménage de 2 personnes ; 1 personne vivant dans un ménage de 3 personnes et 1 personne vivant dans un ménage de 4 personnes ;
- revenu familial : revenu de 19 999 \$ et moins : 3 personnes ; revenu de 20 000 \$ à 29 999 \$: 3 personnes ; revenu de 30 000 \$ à 39 999 \$: 3 personnes ; revenu de 40 000 \$ à 49 999 \$: 2 personnes ; revenu de 50 000 \$ à 59 999 \$: 2 personnes ; revenu de 60 000 \$ à 69 999 \$: 1 personne ; pas de réponse : 1 personne ;
- occupation : 9 retraités ; 4 personnes inactives pour des raisons de santé ; 1 personne n'a pas donné de réponse ;

²³ La méthode de recrutement par une annonce (annexe 3) ne visait pas à obtenir un échantillon représentatif de la population ciblée par l'étude.

- problèmes de santé et/ou traitement : angine (2 personnes) ; arythmie (2 personnes) ; athérosclérose ; déblocage d'une artère ; fibrillation auriculaire ; greffe cardiaque (3 personnes) ; hypertension ; insuffisance cardiaque (2 personnes) ; myocarde ; pacemaker ; valve mitrale.

Ces quinze personnes ont été rencontrées au cours de trois groupes de discussion qui ont eu lieu les 23 et 25 octobre et le 2 décembre 2001. Le premier groupe, composé de sept personnes, a été rencontré dans les locaux d'Option consommateurs alors que les deux autres réunions (quatre personnes/réunion) se sont tenues dans les locaux de l'Institut de cardiologie de Montréal. La durée de chaque rencontre était de 90 à 120 minutes. Aucun document sur le sujet n'a été distribué aux personnes avant la discussion. Les animateurs avaient une liste de questions (consulter l'annexe 5 pour cette liste) à réponses ouvertes. Il n'y avait pas d'ordre précis pour répondre et chacun intervenait quand bon lui semblait. La discussion a essentiellement porté sur les moyens de communication qui ont été énumérés précédemment et sur les besoins et les attentes des participants en matière d'information nutritionnelle. Les points qui suivent présentent donc une analyse de ces moyens de communication basée sur les recherches dans la littérature, sur la rencontre avec les partenaires du projet ainsi que sur les résultats des groupes de discussion (consulter l'annexe 6 pour l'analyse des propos tenus par les participants).

2.1- Le texte sur l'emballage

L'étiquetage nutritionnel constitue le principal moyen de communiquer l'information nutritionnelle aux consommateurs. Actuellement, un projet de modifications de la réglementation est en cours et nous espérons que celles-ci permettront de corriger certaines lacunes révélées par l'étude documentaire, les commentaires des partenaires du projet et ceux des participants au groupe de discussion.

2.1.1-Le tableau d'information nutritionnelle

L'INN a coordonné, en 1999, une étude sur les perceptions et les préférences des Canadiens en matière d'étiquetage nutritionnel. Cette étude a mis l'accent sur le tableau d'information nutritionnelle. Les données qui en ressortent concernent les personnes âgées en général, ainsi que les personnes atteintes d'une maladie cardio-vasculaire:

- Selon cette étude, les Canadiens plus âgés et ceux qui sont défavorisés sur le plan socio-économique en raison d'un plus faible niveau de scolarité ou d'un faible revenu, éprouveraient plus de difficulté à utiliser efficacement le tableau d'information nutritionnelle.
- 54 % des gens interrogés ayant 55 ans et plus disent rarement ou jamais utiliser le tableau d'information nutritionnelle.
- 22 % des gens interrogés qui avaient 55 ans et plus, ont dit moins bien saisir l'information contenue dans le tableau d'information nutritionnelle.
- Chez les Canadiens plus âgés et les personnes moins scolarisées, consulter le tableau d'information nutritionnelle engendre plusieurs obstacles. Elles doivent fournir un effort pour lire et comprendre l'information. Elles peuvent avoir de la difficulté à déchiffrer les renseignements à cause de la densité de l'information et la taille des caractères qui sont utilisés. À cet effet, 13 % des 55 ans et plus par rapport à 4 % des 18 à 34 ans trouvent que les caractères sont trop petits sur les étiquettes. Finalement, elles ont de la difficulté parce qu'il y a un manque d'uniformité des renseignements entre les produits et quelques fois, une absence du tableau d'information nutritionnelle.
- Les Canadiens qui ont une maladie cardiaque disent moins bien comprendre le tableau d'information nutritionnelle.

- Les Canadiens de 55 ans et plus semblent accorder une plus grande importance à la teneur en matières grasses inscrites dans le tableau d'information nutritionnelle par rapport aux plus jeunes (55 % des 55 ans et plus contre 36 % chez les 18 à 34 ans).

Selon ces données, l'information nutritionnelle contenue dans les tableaux ne semble pas très bien comprise de la part des personnes âgées atteintes de maladies cardio-vasculaires.

C'est d'ailleurs principalement ce qui est ressorti durant les groupes de discussion. Pour le segment de population consultée, le tableau d'information nutritionnelle est très peu utilisé. Seulement une personne sur quinze affirmait bien comprendre son contenu et l'utiliser pour faire des choix d'aliments en fonction de sa condition de santé. Une difficulté qui est ressortie et qui est reliée à la compréhension du tableau d'information nutritionnelle, est l'évaluation des portions. En effet, pour un même type d'aliment, les personnes interrogées ont dit être confuses car parfois, une portion est en grammes et d'autres fois, en millilitres. Ce manque d'uniformité rend difficile la comparaison de deux produits alimentaires. Pour ce qui est de la liste des ingrédients dans le tableau, certaines personnes ont, quant à elles, mentionné qu'elles préféreraient que les quantités soient, en plus d'être inscrites en grammes ou litres ou en millilitres, être inscrites en pourcentage de l'apport quotidien recommandé. Ce pourcentage donne un contexte à la quantité réelle. Par exemple, un contenant de jus d'orange dont le tableau indique qu'un verre de 250 ml de jus correspond à 28 % de l'apport quotidien recommandé en vitamine C est un repère apprécié des personnes interrogées, parce qu'il indique s'il y a beaucoup ou peu de l'élément nutritif dans une portion donnée de l'aliment.

Toutes les personnes consultées, sauf une, ont dit ne pas faire l'exercice de calculer les proportions des ingrédients (matières grasses, glucides, etc.) qu'ils consomment lorsqu'ils mangent un aliment préparé. À leur avis, le tableau d'information nutritionnelle n'est pas une façon conviviale de présenter les informations nutritionnelles. Pour démontrer leur confusion, les personnes interrogées ont donné l'exemple du terme «énergie» qui ne leur disait rien. Le terme «gras trans» qui doit être ajouté à la liste du tableau avec le nouveau projet de réglementation était familier à une seule personne, la même qui a prétendu utiliser le tableau et qui a dit comprendre la façon de calculer les portions. L'autre

élément du tableau qui a été discuté est la question des vitamines. Bien qu'elles soient énumérées dans le tableau, les personnes interrogées ont affirmé ne pas très bien comprendre leur fonction dans l'organisme. Toutes les personnes rencontrées lors des groupes de discussion ont signifié le besoin de mieux connaître le rôle et les bienfaits des vitamines sur leur état de santé. En général, toutes ces personnes ont fait savoir qu'elles apprécieraient en savoir davantage au sujet du tableau d'information nutritionnelle afin de pouvoir mieux s'en servir pour faire des choix d'aliments santé. Elles veulent des outils pour mieux comprendre les informations. Lors du dernier groupe de discussion, une personne a suggéré que l'Institut de cardiologie de Montréal fournisse une liste de définition des termes contenus dans le tableau ainsi que leurs effets sur la santé. Toujours lors du dernier groupe de discussion, les personnes ont dit qu'il était inutile d'allonger la liste des ingrédients contenus dans le tableau car de toute façon, elles ne saisissent pas encore toute l'information qui s'y trouve actuellement.

2.1.2-La liste des ingrédients

La liste des ingrédients semblait déjà plus utilisée par les personnes rencontrées lors des groupes de discussion. Les ingrédients qui attirent l'attention sont le sucre, le sel et les matières grasses. Toutes les personnes interrogées s'entendaient pour dire que plus un ingrédient est au début de la liste, plus il est présent en grande quantité dans un aliment. Donc, si le premier ingrédient est du sucre, du sel ou du gras, ces personnes ont tendance à rejeter catégoriquement l'aliment. Certaines des personnes présentes ont dit qu'elles regardaient la liste des ingrédients afin de savoir si elle contenait un ingrédient qui leur était interdit de consommer (de la glucosamine, par exemple). De façon générale, la liste des ingrédients semble trop longue, particulièrement sur les boîtes de céréales, ce qui décourage la lecture. Les personnes interrogées affirment aussi qu'elle est trop scientifique, c'est-à-dire qu'elle renferme trop d'éléments «qui ne disent rien» comme la riboflavine, par exemple. Cette affirmation rejoint le commentaire sur le tableau d'information nutritionnelle c'est-à-dire qu'en général, les gens interrogés trouvent qu'il y a trop d'informations, que c'est trop lourd et que par conséquent, cela décourage la

lecture. Certaines personnes souhaitent même que des informations soient éliminées afin de faciliter la compréhension et d'alléger la densité de texte sur l'emballage.

La liste des ingrédients, tout comme le tableau d'information nutritionnelle, est surtout regardée une fois rendu à la maison. Les personnes interrogées ont mentionné qu'elles n'ont pas le temps de s'attarder à ces détails lorsqu'elles font leur épicerie. Elles prétendent que c'est déjà assez long et pénible de faire simplement leurs achats dans les magasins d'alimentation. De plus, elles disent ne pas toujours apporter leurs lunettes de lecture et ne peuvent déchiffrer l'écriture sur les emballages qu'elles jugent souvent beaucoup trop petite. Mais elles ont aussi affirmé que même si les informations étaient écrites en plus gros caractères, elles ne les liraient probablement pas.

2.1.3-Les allégations nutritionnelles

Bien qu'elles peuvent contribuer à faire un choix rapide lorsqu'elles font leurs achats, les personnes interrogées ont affirmé ne pas faire vraiment confiance aux allégations nutritionnelles. Lors du deuxième groupe de discussion, deux personnes sur quatre affirmaient que les allégations étaient fiables alors que les deux autres n'y croyaient pas du tout. Une seule personne sur quatre, lors du dernier groupe de discussion, disait se fier principalement sur ce type d'allégations lorsqu'elle choisit ses aliments. L'allégation la plus redoutée est la mention «sans cholestérol». En effet, les personnes interrogées savaient, pour la plupart, que le cholestérol provient seulement de sources animales. Ainsi, elles accusent les compagnies de faire de la fausse publicité en mettant, par exemple, la mention «sans cholestérol» sur un sac de croustilles fabriqué à partir d'huiles végétales. Il existe donc des doutes sur la validité de ces allégations. Les personnes interrogées disent qu'elles se fient de moins en moins sur ces allégations pour faire des choix d'aliments santé. Cependant, la mention «faible en gras» est tout de même populaire auprès des personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires. En effet, malgré le manque de confiance signifié au cours des discussions, certaines d'entre elles ont affirmé que cette allégation leur donnait souvent bonne conscience. Les personnes interrogées affirment, de façon générale, que les allégations nutritionnelles ne sont pas

une panacée, qu'elles ne suffisent pas à donner les meilleures informations et qu'elles ne sont que de la publicité.

Les partenaires du projet, ont quant à eux, critiqué le texte sur l'emballage de façon assez générale. Plusieurs ont mentionné que ce texte (le tableau d'information nutritionnelle, la liste des ingrédients ainsi que les allégations nutritionnelles) doit être conçu en prenant en considération le niveau d'alphabétisation des personnes âgées. Les partenaires ont jugé qu'il serait important d'utiliser des caractères plus gros, d'éviter les sigles et les paragraphes exprimant plus d'une idée à la fois ainsi qu'une information trop abondante et inutile. Pour rejoindre le plus de personnes possible, il serait important que l'information sur les emballages soit standardisée, uniforme, claire et facile à comprendre.

Dans la littérature, quelques données concernant le texte sur les emballages des aliments ont été publiées. En outre, un sondage Léger & Léger publié en février dernier a révélé que, de façon générale, les femmes sont plus nombreuses à lire les étiquettes des produits alimentaires que les hommes. Au total, 60,4 % des gens interrogés affirmaient prendre le temps de lire les étiquettes des produits de façon courante (MAPAQ, 2001). Ce même sondage a révélé que la difficulté s'accroît du fait que l'information est écrite en trop petits caractères. Cependant, à ce sujet, l'idée qui est ressortie des groupes de discussion est que même si le texte était écrit en plus gros caractères, plusieurs personnes ne le liraient pas. De tout évidence, et cette idée est aussi ressortie lors de la réunion avec les partenaires, il faut que le vocabulaire sur les emballages et dans le tableau d'informations nutritionnelles soit simplifié et davantage expliqué aux consommateurs. À cet effet, un des partenaires du projet a démontré que cette information pouvait être utile lorsqu'elle est bien expliquée au public. L'exemple est celui de la clinique d'insuffisance cardiaque de l'Institut de cardiologie de Montréal. Dans cette clinique, une nutritionniste apprend aux personnes souffrant de maladies cardio-vasculaires à repérer les informations reliées au sodium. Elle leur montre à lire et à interpréter une étiquette en fonction de leurs besoins (par exemple, combien contient un aliment en sel ou en sodium par portion). Elle leur fournit une valeur de référence (teneur en Na) qu'il ne faut pas dépasser pour certains aliments. Les statistiques de l'Institut ont démontré que les personnes qui suivent le

programme ont diminué leurs chances de rechutes parce qu'elles adhèrent entre autres, à des changements nutritionnels suite à l'enseignement reçu.

Cet exemple démontre qu'une éducation et une sensibilisation par des professionnels de la santé à l'information nutritionnelle contenue sur les emballages et dans le tableau, amène les gens à mieux comprendre et à changer des habitudes alimentaires de façon à prévenir les maladies cardio-vasculaires. Cette éducation est d'autant plus importante que l'information scientifique dans le domaine de la nutrition évolue très rapidement et qu'elle devient de plus en plus pointue²⁴.

Points à retenir

- **Les personnes âgées de 50 à 65 ans et qui sont atteintes de maladies cardio-vasculaires n'utilisent pas le tableau d'information nutritionnelle pour faire des choix d'aliments santé. Elles demandent qu'on les renseigne davantage sur la façon de comprendre et d'utiliser les informations de ce tableau.**
- **La signification des termes inscrits dans le tableau d'information nutritionnelle et le calcul des portions sont les deux principales difficultés associés à l'utilisation du tableau d'information nutritionnelle.**
- **La liste des ingrédients est surtout utilisée pour repérer le sel, le sucre et les matières grasses. Cependant, beaucoup de termes ne sont pas compris.**
- **Les personnes âgées entre 50 et 65 ans ne font pas confiance aux allégations nutritionnelles pour choisir des aliments santé et dénoncent l'aspect marketing de ce moyen de communication.**

2.2- Les logos

Lorsque l'information qui doit être transmise est de nature nutritionnelle ou liée à la santé, il faut s'assurer que cette information ne reste pas uniquement au niveau de

²⁴ Par exemple, au niveau des vitamines et minéraux, les valeurs ont été révisées et on établit maintenant des valeurs optimales pour chaque groupe d'âge. Les macronutriments sont présentement en révision. Source: (The National Academy of Sciences, 2001).

l'impression sur l'emballage, mais soit renforcée par des indications faciles à repérer aux points de vente, comme le logo. L'exemple le plus intéressant dans ce cadre est celui de la Fondation des maladies du cœur qui appose un sceau sur les aliments qui sont bons pour la santé. L'adhésion au programme, appelé Visez Santé, se fait sur une base volontaire. Le sceau se retrouve dans la circulaire du marchand et sur les tablettes lorsque les aliments, tels que les fruits et les légumes, sont vendus en vrac. La simplicité du sceau, qui devient synonyme de « nutritif et faible en gras », est accompagné d'une adresse Internet²⁵ qui réfère à un site où le consommateur peut obtenir plus d'information. De plus, le logo est accompagné d'un message explicatif qui renseigne sur le contenu de l'aliment et explique comment il fait partie d'une saine alimentation.

En général, le coût de la mise sur pied et du maintien des programmes volontaires figurent parmi les principales difficultés éprouvées. En fait, pour mettre sur pied un programme d'information aux consommateurs, il faut commencer par sélectionner, dans le cas des aliments, les produits qui adhèrent aux messages qui est véhiculé. Pour subventionner cette étape, les manufacturiers intéressés doivent, comme dans le cas du programme de la Fondation des maladies du cœur, déboursier un certain montant pour que soit étudié le dossier d'un aliment. Le produit peut porter le logo seulement s'il répond à des critères nutritionnels spécifiques qui sont actuellement les mêmes qui sont utilisés par Santé Canada. Ainsi, ce programme n'est présentement pas en vigueur pour tous les aliments car il demande une participation volontaire de la part des compagnies. Il serait cependant souhaitable que l'examen menant à l'obtention ou non du logo devienne obligatoire et pas nécessairement réservé à quelques produits alimentaires «élites» dont les compagnies sont commanditaires. Ceci soulève donc la question suivante: est-ce que toute information qui peut aider un consommateur à faire un choix éclairé, que ce soit pour sa santé ou pour une autre raison, est un outil potentiel de marketing? Actuellement, le logo est une mesure coûteuse et difficile à gérer pour les milliers de produits vendus en magasin.

²⁵ <http://www.healthcheck.org>

Selon les partenaires du projet, pour les personnes âgées ayant de la difficulté à lire ou qui sont plus visuelles, un logo est généralement plus efficace car il attire l'attention et indique de façon simple et concise qu'une information veut être transmise concernant cet aliment. Cependant, les partenaires ont mentionné qu'il est très important que ce logo ne soit pas discriminatoire. Il ne faut surtout pas utiliser des illustrations trop détaillées qui caricaturent ou stéréotypent les personnes âgées. Il ne faut pas non plus qu'un logo sur un aliment en augmente le coût unitaire. Bien manger ne doit pas être réservé uniquement aux personnes qui en ont les moyens.

Selon les partenaires du projet, ce moyen de communication des informations nutritionnelles est une avenue à considérer pour la population des 50 à 65 ans, atteintes de maladies cardio-vasculaires. Ces personnes peuvent aussi cibler plus rapidement les aliments santé. Il faudrait cependant que ce logo devienne obligatoire pour tous les aliments qui répondent aux critères nutritionnels désirés. De plus, il faut que la structure qui gère ce logo se base sur des critères d'évaluation sévères et mette sur pied un programme d'inspections régulières.

Parmi les moyens de communiquer l'information nutritionnelle, le logo est le plus populaire auprès des personnes interrogées lors des groupes de discussion. Ces personnes ont affirmé que c'est une mesure simple, rapide et qui permet de faire des choix santé sans avoir à lire et comprendre tout le contenu des étiquettes. Par contre, les logos doivent être imprimés assez gros et sur le devant des emballages ou à un endroit qui est bien visible lorsque l'aliment est sur les tablettes. En effet, les personnes interrogées lors des groupes de discussion ne connaissaient pas le logo du programme Visez Santé. En fait, elles ne l'avaient jamais aperçu. En le regardant (lors des groupes de discussion, un pain de marque *Bon matin* portant le logo, était placé au milieu de la table), elles ont fait le commentaire que celui-ci était trop petit et qu'il n'attirait pas le regard. Les gens interrogés ont aussi mentionné qu'il est important qu'il y ait un seul logo, facilement identifiable. Toutes les personnes interrogées ont posé la question à savoir pourquoi Santé Canada ne rendait pas obligatoire ce type de logo pour tous les aliments qui répondent aux critères «nutritifs et faibles en gras». Ces consommateurs proposent donc que le gouvernement canadien adopte un système de logo et qu'il mette sur pied un département

qui vérifierait les produits régulièrement. On a aussi suggéré de faire de la publicité pour ce logo afin que tout le monde puisse le reconnaître, le repérer facilement et connaître sa signification. L'augmentation du coût des aliments constitue la plus grande crainte des consommateurs concernant la mise en œuvre d'un tel système.

Points à retenir

- **Un logo imprimé sur les emballages des aliments qui sont bons pour le cœur, accompagné d'un message explicatif qui renseigne sur le contenu de l'aliment et qui explique comment il fait partie d'une saine alimentation, est le moyen de communication le plus apprécié des personnes ciblées par le projet.**
- **Les aliments qui sont susceptibles d'être bons pour le cœur devraient obligatoirement être testés par Santé Canada et, s'ils répondent aux critères nutritionnels, porter un logo qui indiquerait que l'aliment est un choix santé.**
- **Le logo doit être bien visible sur les emballages des aliments.**
- **Le fait qu'un aliment porte un logo ne doit pas en faire augmenter le coût.**
- **Le système de logo obligatoire pourrait être géré par Santé Canada, être accordé selon des critères d'évaluation sévères et faire partie d'un programme d'inspections régulières.**

2.3- Une centrale d'information

Les centrales d'information sont souvent directement liées aux lignes 1-800 que l'on peut retrouver sur les emballages ou dans un dépliant. Suite à la discussion avec les différents partenaires du projet, il semble que les numéros de téléphone sur les paquets d'emballage des aliments ou dans les dépliants distribués dans les magasins d'alimentation, ne constituent pas une action prioritaire. En effet, le public a souvent de la difficulté à s'exprimer verbalement et il ne veut surtout pas révéler sa condition physique. Cet argument est d'autant plus vrai chez les personnes plus âgées. Il peut aussi être très imprudent d'aider quelqu'un par téléphone si on ne connaît pas toute sa condition de

santé. Selon les partenaires, très peu de gens et surtout, très peu de personnes âgées utilisent les lignes 1-800 inscrites sur les paquets d'emballage ou dans les dépliants. Elles agissent ainsi par timidité ou par peur de ne pas être comprises. Il faudrait donc envisager d'évaluer la pertinence des dépenses reliées à la gestion d'un tel service.

Les groupes de discussion sont arrivés aux mêmes conclusions. Les lignes 1-800 ne sont pas utilisées. Une seule personne sur tous les gens rencontrés avait tenté d'entrer en contact avec une centrale d'information pour une question qui n'était pas reliée à la qualité nutritive de l'aliment en question. Cette personne a abandonné le téléphone après une heure d'attente sans réponse. Les personnes interrogées disent ne pas faire confiance aux personnes qui travaillent dans les centrales d'information car elles prétendent qu'elles ne sont pas des professionnels de la santé et qu'elles représentent les intérêts de l'industrie.

Point à retenir

- **Les centrales d'information (lignes 1-800) ne sont pas utilisées par les personnes âgées de 50 à 65 ans pour obtenir des informations nutritionnelles. La principale raison évoquée est le manque de confiance dans la compétence et la formation des employés de ces centrales.**

2.4- Les dépliants en magasin et les informations sur les tablettes

Les dépliants distribués dans les magasins d'alimentation, par la poste, etc. peuvent être utilisés comme moyen de communication de l'information nutritionnelle. Par contre, selon les partenaires du projet, très peu de gens lisent l'information présentée sous cette forme.

Toujours selon les avis des différents partenaires du projet, l'affichage nutritionnel sur les tablettes est aussi un autre moyen très peu utilisé par les consommateurs. Le conseil donné par les partenaires est que si le dépliant ou l'affichage sur les tablettes sont utilisés,

il est très important que l'information transmise soit d'une très grande qualité. Il faut que celle-ci soit simple, vulgarisée, tout en se basant sur des données scientifiques récentes et très rigoureuses.

Lors des groupes de discussion, la plupart des personnes rencontrées ont dit prendre les informations sur les tablettes lorsqu'elles étaient présentées sous forme des recettes. Sinon, il semble que ce ne soit pas tellement populaire comme moyen de communication des informations nutritionnelles. Lors du dernier groupe de discussion, deux personnes ont signifié qu'elles apprécieraient que des informations nutritionnelles soient affichées aux comptoirs des fruits et légumes et des aliments en vrac. En effet, cette information leur permettrait de connaître la valeur nutritive de ces aliments.

Points à retenir

- **Les dépliants et les informations sur les tablettes des épiceries ne sont pas populaires auprès des personnes âgées de 50 à 65 ans, à l'exception des suggestions de recettes santé.**
- **Les personnes interrogées ont suggéré que l'on puisse retrouver des affiches expliquant les valeurs nutritives des fruits et légumes frais et des aliments en vrac.**

2.5- Les campagnes d'information et de sensibilisation

Selon les partenaires du projet, des rencontres et des séances d'information pour les personnes âgées dans les magasins d'alimentation ou dans tout autre endroit, semblent un bon moyen de communication pour transmettre les informations nutritionnelles. C'est d'ailleurs un moyen préconisé par la Fondation des maladies du cœur. En effet, ces rencontres permettent d'enseigner aux personnes âgées les principes de base d'hygiène alimentaire, la composition de base des produits de consommation courante, le rôle des

éléments nutritifs qui composent les aliments (macro et micro nutriments), l'importance de l'équilibre et la variété des aliments consommés quotidiennement, en quantités nécessaires mais, proportionnelles aux besoins de chacun (sexe, activités, charpentes osseuses, etc.).

Évidemment, les partenaires du projet ont soutenu que les séances d'information doivent absolument être données par des représentants du corps médical spécialisés dans le domaine de la nutrition. L'information doit être transmise dans un langage simple, clair et précis, tout en reposant sur les données scientifiques les plus récentes dans le domaine.

Sur les quinze personnes interrogées lors des groupes de discussion, onze personnes ont affirmé qu'elles se déplaceraient pour assister à des séances d'information. Elles ont cependant spécifié que ces rencontres doivent être données par des professionnels de la santé; cet aspect est primordial. À ce sujet, les personnes interrogées ont déploré le fait que souvent, le corps médical n'accorde pas assez de temps pour informer les gens sur les bonnes habitudes alimentaires. Elles aimeraient rencontrer plus souvent les médecins et les diététistes afin qu'elles soient mieux orientées dans leur façon de s'alimenter relativement à leur condition de santé. Le problème, actuellement, est que les consultations chez les nutritionnistes ne sont pas toujours couvertes par les assurances. De plus, les nutritionnistes n'ont pas encore beaucoup de moyens financiers pour faire de la publicité ou de la représentation auprès des consommateurs. Cela explique souvent le fait que ces professionnels ne semblent pas toujours présents. Ensuite, les personnes interrogées ont dit avoir de moins en moins confiance envers le corps médical. Elles ont l'impression que les médecins et les diététistes ne sont pas assez objectifs parce qu'ils sont achetés par les compagnies de produits alimentaires. Finalement, les personnes invitées aux groupes de discussion ont beaucoup aimé l'expérience. Les groupes de discussion leur ont permis d'échanger avec des gens qui vivent des problèmes de santé et d'alimentation semblables. Ces groupes de discussion pourraient constituer un excellent moyen de communication.

Points à retenir

- **Les campagnes d'information et de sensibilisation sont un bon moyen de communication des informations nutritionnelles, à la condition qu'elles soient données par des nutritionnistes ou des diététistes.**
- **Les campagnes d'information et de sensibilisation ne doivent pas avoir comme objectif la promotion et la publicité d'aliments spécifiques.**
- **Le concept des groupes de discussion est une excellente façon de sensibiliser la population à une saine alimentation.**

2.6- Les démonstrations et les dégustations en magasin

À la suite de la discussion avec les partenaires, il semble que les démonstrations et les dégustations dans les magasins d'alimentation ne semblent pas être un très bon moyen de communication des informations nutritionnelles pour la population ciblée par le projet. En effet, celles-ci ne renseignent pas sur la qualité nutritive des produits. Le plus souvent, ces dégustations s'inscrivent dans une stratégie de marketing. De plus, elles peuvent induire en erreur les consommateurs. En effet, l'information véhiculée par des personnes qui ne connaissent pas bien le sujet de la nutrition peut être fautive et entraîner des conséquences sur la santé des consommateurs. Les personnes qui ont des intérêts commerciaux dans l'industrie alimentaire ne devraient pas transmettre une information qui est destinée à la santé de la population.

Selon les partenaires, une campagne de sensibilisation et d'éducation ne pourrait s'en tenir uniquement à ce moyen de communication. Par contre, il peut être combiné à d'autres moyens comme, à la dégustation d'aliments portant des logos santé afin de démontrer que les bons aliments n'ont pas toujours aussi mauvais goût comme le laisse croire la tendance populaire.

À la suite des groupes de discussion, il a été convenu par les personnes interrogées que les démonstrations et les dégustations en magasin sont réalisées dans un objectif de marketing. Les gens ont dit ne pas avoir du tout confiance en ce moyen de communication des informations nutritionnelles, puisque les personnes qui font ces dégustations n'ont aucune formation en nutrition. C'est pour cette raison que les personnes interrogées disent ne jamais demander des renseignements sur les aliments dans ce type de kiosque.

Points à retenir

- **Les démonstrations et les dégustations en magasin ne sont pas des moyens de communication utilisés par les personnes âgées de 50 à 65 ans et atteintes d'une maladie cardio-vasculaire pour faire des choix d'aliment santé.**
- **Les personnes interrogées déplorent que les démonstrations et les dégustations en magasin soient uniquement du marketing.**

2.7- La cassette vidéo ou audio, les publicités, les émissions de télévision

Lors la rencontre avec les partenaires du projet, l'utilisation de la cassette audio ou vidéo pour transmettre l'information nutritionnelle à la population ciblée par le projet a été proposée. Ces cassettes pourraient être vendues à un coût minime, transmettraient une information validée par les autorités compétentes en santé, comme des médecins et des diététistes ainsi que diverses réglementation. Les partenaires affirment que le corps médical est très important pour tous les sujets reliés à la santé. L'information transmise devient ainsi plus crédible et le consommateur développe une plus grande confiance envers le message transmis. Par contre, il faut tenir compte qu'actuellement, la formation en nutrition chez les médecins est minimale. Les nutritionnistes demeurent donc les ressources principales pour les sujets reliés à l'alimentation.

Selon les partenaires, ces moyens de transmettre l'information permettrait aux personnes âgées, qu'elles soient auditives ou visuelles, et/ou ayant un niveau d'alphabétisation moins élevé, de bien saisir l'information nutritionnelle. Selon le sondage de l'Institut national de la nutrition (INN), réalisé en 1999, les émissions de radio et de télévision sont des sources d'informations qui sont beaucoup utilisées chez les canadiens plus âgés (INN,1999). Il est très important cependant que la sensibilisation soit constante et soutenue pour que se maintiennent des habitudes de consommation. Cette expérience a été vécue aux États-Unis où les résultats d'une étude ont démontré que, bien que des activités de relations publiques bien organisées puissent attirer l'attention des différents médias et jouer un rôle important dans les campagnes de promotion de la santé, il est nécessaire que la sensibilisation soit constante et soutenue (Reger et al.,2000).

L'idée de la cassette audio ou vidéo n'a cependant pas soulevé un grand intérêt chez la population consultée durant les groupes de discussion. Les gens se la procureraient peut-être si elle était gratuite, mais ce n'est pas garanti qu'ils l'écouteraient ou la regarderaient. Les gens on dit ne pas être intéressés par cette idée car ils disent qu'il y a déjà beaucoup d'émissions de télévision et de publicités télévisées relatives à l'alimentation. Les personnes interrogées ont dit qu'elles aimeraient qu'il y ait plus d'émissions de télévision enseignant comment cuisiner des plats santé qui correspondraient à leur situation. Il faudrait que ces émissions soient diffusées à des heures de grande écoute pour atteindre le maximum de consommateurs. Les personnes interrogées ont aussi proposé que le gouvernement adopte le concept de *flash infos* ou des publicités à la télévision qui pourraient faire la promotion d'aliments santé ou de logos santé qui sont imprimés sur les emballages des aliments.

Points à retenir

- **Les cassettes vidéo ou audio ne sont pas des moyens de communication de l'information nutritionnelle appréciés par la population ciblée par le projet.**
- **Par contre, les émissions de radio et de télévision sont des moyens de communication efficaces pour transmettre des informations nutritionnelles pour les personnes âgées de 50 à 65 ans.**

- **Les personnes âgées de 50 à 65 ans souhaitent qu'il y ait davantage d'émissions de télévision, diffusées durant les heures de grande écoute, leur enseignant à cuisiner des recettes santé.**
- **Les personnes âgées de 50 à 65 ans et atteintes de maladies cardio-vasculaires proposent qu'il y ait plus de publicité télévisée sur les aliments santé et sur les logos santé.**

2.8- Internet

Selon les partenaires du projet, il ne semble pas que l'information sur la nutrition retrouvée sur les sites Internet soit beaucoup utilisée comme source d'information par les consommateurs canadiens âgés entre 50 et 65 ans. Plusieurs compagnies dans le domaine de la nutrition investissent actuellement leurs efforts dans la création de sites Internet, mais il semble que ces sites ne sont pas consultés. Ce moyen de communication des informations nutritionnelles pour la population visée par le projet, n'est pas une avenue que les partenaires du projet considèrent. Certes, il peut sûrement rejoindre une infime partie de la population ciblée, mais les partenaires croient que les efforts et l'argent doivent être investis ailleurs pour développer des moyens de communication de l'information nutritionnelle plus efficaces. De plus, l'Internet peut parfois conduire à la «désinformation». En effet, il n'y a aucun moyen de contrôler tout ce qui est écrit et affirmé. Certains auteurs de sites peuvent se dire des spécialistes alors qu'ils ne le sont pas du tout.

Les personnes invitées aux groupes de discussion ont confirmé ce que les partenaires avaient avancé sur l'utilisation de l'Internet pour communiquer les informations nutritionnelles. En effet, ces personnes ont affirmé ne pas avoir Internet à la maison (une seule personne sur quinze avait Internet à la maison et disait s'en servir pour trouver des informations nutritionnelles relativement à sa condition) et que même si elles l'avaient, elles ne consulteraient pas les sites. La principale raison évoquée était le manque de confiance dans la validité de l'information véhiculée dans Internet.

Points à retenir

- **Internet n'est pas une source d'information utilisée par les personnes âgées de 50 à 65 ans et atteintes de maladies cardio-vasculaires pour trouver des informations nutritionnelles.**
- **Il est très difficile de contrôler la qualité de l'information affichée dans Internet et les personnes âgées de 50 à 65 ans ne font pas confiance à ce moyen.**

2.9- Les livres de recettes, magazines et journaux spécialisés en nutrition ou non, cours de cuisines, concept des menus sur mesure.

Il existe aussi d'autres moyens de communication des informations nutritionnelles qui peuvent rejoindre une certaine clientèle. Par exemple, la Fondation des maladies du cœur, par l'entremise d'un programme appelé Cœur atout^{mc}, offre à travers le Canada des cours de cuisine santé et d'alimentation santé. Durant ce cours, une diététiste donne, par exemple, les moyens à prendre pour améliorer la valeur nutritive des repas, des conseils pour des emplettes judicieuses et pour des choix de menus santé à faire au restaurant. Ce programme a aussi permis de publier des livres de recettes santé. Finalement, il existe des restaurants qui participent au programme et qui offrent à leurs clients des menus qui sont bons pour la santé. Effectivement, un logo est apposé à côté des plats qui contiennent moins de sel et de matières grasses.

Il y a aussi le Guide alimentaire canadien, produit par Santé Canada, qui peut servir de référence pour équilibrer son alimentation. Ce guide a évolué avec les années et ne comprend plus le nombre de portions nécessaires à la bonne alimentation, mais suggère aux gens de mettre de la variété dans leur alimentation. Cependant, ce guide n'est pas aussi reconnu chez les personnes âgées que chez les plus jeunes. En effet, seulement 54% des Canadiens âgés de 55 à 64 ans se souviennent avoir vu l'arc-en-ciel du Guide (INN, 1999).

Finale­ment, il com­mence à se dé­velop­per des ser­vices de traiteurs qui offrent des menus sur mesure conçus spé­cia­le­ment pour les per­son­nes en perte d'au­tonomie. Par exemple, il y a une en­tre­prise à Laval ap­pelée Menus sur Mesure Inc., qui offre des mets équi­librés à faibles coûts, faibles en ma­tières grasses et ré­duits en sel. Ils font la livraison à domicile. La pré­si­dente de cette en­tre­prise, qui est dié­té­ti­ste, constate que beaucoup de per­son­nes âgées (50 % de la clien­tèle est constituée de per­son­nes âgées) font affaire avec les menus. Il y a des menus traditionnels comme le pâté chinois mais aussi des découvertes culinaires pour les per­son­nes âgées comme du spaghetti végétarien au tofu. L'Institut de cardiologie de Montréal recommande à ses patients suivis en insuffisance cardiaque, les menus offerts par cette en­tre­prise. Ces menus sont recommandés en insuffisance cardiaque mais aussi en chirurgie (post-chirurgie) chez les per­son­nes âgées en perte d'au­tonomie, etc.

Les livres de recettes sont très appréciés des gens interrogés pour les groupes de discussion. Cependant, les recettes doivent être faciles à faire, rapides et avoir bon goût. Pour ce qui est des menus sur mesure, beaucoup de gens ont manifesté un vif intérêt pour ce concept. La population interrogée souhaite qu'il y ait davantage d'entreprises qui puissent distribuer ce type de menu. C'est un concept idéal pour les per­son­nes seules, pour celles qui éprouvent des difficultés à préparer des repas elles-mêmes, ou pour les consommateurs en général qui souhaitent manger des repas santé et rapides.

Les informations sur la nutrition communiquées par des articles dans certains journaux ou magazines qui ne sont pas spécialisés dans le domaine de la nutrition, ne sont pas lues par les per­son­nes interrogées. En effet, celles-ci doutent de la validité des sources et encore une fois, prétendent qu'il y a trop d'intentions cachées de marketing. Elles ont aussi déploré le fait qu'elles ne savent plus qui ou quoi croire en nutrition. À cet effet, l'exemple du lait est revenu à plusieurs reprises comme étant un aliment santé aux yeux de certains scientifiques ou dangereux selon les recherches par d'autres. Les per­son­nes interrogées ont dit être actuellement très confuses face aux vagues d'information sur la nutrition que nous connaissons ces dernières années. Elles ont l'impression qu'il y a des «modes» dans le domaine et que celles-ci sont guidées par des intérêts strictement commerciaux.

Points à retenir

- **Les livres de recettes santé sont très populaires auprès des personnes âgées de 50 à 65 ans et atteintes de maladies cardio-vasculaires. Pour être appréciées, les recettes doivent être faciles, rapides à faire et avoir bon goût.**
- **Les personnes âgées de 50 à 65 ans et atteintes de maladies cardio-vasculaires n'ont pas confiance dans la validité de l'information publiée dans des journaux ou magazines qui ne sont pas spécialisés en nutrition.**
- **Le concept des menus santé bons pour le cœur et livrés à domicile ou servis dans les restaurants, est une idée que les personnes ciblées par le projet apprécient beaucoup.**
- **Il devient de plus en plus difficile pour la population de démêler la bonne de la mauvaise information transmise sur la nutrition. Les gens ont l'impression que les informations scientifiques sur les valeurs nutritives des aliments se basent davantage sur des besoins de mise en marché que de santé de la population.**

2.10- Commentaires généraux des groupes de discussion et de la réunion avec les partenaires

Au cours des groupes de discussion, un élément est revenu souvent. En effet, les personnes interrogées semblent porter une très grande importance au goût et au plaisir de manger. Même si elles sont atteintes de maladies cardio-vasculaires ou souffrent d'un facteur de risque comme l'hypertension, les personnes interrogées avouent "tricher" souvent sur la façon de s'alimenter. Elles vont donc s'offrir leur dessert préféré ou arroser leur viande d'une sauce peut-être trop grasse ou trop salée. Elles semblent dire que les aliments qui sont bons pour leur santé manquent de goût. À ce sujet, elles donnent l'exemple des fromages faibles en gras et en sel. Il est aussi parfois très difficile de changer ses habitudes alimentaires après l'âge de 50 ans. Pour cette raison, ces personnes souhaitent que les jeunes soient mieux informés de l'importance d'une bonne alimentation sur leur santé. Certaines des personnes interrogées pensent qu'il est un peu tard pour elles de changer des habitudes bien établies depuis plusieurs années.

Bien manger, selon la population consultée, devient de plus en plus complexe à cause de la grande variété d'aliments qu'il y a sur le marché actuellement. Ce vaste éventail de produits rend encore plus difficile la tâche de choisir des aliments santé. De plus, ces personnes admettent que presque tous les aliments préparés contiennent trop de sucre, de sel, de matières grasses et d'additifs alimentaires. Elles croient que souvent, tous ces ajouts ne sont peut-être pas nécessaires et qu'ils sont présents seulement pour attirer et stimuler les papilles gustatives des consommateurs. Au restaurant, il est actuellement très difficile de trouver des mets qui sont bons pour la santé, ni trop gras, ni trop salés, ni trop sucrés et qui demeurent malgré tout savoureux. Les personnes interrogées ont suggéré de mettre dans les épiceries, des sections consacrées aux aliments qui seraient bons pour les gens atteints de maladies cardio-vasculaires, comme on le fait actuellement pour les aliments biologiques. Ainsi, ce serait plus rapide et moins compliqué pour choisir des aliments santé.

Le coût des aliments est aussi un argument qui est ressorti des groupes de discussion. Très souvent, les aliments santé (aliments naturels et biologiques, par exemple) coûtent plus cher.

Points à retenir

- **Le bon goût des aliments et le plaisir de manger, demeurent des arguments de poids non négligeables chez les personnes de 50 à 65 ans et atteintes de maladies cardio-vasculaires et ils influencent le choix de leurs aliments.**
- **La vaste gamme de produits alimentaires vendus dans les magasins d'alimentation complexifie la tâche des personnes âgées de 50 à 65 ans et atteintes de maladies cardio-vasculaires de choisir des aliments santé en fonction de leur condition.**
- **Le coûts des aliments est très important. La population ciblée de veut pas payer davantage pour des aliments santé.**

2.11- Conclusions

Il existe plusieurs moyens de communiquer l'information nutritionnelle à la population ciblée par cette étude, mais la valeur de ceux-ci varie énormément. Nous considérons d'abord que certains moyens de communication ont peu d'effets sur la qualité de l'information nutritionnelle. Les centrales d'information (lignes 1-800), les dépliants en magasin, les dégustations et les démonstrations en magasin, les cassettes vidéo ou audio, la publicité commanditée par les entreprises de fabrication de produits alimentaires et l'Internet constituent des moyens peu efficaces de transmettre l'information nutritionnelle à la population ciblée.

Le logo constitue le meilleur moyen d'informer les personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires et ce, autant pour les participants aux groupes de discussion que pour les partenaires que nous avons consultés. Tous considèrent que cet outil est simple et fiable si la démarche menant à son apposition est rigoureuse et bien encadrée. Le programme Visez Santé de la Fondation des maladies du cœur du Québec constitue un bon exemple de démarche rigoureuse visant à aider les consommateurs à acheter des produits favorisant la santé cardio-vasculaire. Les partenaires de l'étude tout comme les participants aux groupes de discussion ont souhaité que ce programme, actuellement volontaire, s'étende à tous les produits alimentaires. Nous sommes d'avis que Santé Canada devrait instaurer un programme d'examen obligatoire de tous les produits alimentaires qui mènerait à l'apposition d'un logo sur les produits favorisant la santé cardio-vasculaire. Ainsi, cela faciliterait grandement l'information pour les personnes désirant consommer des produits bons pour le cœur, tout en évitant des coûts supplémentaires pour les fabricants de produits alimentaires et pour les consommateurs.

Un tel logo est d'autant plus souhaité que l'information nutritionnelle contenue sur les emballages est soit difficile à interpréter (le tableau d'information nutritionnelle et la liste des ingrédients), soit difficile à lire (la liste des ingrédients) ou soit peu crédible (les allégations nutritionnelles). Nous souhaiterions que dans le cadre de la nouvelle réglementation, l'information nutritionnelle contenue sur les emballages devienne plus

facile à interpréter – surtout pour les personnes âgées de 50 ans et plus qui sont en général moins scolarisées que le reste de la population canadienne – par différents moyens. En premier lieu, le pourcentage de l'apport quotidien recommandé devrait être inscrit pour tous les éléments du tableau d'information nutritionnelle, car l'information en milligrammes, en grammes ou en millilitres ne permet pas aux consommateurs de bien évaluer la qualité nutritive des aliments. En second lieu, les termes devraient être simplifiés ou expliqués. Par exemple, il serait souhaitable que les termes « polyinsaturés », « monoinsaturés » ou « saturés » pour définir les différents types de matières grasses soient interprétés quant à leur effet sur le cœur. Ainsi, Santé Canada pourrait exiger qu'un logo indiquant que les gras saturés sont défavorables à la santé cardio-vasculaire soit apposé. En troisième lieu, la liste des ingrédients devrait être inscrite en plus gros caractères, afin de permettre aux personnes plus âgées de la lire. Finalement, Santé Canada devrait contribuer à améliorer la crédibilité des allégations sur les emballages. Pour les participants aux groupes de discussion, ces allégations sont plus ou moins crédibles, alors qu'elles le sont en réalité puisqu'elles sont réglementées par Santé Canada. Les allégations constituent un moyen simple de communiquer l'information nutritionnelle et Santé Canada devrait contribuer à améliorer leur crédibilité en informant la population sur leur véracité. Une telle information pourrait se retrouver soit sur l'emballage, soit par un autre moyen de communication, comme la publicité à la radio, à la télévision ou dans les médias écrits.

La publicité constitue un bon moyen complémentaire et d'appui au texte sur l'emballage et aux logos. Nous sommes d'avis que Santé Canada devrait utiliser ce moyen afin d'aider la population ciblée à comprendre la liste des ingrédients et le tableau d'information nutritionnelle, à croire davantage aux allégations nutritionnelles et à connaître le système de logo qui pourrait s'appliquer à tous les aliments. La publicité doit être émise par un organisme neutre et impartial qui n'a pas d'intérêts commerciaux afin que sa crédibilité soit reconnue. Nous sommes d'avis que Santé Canada pourrait se charger de cette publicité ou le faire en partenariat avec des organismes n'ayant aucun intérêt commercial.

Certains moyens plus ciblés et de moins grande étendue peuvent favoriser une meilleure information nutritionnelle chez la population ciblée. Les cours de cuisine orientés vers les menus santé, les services spécialisés de traiteurs en menus santé et les livres de recettes santé pourraient être bien appréciés par la population ciblée. Bien entendu, de telles initiatives pourraient difficilement être entreprises par Santé Canada, mais nous sommes d'avis que le ministère pourrait les appuyer par un programme d'aide ou de subvention.

Les campagnes d'information et de sensibilisation, par le biais de séances d'information, constituent un bon moyen d'appuyer les autres méthodes d'information. Elles permettent aux consommateurs de mieux assimiler l'information transmise par les textes sur les emballages, les logos et la publicité. Pour que de telles rencontres remplissent bien leur rôle, il est important qu'elles soient données par des professionnels, tels que les nutritionnistes et les diététistes. Nous sommes d'avis que Santé Canada devrait favoriser la tenue de telles rencontres. Nous avons utilisé ce moyen d'information dans le cadre de cette étude et la prochaine partie traitera de la tenue de séances d'information.

3- Séances d'information

3.1- Organisation et contenu des séances

Comme il a été mentionné dans la partie précédente, les séances d'information constituent un moyen apprécié des partenaires et des participants aux groupes de discussion pour communiquer l'information nutritionnelle aux personnes âgées de 50 ans et plus atteintes de maladies cardio-vasculaires. Nous avons utilisé ce moyen chez la population en organisant dix rencontres d'information dans les supermarchés Loblaws de la région de Montréal, de Saint-Hyacinthe, de Saint-Sauveur et de Québec (voir la liste des séances en annexe 7). Ces séances ont été données à tour de rôle par deux nutritionnistes : Hélène Gayraud, qui œuvre à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal et Stéphanie Allaire, qui intervient à l'Institut de cardiologie de Montréal. La publicité de ces séances a été faite dans les magasins où elles se déroulaient²⁶, ainsi que dans les journaux de quartier et les Centres locaux de services communautaires (voir l'annexe 8 pour un exemple de communiqué de presse). Au total, 47 personnes ont participé aux séances, dont voici le plan.

²⁶ Cette publicité a été faite par le biais du Calendrier des activités publié par Loblaws et distribué en magasin. Dans certains cas, nous n'avons pas pu faire inclure la publicité en raison des dates de tombée du calendrier. À l'annexe 7, il est mentionné si la publicité a été faite dans le Calendrier d'activités.

ATELIERS D'INFORMATION SUR L'ÉTIQUETAGE NUTRITIONNEL AUPRÈS DES 50-65 ANS ATTEINTS DE MALADIES CARDIO-VASCULAIRES OU DE FACTEURS DE RISQUES

CONTENU DES ATELIERS – MARS ET AVRIL 2002

Préparé par Stéphanie Allaire et Hélène Gayraud, Nutritionnistes

1. Sondage – test : niveau de connaissances des participants

2. Quels sont les éléments nutritifs à surveiller?

2.1 Les gras

- pourquoi (niveau de cholestérol sanguin, gras dans les artères) ;
- bons gras (polyinsaturés et monoinsaturés) : où les trouve-t-on? (huiles végétales – olive, canola, noix et graines, poissons, œufs oméga-3, etc.) ;
- mauvais gras (saturés et trans ou hydrogénés) : où les trouve-t-on? viandes (sauf poisson), beurre, produits laitiers, margarine hydrogénée, shortening d'huile végétale, saindoux) ;
- cholestérol : moins important que les mauvais gras à surveiller : où en trouve-t-on? (fruits de mer, abats, œufs, ...) ;
- comparer les quantités entre produits (par exemple : pourcentage de gras des fromages).

2.2 Le sel

- pourquoi (rétention d'eau, hypertension, endommagement des artères) ;
- aliments riches en sel (référer à la feuille d'une alimentation modérée en sodium : condiments, jus de tomates/légumes en conserve, poisson en conserve, jambon, soupes déshydratées ou en conserve, etc.) ;

- mots à repérer sur les étiquettes (sel – même de mer, d'herbes, naturel, de céleri, sodium, sodique, sodé, bicarbonate de sodium, soda à pâte, sulfite ou bisulfite de sodium, etc.) ;
- alternatives : épices, fines herbes, substituts (attention aux médicaments qui sont pris !).

2.3 Les fibres

- pourquoi (effets positifs au niveau du cholestérol sanguin ET ailleurs) ;
- aliments riches en fibres (fruits et légumes avec pelure et non cuits, produits céréaliers de blé entier, son d'avoine, germe de blé, graine de lin, etc.) ;
- trucs pour enrichir au quotidien : légumes crus, ajouter germe de blé, son d'avoine ou graine de lin dans recettes de muffins, soupe, céréales, yogourt, etc. ;
- comparer les produits entre eux ;
- attention : tout pain brun ne l'est pas à cause de son contenu en fibres!!! (exemple à voir plus loin).

3. Comment voir tout ça sur l'étiquette?

3.1 Retour sur l'exercice fait dans le sondage ;

3.2 Modèle d'étiquette margarine OLIVINA : quoi regarder sur le tableau d'information nutritionnelle ? ;

- grosseur de portion ;
- quantités (g, mg), bientôt en % de la valeur quotidienne recommandée ;
- mots retrouvés (lipides, glucides, protéines, gras saturés, poly, etc) ;

- allégations : « faible en gras saturés », « sans cholestérol », « source de monoinsaturés ».
 - o Quoi penser de ces allégations? Vrai ou faux? Peuvent-elles nous guider? OUI, les compagnies répondent à des critères de Santé Canada qui effectue un suivi étroit du respect de ces critères.
 - o PAR CONTRE :
 - Ce n'est pas parce que ces aliments contiennent moins de quelque chose (par exemple, du gras) que l'on doit en manger plus : l'effet s'annule!
 - Certaines allégations peuvent être mal interprétées (« sans cholestérol », « léger »)
 - o « Faible en gras », « x% moins de sel », « Source élevée de fibres » sont des exemples de bons guides

3.3 Comment lire la liste des ingrédients (exemples inclus dans la pochette)

- exemple d'un jus et d'un cocktail ;
- exemple de margarines non hydrogénée et hydrogénée ;
- ordre d'importance des ingrédients ;
- noms scientifiques – repérer types de gras et sel surtout.

3.4 Exercices (exemples inclus dans la pochette)

- étiquette œufs oméga-3 ;
- pâtes blanches versus pâtes de blé entier (fibres) ;
- quiche (portion réelle non égale à la portion de l'étiquette) ;
- pain de blé entier versus pain brun non à 100% de blé entier ;

- soupe *Lipton* régulière versus soupe lipton réduite en sel.

3.5 Logo Visez-Santé (dépliant inclus dans la pochette)

- signification, Fondation des maladies du cœur ;
- volontarisme et \$ pour les compagnies ;
- vérifier si les participants aimeraient aussi un logo régi par Santé Canada (comme les groupes de discussion) ;
- critères pour porter le logo : teneur en sel, sucre, gras, fibres.

4. Période de questions

5. Évaluation et questionnaire

Nous avons distribué une pochette d'information aux participants des séances d'information (voir le contenu de la pochette à l'Annexe 9). Les documents qui étaient inclus dans la pochette ont été utilisés afin de permettre aux participants de suivre le déroulement de la rencontre (feuille sur les gras, dépliant du programme Visez-Santé, Guide alimentaire canadien et feuilles sur le sodium) et de faire des exercices (feuilles contenant les étiquettes).

3.2- Niveau de connaissance des participants aux séances d'information

Nous avons également distribué un questionnaire aux participants avant le début des séances d'information afin d'évaluer leurs connaissances sur les éléments à nutritifs à surveiller lorsqu'on est atteint de maladies cardio-vasculaires et sur l'étiquetage (le questionnaire se retrouve à l'annexe 10). Ce questionnaire a été rempli par 43 participants.

3.2.1- Questions sur les éléments nutritifs à surveiller

À la première question, les répondants devaient répondre que les éléments à surveiller le plus sont le gras, le sel, le sucre et les fibres ; le gras, le sel et le sucre sont nuisibles à la santé du cœur, tandis que les fibres sont favorables à une meilleure condition cardio-vasculaire. Sur les répondants, 34 ont dit qu'il fallait surveiller le gras, 22 ont dit qu'il fallait surveiller le sucre, 13 ont dit qu'il fallait surveiller le sel et aucun a répondu qu'il fallait surveiller les fibres. Les réponses à ces questions indiquent que les gens sont bien sensibilisés aux effets des matières grasses et du sucre pour la santé cardio-vasculaire, mais que les effets du sel sont relativement peu connus et les bienfaits des fibres pour le cœur sont pratiquement inconnus.

La deuxième question visait à faire inventorier les connaissances des participants sur les types de gras à éviter. La bonne réponse était les gras saturés et les gras trans. Voici la répartition des réponses parmi les 43 répondants :

- trans et saturés : 6 répondants ;
- trans: 2 répondants ;
- saturés : 6 répondants ;
- cholestérol, trans ou hydrogénés et saturés : 1 répondant ;
- cholestérol : 6 répondants ;
- saturés et cholestérol : 3 répondants ;
- trans et cholestérol : 4 répondants ;
- monoinsaturés et cholestérol : 1 répondant ;
- monoinsaturés, saturés, trans et cholestérol : 1 répondant ;
- monoinsaturés et saturés : 1 répondant ;
- monoinsaturés : 1 répondant ;

- monoinsaturés, polyinsaturés et saturés : 1 répondant ;
- polyinsaturés, saturés et cholestérol : 2 répondants ;
- polyinsaturés : 5 répondants ;
- aucune réponse : 3 répondants.

Le nombre de personnes ayant eu exactement la bonne réponse est faible (6), tout comme il y a peu de répondants qui ont eu une réponse complètement mauvaise (8). Nous remarquons qu'un nombre important de personnes (17) ont mentionné le cholestérol, alors que depuis quelques années, ce type de gras n'est plus considéré comme étant le plus à surveiller. Le gras trans a été mentionné à 14 reprises, ce qui est bon car ce terme est relativement nouveau dans la terminologie. Il faut aussi remarquer qu'un nombre non négligeable de répondants (8) ont mentionné les gras polyinsaturés comme étant à surveiller, alors que ce gras favorise la santé cardio-vasculaire. À la lumière des réponses fournies aux deux premières questions qui portaient sur les éléments nutritifs à surveiller, les connaissances des participants étaient plutôt moyennes.

3.2.2- Questions sur la compréhension des étiquettes

Les questions suivantes portaient sur la compréhension de l'étiquetage.

3.2.2.1- Les allégations « sans »

À l'affirmation «Les mentions « sans gras », « sans sucre » et « sans sel » signifient qu'il y n'y a pas de ces éléments», la réponse était faux. En effet, selon Santé Canada, il y a un seuil de tolérance pour ces allégations (par exemple : 0,1 % de gras pour la mention « sans gras »). Les réponses à cette question étaient majoritairement exactes, avec 30 bonnes réponses, 12 personnes ayant répondu « vrai » et une personne ayant répondu « oui et non, selon le fabricant ». Ces réponses indiquent que les consommateurs rencontrés comprennent assez bien la signification de ces allégations.

3.2.2.2- Le logo Visez Santé

Le logo Visez santé de la Fondation des maladies du cœur, qui se retrouve sur les emballages demeure plus ou moins connu. Une seule personne a eu exactement la bonne réponse, en mentionnant qu'il s'agit du sceau d'approbation de la Fondation des maladies du cœur du Québec. Quatorze personnes ont assez bien répondu en mentionnant que ce logo signifiait que l'aliment était bon pour la santé ou qu'il comprenait de bons éléments nutritifs. Cinq participants ont fourni une réponse vague faisant allusion à une diète ou de la nécessité de faire attention à l'alimentation. Trois participants ont mentionné que ce logo signifiait que le produit suivait les indications du Guide alimentaire canadien. Vingt personnes n'ont pas répondu à cette question ou ont répondu qu'elles ne le savaient pas.

Ceci démontre que le logo Visez santé de la Fondation des maladies du cœur a besoin d'être publicisé davantage. Si Santé Canada décidait de mettre sur pied un programme de logo universel, il faudra s'assurer que le logo soit bien visible et que ce programme soit bien publicisé afin de le faire connaître à la population.

3.2.2.3- Interprétation d'un tableau d'information nutritionnelle

La dernière question visait à tester les aptitudes d'interprétation d'un tableau d'information nutritionnelle. Les participants devaient calculer la quantité de matières grasses contenue dans une quiche lorraine individuelle de 200 grammes à partir de l'étiquette, qui énonçait la quantité de matières grasses par portion de 110 grammes (voir l'étiquette de la quiche lorraine qui se retrouve à l'annexe 9). Sur l'étiquette, il était mentionné qu'une portion de 110 grammes contenait 15 grammes de matières grasses et pour avoir la bonne réponse, le participant devait calculer la quantité de gras pour les 200 grammes que pèse la quiche, ce qui équivaut à environ 28 grammes de matières grasses. Les résultats démontrent un problème important d'interprétation du tableau d'information nutritionnelle, puisque seulement sept participants ont trouvé la bonne réponse. Trente-deux personnes ont répondu que la quiche contenait 15 grammes de matières grasses, ce

qui signifie qu'ils n'ont pas tenu compte du fait que les quantités inscrites sur l'étiquette se basent sur une portion différente de la portion individuelle vendue.

Les réponses fournies à la dernière question indiquent que le tableau d'information nutritionnelle peut être facilement mal interprété dans l'état actuel, surtout que la pratique de baser les quantités d'éléments nutritifs selon des portions établies de façon plutôt arbitraire constitue une pratique courante chez les fabricants de produits alimentaires. Nous suggérons que Santé Canada prenne des mesures afin d'uniformiser davantage les portions de référence servant à établir les quantités d'éléments nutritifs. Dans le cas des portions individuelles, nous suggérons que Santé Canada oblige les fabricants à inscrire les quantités pour la portion complète.

3.3- Appréciation des participants des séances d'information

Nous avons demandé aux participants de répondre à un sondage sur leur appréciation des séances d'information (voir annexe 11 pour les questions du sondage). En tout, 44 personnes ont répondu au sondage. Le sondage visait à répondre aux cinq affirmations suivantes en mentionnant s'ils étaient parfaitement d'accord, plutôt d'accord, plus ou moins d'accord, plutôt en désaccord ou totalement en désaccord :

- les participants ont appris beaucoup sur la nutrition ;
- les participants ont appris beaucoup sur l'étiquetage des aliments ;
- cette session aide les participants à mieux se nourrir ;
- les participants ont apprécié cette session d'information ;
- les participants recommanderait cette session à des parents amis qui vivent des problèmes cardiaques ;

Les participants ont généralement répondu très positivement à ces questions. En tout, 31 personnes ont affirmé qu'ils étaient parfaitement d'accord avec toutes les affirmations du

questionnaire et aucune n'a mentionné qu'elle était plutôt ou totalement en désaccord avec une des affirmations. Les autres réponses sont réparties comme suit :

- les participants ont appris beaucoup sur la nutrition : six personnes plutôt d'accord et trois personnes plus ou moins d'accord ;
- les participants ont appris beaucoup sur l'étiquetage des aliments : huit personnes plutôt d'accord et une personne plus ou moins d'accord ;
- cette session aide les participants à mieux se nourrir : six personnes plutôt d'accord et deux personnes plus ou moins d'accord ;
- les participants ont apprécié cette session d'information : deux personnes plutôt d'accord ;
- les participants recommanderait cette session à des parents amis qui vivent des problèmes cardiaques : tous les participants étaient parfaitement d'accord.

3.4- Conclusion

Les réponses données par les participants à ce sondage démontrent l'utilité des séances d'information et viennent confirmer ce qui était énoncé dans la partie précédente sur la pertinence de telles activités pour améliorer la communication des informations nutritionnelles chez la population ciblée. De plus, le fait que le niveau d'information de la population ciblée soit plus ou moins élevé ajoute à la pertinence de tenir de telles activités. Lors de ces rencontres d'information, les participants et les personnes chargées de fournir les salles de réunion chez Loblaws ont souhaité qu'un tel événement se répète. Nous avons même reçu des appels de la part de certains responsables de marchés Loblaws afin de savoir si nous avons l'intention de répéter l'événement à l'automne 2002.

La participation à ces séances a été plutôt faible et ce, malgré les efforts de publicité. À l'avenir, il faudrait mieux impliquer les intervenants du milieu de la santé afin qu'ils

puissent annoncer ces activités auprès de leurs patients et de la communauté. Les annonces dans les journaux, les CLSC et les endroits où se tiennent les ateliers ne suffisent pas à attirer un grand nombre de personnes et nous sommes d'avis que si l'événement se répète, il faudra intervenir de façon plus ciblée sans toutefois renoncer aux moyens qui ont été utilisés ici.

Conclusion

La problématique de l'information nutritionnelle pour les personnes âgées de 50 à 65 ans atteintes de maladies cardio-vasculaires est complexe et touche des enjeux importants. Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce rapport, les maladies cardio-vasculaires constituent la première cause de mortalité au Canada et touche plus particulièrement les personnes âgées de 50 ans et plus. Il existe une grande variété de maladies reliées au cœur comme en témoigne la section décrivant celles-ci. Leurs causes sont multiples et les personnes qui en sont atteintes réunissent souvent plus d'un facteur de risque.

Dans le cadre de cette étude, nous avons choisi de nous attaquer à un des nombreux facteurs de risque pour ce type de maladie, soit la mauvaise alimentation. Une alimentation riche en gras saturés et trans ou hydrogénés, en sodium et en sucre constituent des facteurs de risque importants pour les maladies cardio-vasculaires. Les personnes désirant réduire les risques reliés à l'alimentation devraient réduire la consommation de ces produits, en plus de favoriser une alimentation plus riche en gras monoinsaturés et polyinsaturés, en fibres et en vitamines.

La volonté de s'alimenter de façon saine pour la santé cardio-vasculaire doit être suivie par une information complète, précise, crédible, facilement accessible et simple. Ceci est particulièrement vrai pour les personnes âgées de 50 ans et plus, qui nécessitent une information peu complexe, facilement identifiable et compréhensible. La revue de la littérature, la rencontre avec les partenaires œuvrant auprès des personnes âgées et des personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires, les groupes de discussion et les séances d'information en ont démontré la nécessité. Actuellement, le niveau de compréhension en matière de besoins nutritionnels et d'information nutritionnelle semble plus ou moins élevé et des améliorations doivent être apportées afin d'aider ce groupe de la population à faire des choix santé éclairés.

Santé Canada travaille actuellement sur un nouveau règlement en vue d'améliorer l'information nutritionnelle que l'on retrouve sur les étiquettes des aliments. Une fois cette nouvelle réglementation mise en place, Santé Canada devra proposer une stratégie d'éducation et de sensibilisation de la population canadienne qui aidera les consommateurs à tirer le meilleur parti possible du nouveau système d'étiquetage nutritionnel.

Cette stratégie devrait d'abord écarter certains moyens de communiquer l'information nutritionnelle à la population ciblée par cette étude. Nous sommes d'avis que les centrales d'information (lignes 1-800), les dépliants en magasin, les dégustations et les démonstrations en magasin, les cassettes vidéo ou audio, la publicité commanditée par les entreprises de fabrication de produits alimentaires et l'Internet constituent des moyens peu efficaces de transmettre l'information nutritionnelle chez la population ciblée.

Par contre, nous sommes d'avis que Santé Canada prenne en considération certaines stratégies ou utilise certains moyens de communication tels que le logo, la publicité à la radio et à la télévision, des programmes d'aide pour des cours de cuisine, des menus sur mesure et des livres de recettes santé et la mise sur pied de campagnes d'information et de sensibilisation, notamment de séances d'information. Ces moyens pourraient appuyer de façon efficace l'information fournie par l'étiquetage nutritionnel et ainsi aider davantage les personnes âgées de 50 ans à 65 ans atteintes de maladies cardio-vasculaires à choisir des aliments favorisant leur santé.

Le logo constitue le meilleur moyen d'informer les personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires. Cet outil est simple et efficace si la démarche menant à son apposition est rigoureuse et bien encadrée. Le programme Visez Santé de la Fondation des maladies du cœur du Québec constitue un bon exemple de démarche rigoureuse visant à aider les consommateurs à acheter des produits favorisant la santé cardio-vasculaire. Nous sommes d'avis que Santé Canada devrait instaurer un programme d'examen obligatoire et sans frais de tous les produits alimentaires qui mènerait à l'apposition d'un logo sur les produits favorisant la santé cardio-vasculaire. Ainsi, cela faciliterait grandement l'accès à l'information pour les personnes désirant consommer des produits favorisant la santé du

cœur, tout en évitant des coûts supplémentaires pour les fabricants de produits alimentaires et pour les consommateurs.

Un tel logo est d'autant plus souhaité qu'actuellement, l'information nutritionnelle contenue sur les emballages est soit difficile à interpréter (le tableau d'information nutritionnelle et la liste des ingrédients), soit difficile à lire (la liste des ingrédients) ou soit peu crédible (les allégations nutritionnelles). Nous souhaiterions que dans le cadre de la nouvelle réglementation, l'information nutritionnelle contenue sur les emballages devienne plus facile à interpréter (surtout pour les personnes âgées de 50 ans et plus qui sont en général moins scolarisées que le reste de la population canadienne) par différents moyens. En premier lieu, le pourcentage de l'apport quotidien recommandé devrait être inscrit pour tous les éléments du tableau d'information nutritionnelle. En second lieu, les termes devraient être simplifiés ou expliqués. Par exemple, il serait souhaitable que les termes « polyinsaturés », « monoinsaturés » ou « saturés » pour définir les différents types de matières grasses soient interprétés quant à leur effet sur le cœur. Ainsi, Santé Canada pourrait exiger qu'un logo indiquant que les gras saturés sont défavorables à la santé cardio-vasculaire soit apposé. En troisième lieu, la liste des ingrédients devrait être inscrite en plus gros caractères, afin de permettre aux personnes plus âgées de la lire. Finalement, Santé Canada devrait contribuer activement à améliorer la crédibilité des allégations sur les emballages. Les allégations constituent un moyen simple de communiquer l'information nutritionnelle et Santé Canada devrait améliorer la diffusion de l'information au sujet de leur véracité. Une telle information pourrait se retrouver soit sur l'emballage, soit par un autre moyen de communication, comme la publicité à la radio, à la télévision ou dans les médias écrits.

La publicité constitue un bon moyen complémentaire, en appui au texte sur l'emballage et aux logos. Nous sommes d'avis que Santé Canada utilise ce moyen afin d'aider la population ciblée à comprendre la liste des ingrédients et le tableau d'information nutritionnelle, à faire davantage confiance aux allégations nutritionnelles et à connaître le système de logo qui pourrait s'appliquer à tous les aliments. La publicité doit être émise par un organisme neutre et impartial qui n'a pas d'intérêts commerciaux afin que sa

crédibilité soit reconnue. Nous suggérons que Santé Canada puisse se charger de cette publicité ou le faire en partenariat avec des organismes n'ayant aucun intérêt commercial.

Certains moyens plus ciblés et de moins grande portée peuvent favoriser une meilleure information nutritionnelle chez la population ciblée. Les cours de cuisine orientés vers les menus santé, les services spécialisés de traiteurs en menus santé et les livres de recettes santé pourraient être bien appréciés par la population ciblée. Bien entendu, de telles initiatives pourraient difficilement être entreprises par Santé Canada, mais nous sommes d'avis que le ministère les appuie par un programme d'aide ou de subvention.

Les campagnes d'information et de sensibilisation, par le biais de séances d'information, constituent un bon moyen d'appuyer les autres moyens de communication. Nous avons testé ce moyen de communiquer l'information nutritionnelle aux personnes appartenant au groupe ciblé par l'étude. Les conclusions de ces séances démontrent que les personnes y ayant participé ont beaucoup appris sur les aliments à surveiller ainsi que sur la façon de lire et d'interpréter les étiquettes. Nous croyons que ce moyen de communication permet aux consommateurs de mieux assimiler l'information transmise par les textes sur les emballages, les logos et la publicité. Pour que de telles rencontres remplissent bien leur rôle, il est important qu'elles soient données par des professionnels, tels que les nutritionnistes et les diététistes. Nous proposons que Santé Canada favorise la tenue de telles séances ou les intègre dans le cadre d'une campagne d'information et de sensibilisation.

Nous estimons que l'information nutritionnelle chez les personnes âgées de 50 à 65 ans atteintes de maladies cardio-vasculaires doit être promue dans le cadre d'une stratégie globale utilisant l'ensemble des stratégies efficaces présentées dans cette étude. Nous croyons qu'un étiquetage nutritionnel plus facile à interpréter, à lire et qui inspire la confiance des consommateurs canadiens est le point de départ d'une telle stratégie. Par contre, l'amélioration de l'étiquetage nutritionnel ne permet pas à lui seul de répondre adéquatement aux besoins de la population ciblée par cette étude. Il est important que l'amélioration de l'étiquetage nutritionnel soit accompagné d'un ensemble d'actions et mesures visant à favoriser la santé cardio-vasculaire des personnes âgées de 50 à 65 ans.

Recommandations

Dans le cadre de l'étude intitulée *Étude des besoins des aînés affectés de problèmes cardiaques à l'égard de l'information nutritionnelle et plan d'action*, Option-consommateurs émet les recommandations suivantes :

- **Que Santé Canada élabore une stratégie ciblée visant à améliorer l'information nutritionnelle auprès des personnes âgées de 50 à 65 ans atteintes de maladies cardio-vasculaires ;**
- **Que cette stratégie se base sur une amélioration de la liste des ingrédients et des tableaux d'information nutritionnelle sur les emballages afin de rendre ceux-ci plus lisibles, plus simples et plus compréhensibles pour le groupe de population ciblé par cette étude ;**
- **Que Santé Canada informe davantage les Canadiens sur la véracité des allégations nutritionnelles contenues sur les emballages de produits alimentaires afin d'augmenter leur crédibilité ;**
- **Que Santé Canada élabore des moyens complémentaires à la liste des ingrédients et aux tableaux d'information nutritionnelle sur les emballages afin de mieux communiquer l'information nutritionnelle à la population ciblée par cette étude ;**
- **Que Santé Canada mette sur pied une procédure d'examen obligatoire des produits alimentaires menant à l'apposition d'un logo qui servirait à identifier les aliments dont les caractéristiques nutritionnelles favorisent à la santé cardio-vasculaire et que cette procédure s'inspire du logo Visez santé de la Fondation**

des maladies du cœur du Québec, sans toutefois occasionner des frais pour les fabricants de produits alimentaires ;

- **Que Santé Canada élabore une campagne publicitaire visant à améliorer l'information nutritionnelle des personnes âgées de 50 à 65 ans atteintes de maladies cardio-vasculaires en expliquant, entre autres, les éléments nutritifs à consommer et à éviter pour améliorer leur santé cardio-vasculaire ;**
- **Que Santé Canada mette sur pied un programme favorisant la production de livres de cuisine santé, la prestation de cours de cuisine et la mise sur pied de services de traiteurs spécialisés en menus santé ;**
- **Que Santé Canada mette sur pied une campagne d'information et de sensibilisation visant à améliorer l'information nutritionnelle des personnes âgées de 50 à 65 ans atteintes de maladies cardio-vasculaires, notamment en organisant des séances d'information.**

Bibliographie

Adams PF, Hendershot GE, and Marano MA. 1999. « Current estimates from the National Health Interview survey, 1996 ». National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 10(200), pages 81-82, 87-90.

American Heart Association. 2000. « 2001 Heart and stroke statistical update ». Dallas, Texas : American Heart Association. <http://www.americanheart.org/statistics/>

Appel, L. J., T. J. Moore, et al. (1997). “A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure.” *New England Journal of Medecine* **336**: 1117-1124.

Benson V and Marano MA. 1998. « Current estimates from the National Health Interview Survey, 1995 ». National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 10(199), pages 79-80.

Bonita, R. (2000). *Women, heart disease, and Stroke: A global perspective*. The first international conference on women, heart diseases and stroke: Science and policy in action, Medscape.

Bush, B. L. (1996). “Evidence for primary and secondary prevention of coronary heart disease in women taking estrogen replacememnt therapy.” *European Heart Journal* **17**(Suppl D): 9-14.

Caulin-Glaser, T. (2000). “Primary prevention of hypertension in women.” *Journal of Clinical Hypertension* **2**(3): 204-209, 214.

Center for Nutrition Policy and Promotion. 1999. « A focus on nutrition for the elderly : it's time to take a closer look ». *Nutrition Insights*, no 14, U.S. Department of Agriculture, July. <http://www.usda.gov/cnpp/insights/insight14.pdf>

Colditz, G. A. (2000). "Prudent Diet." *UpToDate*.

Deedwania, P. (2000). *Hypertension*. ACC Scientific Session.

Denke, M. A. (1992). "Grundy - Comparison of effects of lauric acid and palmitic acid on plasma lipids and lipoproteins." *American Journal of Clinical Nutrition* **56**: 895-898.

Diaz, M. N., B. Frei, et al. (1997). "Antioxidants and atherosclerotic heart disease." *New England Journal of Medicine* **337**: 408.

Fondation des maladies du cœur, 15 janvier 1996, "La Fondation des maladies du cœur lance un avertissement à tous les "Baby Boomers" du Canada". Communiqué de Presse. 4p.

Franklin, F. A. and C. C. Franklin (2000). "Diet for dyslipidemia." *Clinical Review* **Spring**: 39-46.

Gillman, M. W., L. A. Cupples, et al. (1995). "Protective effect of fruits and vegetables on development of stroke in men." *Journal of the American Medical Association* **273**: 1113.

Gruberg, L. (2000). *Vitamins for heart disease prevention: What's hot and what's not*. American Heart Association Scientific Sessions 2000.

Hedner, T. (1998). "Treating hypertension - Effect of treatment and cost-effectiveness in respect to later cardiovascular diseases." *Scandinavian Cardiovascular Journal* **Suppl 47**: 31-35.

Hill and Knowlton. (2000). *Study on nutritional, health and ethical claims in the European Union*. 486 p.

Institut national de la nutrition (INN), Mars 1996. *Food and Nutrition Opportunities in the Seniors' Market: A Situation Analysis*. 84 p.

Institut national de la nutrition (INN), Juin 1999. *Étiquetage nutritionnel: perceptions et préférences des Canadiens*.

Isso, J. L. J., D. Levy, et al. (2000). "Importance of systolic blood pressure in older Americans." *Hypertension* **35**: 1021-1024.

Kim, D. (2000). *Prevention of cardiovascular disease in diabetes*. 60th Scientific Sessions of the American Diabetes Association.

King, K. B. and L. Mosca (2000). "Prevention of heart disease in women: Recommendations for management of risk factors." *Prog Cardiovasc Nurs* **15**(2): 36-42.

Kurtzweil, Paula. 1996. « The new food label : Help in preventing heart disease ». *FDA Consumer*, U.S. Food and Drug Administration/Center for Food Safety and Applied Nutrition, December. <http://www.cfsan.fda.gov/~dms/fdheart.html>

Kurtzweil, Paula. 1993. « Nutrition facts to help consumers eat smart ». *FDA Consumer Special Issue*, U.S. Food and Drug Administration, May. <http://www.fda.gov/fdac/special/foodlabel/facts.html>

Labson, L. H. (1998). "Four commonly seen cardiovascular diseases." *Patient Care* **32**(9): 98-121.

Law, M. R., C. D. Frost, et al. (1991). "By how much does dietary salt reduction lower blood pressure? III. Analysis of data from trials of salt reduction." *BMJ* **302**: 819-824.

- Lecerf, J. M. (1996). "Nutrition et maladies cardio-vasculaires." *Cahier de Nutrition et de Diététique* **31**(5): 283--291.
- Lenhart, S. E. and J. M. Nappi (1999). "Vitamins for the management of cardiovascular diseases: A simple solution to a complex problem?" *Pharmacotherapy* **19**(12): 1400-1414.
- Ley, T. J., M. Thorogood, et al. (1996). "Dietary habits and mortality in 11,000 vegetarians and health conscious people: Results of a 17 year follow up." *BMJ* **313**: 775.
- Ludwig, D. S., M. A. Pereira, et al. (1999). "Dietary fiber, weight gain, and cardiovascular disease risk factors in young adults." *Journal of the American Medical Association* **282**: 1539.
- MAPAQ (Ministère de l'agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec), 14 Février 2001. *Les consommatrices et les consommateurs souhaitent plus d'information.* Sondage sur les organismes génétiquement modifiés (OGM) réalisé par Léger & Léger. Sommaire.2p.
- Mascioli, S., R. Grimm, et al. (1991). "Sodium chloride raises blood pressure in normotensive subjects. The study of sodium and blood pressure." *Hypertension* **17**(Suppl I): I21-I26.
- Oberman, A. (2000). "Role of lipids in the prevention of cardiovascular disease." *Clinical Review* **Spring**: 10-15.
- Phillips, H., A. Broderick, et al. (1997). "Perception, selectivity and decision making at the point of sale." *The International Review of Retail, Distribution and Consumer Research* **7**(1): 79-89.

- Reger, B., Wootan, M.G. et Booth-Butterfield, S., Mai 2000., « A comparison of different approches to promote community-wide dietary change ». (Department of Community Health Promotion, West Virginia University, Morgantown, West Virginia) *American Journal of Prevention Medecine*, Vol 18(4), 5p.
- Report (1999). *The changing face of heart disease and stroke in Canada*. Ottawa, Heart and Stroke Foundation: 107.
- Rimm, E. B., W. C. Willett, et al. (1998). "Folate and vitamin B6 from diet and supplements in relation to risk of coronary heart disease among women." *Journal of the American Medical Association* **279**: 359.
- Salmeron, J., A. Ascherio, et al. (1997). "Dietary fiber, glycemic load, and risk of NIDDM in men." *Diabetes Care* **20**: 545.
- Saltos, Eтта. 1993. « The Food Pyramid-Food Label Connection ». *FDA Consumer*, U.S. Food and Drug Administration/Center for Food Safety and Applied Nutrition, May. <http://www.cfsan.fda.gov/~dms/fdpyramid.html>
- Statistique Canada, 1996a. *Population projetée pour les années 2001, 2006, 2011, 2016, 2021 et 2026 au 1^{er} juillet*. Le Canada en statistique. http://www.ststcan.ca/francais/Pgdb/People/Population/demo23a_f.htm
- Statistique Canada, 1996b. *Niveaux de scolarité et d'alphabétisme*. Les aînés au Canada, Index. <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/seniors/pubs/factoids/fr/no9.htm>
- Sundram, K., K. C. Hayes, et al. (1994). "Dietary palmitic acid results in lower serum cholesterol than does a lauric myristic acid combination." *American Journal of Clinical Nutrition* **59**(841-846).
- Thelle, D. (2000). "Prevention of cardiovascular diseases - a scientific dilemma." *Scandinavian Cardiovascular Journal* **34**(2): 103-105.
- Tijburg, L. B. M., T. Mattern, et al. (1997). "Tea flavonoids and cardiovascular diseases: A review." *Critical Reviews in Food Science and Nutrition* **37**(8): 771-785.

- Tootelian, D. H. and K. Ross (2000). "Product labels: What information do consumers want, and will they believe it?" *Journal of Food Products Marketing* **60**(1): 25-38.
- U.S. Census Bureau. 2001. « Profile of general demographic characteristics for the United States : 2000 ». In *United States Department of Commerce NEWS*, U.S. Census Bureau (15/05/2001). http://www.census.gov/press-release/www/2001/tables/dp_us_2000.pdf
- U.S. Census Bureau. 2001. « The population profile of the United States : 1999. *America at the close of the 20th century* ». Current population reports, Series p23-205, U.S. Government Printing Office, Washington, DC. <http://www.census.gov/population/www/pop-profile/profile1999.html>
- U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health statistics. Requête : « heart disease » (07-09-01). <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/heart.htm>
- U.S. Food and Drug Administration. 1999. « The food label ». FDA/ Center for Food Safety and Applied Nutrition, FDA Backgrounder, May. <http://www.cfsan.fda.gov/~dms/fdnewlab.html>
- U.S. Food and Drug Administration. 1995. « Guide to Nutrition Labeling and Education Act (NLEA) requirements ». The Division of Field Investigations, Office of Regional Operations, Office of Regulatory Affairs, U.S. FDA, February. http://www.fda.gov/ora/inspect_ref/igs/nleatxt.html
- Zock, P. L., J. H. M. De Vries, et al. (1994). "Impact of myristic acid versus palmitic acid on serum lipid and lipoprotein levels in healthy women and men." *Arteriosclerosis Thrombosis* **14**: 567-575.

Annexe 1: Liste des partenaires du projet

Liste des partenaires pour le projet

Nom de l'organisme	Nom de la personne contact	Coordonnées
Santé Canada Division santé publique et population	Pascale Navert, Consultante en programme	Tél.: (514) 496-9242 Fax.: (514) 496-8176 pascale_navert@hc-sc.gc.ca
La Fondation des maladies du cœur	Roxane Guindon, Dt.P	Tél.: (514) 871-8038 poste 237 Fax: (514) 871-5342 roxane.guindon@fmcoeur.qc.ca
Fédération de l'Âge d'Or du Québec (Fadoq)	Louise Aubert	Tél.: (514) 252-3017 Fax: (514) 252-3154 louise.aubert@fadoq.ca
Diététiste (AMPAQ)	Nicole Saint-Jean-Demers Bsc Dt. P.	Tél.: (514) 934-5902 Fax: (514) 931-6831
Institut de cardiologie de Montréal	Joanne Larocque, diététiste	Tél.: (514) 376-3330 poste 3081 lucie.racicot@icm-mhi.org
Université de Montréal Département de nutrition	Guylaine Ferland. Ph.D. Professeure agrégée	Tél.: (514) 340-2800 poste 3236 ferland.guylaine@umontreal.ca
Université de Montréal Département de nutrition	Hélène Gayraud, diététiste Étudiante à la maîtrise	Tél.: (514) 341-1347 hgayraud@hotmail.com

**Annexe 2 Compte-rendu de la rencontre avec les partenaires –
5 septembre 2001**

1- Liste des partenaires présents

Nadine Osborne : Responsable des projets, Santé Canada (**SC**)

Roxanne Guindon : Nutritionniste, Fondation des maladies du cœur (**FMC**)

Louise Aubert : Fédération de l'âge d'or du Québec (**FADOQ**)

Nicole Saint-Jean : Nutritionniste, Association manufacturière en alimentation du Québec (**AMPAQ**)

Johanne Laroque : Diététiste, Institut de cardiologie de Montréal (**ICM**)

Guylène DeMascureau : Recherchiste, Option consommateurs (**Guylène**)

Catherine Bourgault : Recherchiste, Option consommateurs (**Catherine**)

Marie-France Huot : Analyste en agro-alimentaire, Option consommateurs (**Marie-France**)

2- Discussion

2.1- Définition des groupes d'âges chez les personnes âgées

FADOQ: L'adhésion à la FADOQ se fait à partir de 50 ans. Il y a une nouvelle génération d'aînés qui se préoccupe davantage de leur santé et qui croit à l'importance de l'exercice et de l'alimentation. Par contre, il faut mentionner que des personnes de 75 ans et plus peuvent être toujours considérées comme étant semi-actives ou de jeunes retraitées.

SC : Nous identifions trois groupes de personnes âgées, chacune d'elle ayant des besoins spécifiques et des demandes différentes :

- les 50-65 ans, qui sont considérés comme les actifs. Ce groupe représente ceux qui sont en voie de sortir du marché du travail, mais qui y sont toujours présents;

- les 65-75 ans, qui sont considérés comme les semi-actifs ou les jeunes retraités. Les personnes de ce groupe viennent de sortir du marché du travail, mais ils ont une vie toujours active;
- les 75 ans et plus, qui sont en général inactifs.

AMPAQ : Dans la tournée du Bel âge, où j'ai rencontré des gens de tous les âges à partir de 50 ans, j'ai remarqué que l'intérêt pour la nutrition est là. Les gens ont manifesté le besoin de connaître la nutrition. Il est important de vulgariser, les choses les plus élémentaires ont besoin d'être dites et expliquées, alors que les entreprises cherchent à nous bombarder d'informations complexes. On ne peut pas s'imaginer à quel point il est important de transmettre des informations simples. La façon dont on donne l'information est très importante.

FMC : Je me rallie aux trois catégories d'âge mentionnées tout à l'heure. Je crois qu'un moyen de communication peut être bon avec un groupe d'âge et pas bon avec l'autre. L'information doit être la même selon les groupes d'âge, mais le message doit être adapté à chaque tranche d'âge.

ICM : Les besoins sont les mêmes chez les trois catégories de personnes âgées. Mais les personnes les plus âgées sont plus à l'aise de dire qu'ils ne comprennent pas l'information sur la nutrition, alors que les plus jeunes ont plus de difficulté à dire qu'ils ne la comprennent pas.

FADOQ : Les 75 ans et plus ne se préoccupent pas de la nourriture et de sa valeur nutritive. Ils se disent que de toute façon ce n'est pas grave, puisqu'ils vont mourir. Ils se disent aussi qu'ils vont voir leur médecin la semaine prochaine et qu'ils n'ont qu'à faire attention avant d'aller le visiter. Ces gens n'ont pas la capacité de bien comprendre ce qu'on leur veut leur enseigner.

Guylène : En Europe, lorsqu'une personne a 75 ans et plus, on lui fait comprendre qu'elle doit manger, bien et beaucoup. Peut-on considérer que les 75 ans et plus quittent le groupe des personnes qui nous intéressent en raison de leurs besoins différents ?

SC : Peut-on avoir les statistiques des personnes de 50 à 65 ans pour les maladies cardiaques ? Où se situe la problématique ? Les personnes de 75 ans et plus ont des chances plus minces de vivre longtemps. Je me pose des questions sur la pertinence de la question des besoins nutritionnels des gens de cet âge.

AMPAQ : Il y a plus de gens de 50 à 65 ans suivis pour des problèmes de cholestérol et ces gens ont plus de problèmes de surpoids. Les personnes plus âgées ont moins de surplus de poids. Les plus jeunes se questionnent plus sur leur santé et la nutrition, alors que les plus âgés ont des besoins moins criants en nutrition et ont moins le goût de manger.

Catherine : Aux Etats-Unis, les 45-65 ans sont la catégorie cible pour les maladies cardiaques. Ces maladies se déclarent davantage avant 65 ans.

AMPAQ : Y a-t-il lieu de cibler les maladies cardio-vasculaires, alors qu'il y a d'autres maladies importantes ?

Marie-France : Le projet de Santé Canada porte sur les maladies cardiaques.

SC : À Santé Canada, on veut de plus en plus avoir des données probantes. Pour avoir de telles données, il faut cibler des maladies ou des groupes particuliers, développer un modèle et l'appliquer pour d'autres groupes de la population ou d'autres maladie ensuite.

FMC : Dans nos interventions, il faut avoir de l'information sur les autres maladies.

SC : Les maladies cardiaques sont tout de même la deuxième cause de décès au Canada.

FMC : Il faut continuer à conseiller les patients de 75 ans et plus sur la nutrition.

ICM : Il faut améliorer la qualité de vie des personnes âgées qui ont des maladies cardiaques, il faut empêcher qu'elles rechutent. Nous travaillons au cas par cas et il faut savoir jusqu'à quel point il faut les éduquer. Il faut s'adapter aux besoins de chacun.

FADOQ : Chez les patients en fin de vie, surtout en CHSLD, on dénonce le fait qu'on oblige les gens à manger des bonnes choses. Du brocoli, ils n'en ont jamais mangé et ils préfèrent des hot dogs. Les gens veulent continuer leur habitudes. Veut-on les faire vivre

le plus longtemps possible en les obligeant à bien se nourrir, alors qu'ils ne le veulent pas?

AMPAQ : Chez les personnes âgées, on a remarqué que la convivialité, c'est aussi le plaisir de manger. Les gens ont ce plaisir dans leur bons souvenirs. Les gens ont un vécu qu'il faut respecter et c'est pourquoi il faut les sensibiliser à partir de la nourriture qu'ils utilisent. Il ne faut pas forcer les personnes âgées à suivre une diète sévère.

SC : Cela est une des raisons pourquoi le guide alimentaire canadien a été modifié. Il ne comprend plus le nombre de portions nécessaires à la bonne alimentation, mais suggère aux gens de mettre de la variété dans leur alimentation.

AMPAQ : Selon un sondage Léger & Léger, les gens ne regardent pratiquement pas l'étiquette. Il faut trouver une façon de rendre l'étiquette attrayante.

2.2- Les moyens de communication pour diffuser l'information nutritionnelle

FADOQ : Nous croyons que l'Internet n'est pas un bon moyen de communication. Seulement 20 % de la population est branchée à la maison et la proportion est encore plus faible chez les aînés.

SC : Je suis du même avis. Une très faible partie de la population est branchée. Tout le monde met beaucoup d'énergie sur l'Internet, mais ce n'est pas efficace.

FMC : Nous avons lancé il y a environ un an et demi le programme Visez-santé, qui utilise un logo. C'est un programme d'étiquetage des aliments, qui est global en touchant l'ensemble des maladies. Le programme se base sur les ingrédients contenus dans les aliments et leur rapport avec la santé des gens. Les gens ont de la difficulté à comprendre les informations sur la valeur nutritive des aliments qu'on lit sur les étiquettes. Avec un logo, les gens comprennent beaucoup mieux. Pour l'instant, le programme n'est pas en vigueur pour tous les aliments. À notre avis, ce serait mieux si l'étiquetage était obligatoire.

Nous croyons aussi qu'un bon moyen de diffuser l'information et de faire campagne est d'organiser des visites de personnes âgées dans les marchés d'alimentation.

SC : Il faut tenir compte du fait qu'une partie de la population est auditive, qu'une autre est visuelle. Il faut utiliser une variété de stratégies de communication pour s'adapter à la multitude de façons de percevoir l'information. Il faut aussi doser les stratégies et les différents moyens de communication.

ICM : Les étiquettes sont difficiles à déchiffrer et à comprendre. Les termes « léger », « lipides », « protides » sont difficiles à saisir chez les gens. En plus, les informations sur les étiquettes sont écrites en petits caractères. Des étiquettes avec des logos et des couleurs seraient bien meilleures que celles utilisées actuellement.

FMC : Notre logo fonctionne de la manière suivante : une compagnie nous soumet son produit et nous le faisons étudier par un comité scientifique, qui détermine les catégories spécifiques pour chaque ingrédient à valeur nutritive. Par exemple, le comité mesure la teneur en calcium et en gras dans le lait, alors qu'il mesure celle en fibres dans le pain. À partir de ces mesures, la Fondation des maladies du cœur décide si elle appose ou non un logo. La Fondation utilise les mêmes critères que Santé Canada pour l'étiquetage.

La Fondation des maladies du cœur voudrait faire modifier le projet de loi sur l'étiquetage, car les termes seront encore plus incompréhensibles. Par exemple, le terme « matières grasses » deviendra « lipides ».

Nous partons aussi en guerre contre la publicité sur la faible teneur en cholestérol. Nous voulons que ce terme soit enlevé des étiquettes, ou très bien défini.

AMPAQ : L'information est nécessaire et ses différents moyens aussi. Mais beaucoup de gens âgés ne sortent pas beaucoup et ont une faible capacité d'écoute. Si l'étiquetage est libre et que plus de gens de l'industrie embarquent, ça va fonctionner. Il faut trouver des façons réalistes de faire l'étiquetage. Par exemple, les collets sur les emballages coûtent cher et sont fragiles.

Nous sommes en faveur d'un programme d'information visuelle, qui utiliserait un logo, mais il ne faudrait pas que ces logos soient réservés à une classe d'élite chez les entreprises.

Les numéros 1-800 ne sont pas une bonne idée. Ils sont très peu utilisés. Les kiosques d'information dans les supermarchés ne sont pas souhaitables non plus. Le plus souvent, ils tournent à la dégustation marketing et il y a le danger de poursuites en raison du manque de formation des personnes qui tiennent ces kiosques.

Les dépliants peuvent être utilisés, mais on doit surveiller la qualité de l'information. Les cassettes audio et vidéo sont un bon moyen, en autant que le langage soit simple tout en étant vulgarisé par le corps médical.

Quel que soit le moyen de communication, il est important que le langage soit simple, tout en se basant sur de l'information scientifique.

FMC : Les petites entreprises ont des moyens moindres pour l'étiquetage parce qu'ils ont moins de diffusion. Que voulez-vous faire pour rejoindre les gens ?

AMPAQ : Plus il y a de partenaires, moins ça coûte cher. Le logo ne confond pas les gens et ça passe bien. L'intérêt pour l'information nutritionnelle est là, 90 % des maladies étant reliées à l'alimentation. Il faut informer les gens avec de l'information de qualité.

ICM : Depuis un an et demi, les statistiques nous démontrent que notre éducation fonctionne. Il y a moins de réhospitalisations. On cherche à faire réduire le sel chez nos patients, car les gens âgés en mangent trop. Au niveau de l'éducation, il faut aller vers des interventions plus pointues, avec par exemple des informations sur le sel. Il faut cibler des points précis. D'un autre côté, en insuffisance cardiaque, il faut assurer le confort du patient et respecter son choix.

2.3- La préparation de produits spécifiques pour cette population spécifique

Marie-France : Il existe déjà des aliments préparés spécifiques pour des groupes particuliers. Aux États-Unis, il existe des menus pour personnes âgées et au Québec, il y a des menus pour les personnes cardiaques qui sont identifiés avec un petit cœur.

ICM : Nous offrons des services de traiteurs spécialisés pour les patients qui ont de la difficulté à cuisiner ou se déplacer. Nous évaluons les menus de ces traiteurs. Nous élaborons aussi des menus sur mesure pour la santé de nos patients.

SC : Il faut faire attention pour ne pas sortir avec une étiquette « personnes âgées », qui catégoriseraient cette partie de la population.

AMPAQ : Ça prendrait un bon test de marché avant de mettre ce type de produit sur le marché. Il coûte très cher de mettre de nouveaux produits sur le marché. Par contre, nous pouvons très bien utiliser ces produits dans les centres d'hébergement.

Mais j'ai de sérieuses réserves quant à l'utilisation des gens en centres d'hébergement dans l'étude.

SC : Il faut savoir cibler la clientèle. Qui veut-on cibler ? Les personnes dans les centres d'hébergement ? Les personnes à faibles revenus ? Les personnes à plus hauts revenus ? Il faut savoir aussi de quelle façon ces produits seraient adaptés au goût des personnes âgées, qui n'est plus le même.

FADOQ : Il faut savoir dans quel segment de la population âgée nous avons un plus grand pouvoir de changement. La population de 80 ans et plus en CHSLD est peu intéressante. Selon nous, les 50-65 ans sont les plus aptes à assimiler l'information, car ils lisent plus et ils ont plus d'éducation. Quant aux 65-75 ans, ils ont moins d'éducation, ils ont plus d'acquis qu'ils ne veulent pas changer et ils sont plus difficiles à convaincre.

SC : Je n'ai aucun problème à changer de groupe d'âge pour se réorienter vers les 50-65 ans, qui est le plus groupe où les problèmes cardiaques viennent d'être diagnostiqués. On se réorienterait davantage vers la prévention primaire.

AMPAQ : Les gens de 50 à 65 ans ont un réseau et des liens de communication plus serrés. Ils sont plus faciles à rejoindre et à sensibiliser. Il est important de tenir compte de l'agent multiplicateur et c'est dans ce groupe que cet agent est le meilleur.

ICM : Notre clientèle est variée. Nos patients ont de 27 à 85 ans, mais la moyenne d'âge est de 70 ans.

Pour ce qui est des traiteurs, le message passe même chez les employés de l'Institut, qui sont convaincus des bienfaits de ce service. Le réseau de personnes compte beaucoup pour faire passer le message.

AMPAQ : Le programme Cœur Atout, qui utilise un logo, a un gros impact chez les gens, il a eu un gros effet multiplicateur. Parlez-vous de nutrition à la FADOQ ?

FADOQ : La FADOQ est davantage poussée par des dossiers plus politiques et nous n'avons pas le temps et l'espace pour des questions plus fondamentales.

Annexe 3: Publicité ayant servi à annoncer les groupes de discussion

Nous avons besoin de vous

Vous avez entre 50 et 65 ans et souffrez d'une maladie cardio-vasculaire? Que diriez-vous de participer à un groupe de discussion portant sur les informations nutritionnelles que l'on retrouve notamment sur les emballages des aliments? La rencontre, organisée par Option consommateurs, aura lieu à Montréal à la fin du mois de novembre. Rémunération: 25\$/personne. Pour informations ou inscription: Marie-France Huot, (514) 598-7288.

**Annexe 4: Réponses des participants des groupes de discussion
au questionnaire sur les caractéristiques socio-démographiques
et les problèmes de santé cardiaque**

Questionnaire socio-démographique

1 - Votre âge : ___65___

2 – Votre sexe :

Femme ___x___

Homme_____

3 – Votre scolarité :

- Cours secondaire complété ou moins _____x___
- Diplôme d'études collégiales ou équivalent_____
- Premier cycle universitaire (baccalauréat)_____
- Deuxième cycle universitaire ou plus_____

4 – Taille de la famille (indiquez le nombre de personnes qui habitent le même domicile que vous, incluant vous-même)

Nombre : _1_____

5 – Revenu familial:

- moins de 19,999\$_____
- entre 20,000 et 29,999\$_____x_
- entre 30,000 et 39,999\$_____
- entre 40,000 et 49,999\$_____
- entre 50,000 et 59,999\$_____
- entre 60,000 et 69,999\$_____
- plus de 70,000\$_____

6 – Êtes-vous :

- travailleur(se) à temps plein_____
- travailleur(se) à temps partiel_____
- retraité(ée)_____x__
- inactif(ve) pour des raisons de santé_____
- autre(s) _____

7 – De quelle maladie ou condition cardiovasculaire êtes-vous atteint(e)? **ARYTHMIE**

Questionnaire socio-démographique

1 - Votre âge : ____ 60_

2 – Votre sexe :

Femme __x__

Homme _____

3 – Votre scolarité :

Cours secondaire complété ou moins _____ x_

Diplôme d'études collégiales ou équivalent _____

Premier cycle universitaire (baccalauréat) _____

Deuxième cycle universitaire ou plus _____

4 – Taille de la famille (indiquez le nombre de personnes qui habitent le même domicile que vous, incluant vous-même)

Nombre : __ 2__

5 – Revenu familial:

moins de 19,999\$ _____

entre 20,000 et 29,999\$ _____

entre 30,000 et 39,999\$ _____

entre 40,000 et 49,999\$ _____

entre 50,000 et 59,999\$ __x_

entre 60,000 et 69,999\$ _____

plus de 70,000\$ _____

6 – Êtes-vous :

travailleur(se) à temps plein _____

travailleur(se) à temps partiel _____

retraité(ée) __x__

inactif(ve) pour des raisons de santé _____

autre(s) _____

7 – De quelle maladie ou condition cardiovasculaire êtes-vous

atteint(e)? **DÉBLOCAGE À UNE ARTÈRE**

Questionnaire socio-démographique

1 - Votre âge : ___59___

2 – Votre sexe :

Femme ___

Homme _x___

3 – Votre scolarité :

Cours secondaire complété ou moins _____

Diplôme d'études collégiales ou équivalent _x___

Premier cycle universitaire (baccalauréat) _____

Deuxième cycle universitaire ou plus _____

4 – Taille de la famille (indiquez le nombre de personnes qui habitent le même domicile que vous, incluant vous-même)

Nombre : ___1___

5 – Revenu familial:

moins de 19,999\$ _____

entre 20,000 et 29,999\$ _x___

entre 30,000 et 39,999\$ _____

entre 40,000 et 49,999\$ _____

entre 50,000 et 59,999\$ _____

entre 60,000 et 69,999\$ _____

plus de 70,000\$

6 – Êtes-vous :

travailleur(se) à temps plein _____

travailleur(se) à temps partiel _____

retraité(ée) _x___

inactif(ve) pour des raisons de santé _____

autre(s) _____

7 – De quelle maladie ou condition cardiovasculaire êtes-vous

atteint(e)? **ANGINE**

Questionnaire socio-démographique

1 - Votre âge : 64

2 - Votre sexe :

Femme x

Homme _____

3 - Votre scolarité :

Cours secondaire complété ou moins x

Diplôme d'études collégiales ou équivalent _____

Premier cycle universitaire (baccalauréat) _____

Deuxième cycle universitaire ou plus _____ -

4 - Taille de la famille (indiquez le nombre de personnes qui habitent le même domicile que vous, incluant vous-même)

Nombre : 2

5 - Revenu familial:

moins de 19,999\$ _____

entre 20,000 et 29,999\$ _____

entre 30,000 et 39,999\$ _____

entre 40,000 et 49,999\$ x

entre 50,000 et 59,999\$ _____

entre 60,000 et 69,999\$ _____

plus de 70,000\$ _____

6 - Êtes-vous :

travailleur(se) à temps plein _____

travailleur(se) à temps partiel _____

retraité(ée) _____

inactif(ve) pour des raisons de santé x

autre(s) _____

7 - De quelle maladie ou condition cardiovasculaire êtes-vous

atteint(e)? **INSUFFISANCE CARDIAQUE (VALVE)**

Questionnaire socio-démographique

1 - Votre âge : ___50__

2 – Votre sexe :

Femme _____

Homme __x__

3 – Votre scolarité :

Cours secondaire complété ou moins _____

Diplôme d'études collégiales ou équivalent __x__

Premier cycle universitaire (baccalauréat) _____

Deuxième cycle universitaire ou plus _____

4 – Taille de la famille (indiquez le nombre de personnes qui habitent le même domicile que vous, incluant vous-même)

Nombre : ___4__

5 – Revenu familial:

moins de 19,999\$ _____

entre 20,000 et 29,999\$ _____

entre 30,000 et 39,999\$ _____

entre 40,000 et 49,999\$ _____

entre 50,000 et 59,999\$ _____

entre 60,000 et 69,999\$ __x__

plus de 70,000\$ _____

6 – Êtes-vous :

travailleur(se) à temps plein _____

travailleur(se) à temps partiel _____

retraité(ée) _____

inactif(ve) pour des raisons de santé __x__

autre(s) _____

7 – De quelle maladie ou condition cardiovasculaire êtes-vous

atteint(e)? **GREFFÉ CARDIAQUE**

Questionnaire socio-démographique

1 - Votre âge : 63

2 – Votre sexe :

Femme _____

Homme x

3 – Votre scolarité :

Cours secondaire complété ou moins _____

Diplôme d'études collégiales ou équivalent x

Premier cycle universitaire (baccalauréat) _____

Deuxième cycle universitaire ou plus _____

4 – Taille de la famille (indiquez le nombre de personnes qui habitent le même domicile que vous, incluant vous-même)

Nombre : 2

5 – Revenu familial:

moins de 19,999\$ _____

entre 20,000 et 29,999\$ _____

entre 30,000 et 39,999\$ _____

entre 40,000 et 49,999\$ _____

entre 50,000 et 59,999\$ x

entre 60,000 et 69,999\$ _____

plus de 70,000\$ _____

6 – Êtes-vous :

travailleur(se) à temps plein _____

travailleur(se) à temps partiel _____

retraité(ée) _____

inactif(ve) pour des raisons de santé x

autre(s) _____

7 – De quelle maladie ou condition cardiovasculaire êtes-vous

atteint(e)? **CLASSE 3**

Questionnaire socio-démographique

1 - Votre âge : __ 49 __

2 – Votre sexe :

Femme _____

Homme __x__

3 – Votre scolarité :

Cours secondaire complété ou moins __x__

Diplôme d'études collégiales ou équivalent _____

Premier cycle universitaire (baccalauréat) _____

Deuxième cycle universitaire ou plus _____

4 – Taille de la famille (indiquez le nombre de personnes qui habitent le même domicile que vous, incluant vous-même)

Nombre : __ 1 __

5 – Revenu familial:

moins de 19,999\$ _____

entre 20,000 et 29,999\$ _____

entre 30,000 et 39,999\$ __x__

entre 40,000 et 49,999\$ _____

entre 50,000 et 59,999\$ _____

entre 60,000 et 69,999\$ _____

plus de 70,000\$ _____

6 – Êtes-vous :

travailleur(se) à temps plein _____

travailleur(se) à temps partiel _____

retraité(ée) __x__

inactif(ve) pour des raisons de santé _____

autre(s) _____

7 – De quelle maladie ou condition cardiovasculaire êtes-vous

atteint(e)? **INSUFFISANCE CARDIAQUE**

Questionnaire socio-démographique

1 - Votre âge : 58

2 - Votre sexe :

Femme _____

Homme x

3 - Votre scolarité :

Cours secondaire complété ou moins x

Diplôme d'études collégiales ou équivalent _____

Premier cycle universitaire (baccalauréat) _____

Deuxième cycle universitaire ou plus _____ -

4 - Taille de la famille (indiquez le nombre de personnes qui habitent le même domicile que vous, incluant vous-même)

Nombre : 3

5 - Revenu familial:

moins de 19,999\$ _____

entre 20,000 et 29,999\$ _____

entre 30,000 et 39,999\$ x

entre 40,000 et 49,999\$ _____

entre 50,000 et 59,999\$ _____

entre 60,000 et 69,999\$ _____

plus de 70,000\$ _____

6 - Êtes-vous :

travailleur(se) à temps plein _____

travailleur(se) à temps partiel _____

retraité(ée) x

inactif(ve) pour des raisons de santé _____

autre(s) _____

7 - De quelle maladie ou condition cardiovasculaire êtes-vous

atteint(e)? **GREFFÉ CARDIAQUE**

Questionnaire socio-démographique

1 - Votre âge : 57

2 – Votre sexe :

Femme x

Homme _____

3 – Votre scolarité :

Cours secondaire complété ou moins _____

Diplôme d'études collégiales ou équivalent x

Premier cycle universitaire (baccalauréat) _____

Deuxième cycle universitaire ou plus _____

4 – Taille de la famille (indiquez le nombre de personnes qui habitent le même domicile que vous, incluant vous-même)

Nombre : 2

5 – Revenu familial:

moins de 19,999\$ _____

entre 20,000 et 29,999\$ _____

entre 30,000 et 39,999\$ x

entre 40,000 et 49,999\$ _____

entre 50,000 et 59,999\$ _____

entre 60,000 et 69,999\$ _____

plus de 70,000\$ _____

6 – Êtes-vous :

travailleur(se) à temps plein _____

travailleur(se) à temps partiel _____

retraité(ée) x

inactif(ve) pour des raisons de santé _____

autre(s) _____

7 – De quelle maladie ou condition cardiovasculaire êtes-vous

atteint(e)? **FIBRILATION AURICULAIRE, VALVE MITRALE, PACEMAKER**

Questionnaire socio-démographique

1 - Votre âge : 65

2 – Votre sexe :

Femme x

Homme _____

3 – Votre scolarité :

Cours secondaire complété ou moins x

Diplôme d'études collégiales ou équivalent _____

Premier cycle universitaire (baccalauréat) _____

Deuxième cycle universitaire ou plus _____

4 – Taille de la famille (indiquez le nombre de personnes qui habitent le même domicile que vous, incluant vous-même)

Nombre : 1

5 – Revenu familial:

moins de 19,999\$ x

entre 20,000 et 29,999\$ _____

entre 30,000 et 39,999\$ _____

entre 40,000 et 49,999\$ _____

entre 50,000 et 59,999\$ _____

entre 60,000 et 69,999\$ _____

plus de 70,000\$ _____

6 – Êtes-vous :

travailleur(se) à temps plein _____

travailleur(se) à temps partiel _____

retraité(ée) x

inactif(ve) pour des raisons de santé _____

autre(s) _____

7 – De quelle maladie ou condition cardiovasculaire êtes-vous

atteint(e)? ANGINE

Questionnaire socio-démographique

1 - Votre âge : 65

2 – Votre sexe :

Femme x

Homme _____

3 – Votre scolarité :

Cours secondaire complété ou moins x

Diplôme d'études collégiales ou équivalent _____

Premier cycle universitaire (baccalauréat) _____

Deuxième cycle universitaire ou plus _____

4 – Taille de la famille (indiquez le nombre de personnes qui habitent le même domicile que vous, incluant vous-même)

Nombre : 2

5 – Revenu familial:

moins de 19,999\$ x

entre 20,000 et 29,999\$ _____

entre 30,000 et 39,999\$ _____

entre 40,000 et 49,999\$ _____

entre 50,000 et 59,999\$ _____

entre 60,000 et 69,999\$ _____

plus de 70,000\$ _____

6 – Êtes-vous :

travailleur(se) à temps plein _____

travailleur(se) à temps partiel _____

retraité(ée) x

inactif(ve) pour des raisons de santé _____

autre(s) _____

7 – De quelle maladie ou condition cardiovasculaire êtes-vous

atteint(e)? **HYPERTENSION (SUIVI EN CARDIOVASCULAIRE)**

Questionnaire socio-démographique

1 - Votre âge : 62

2 - Votre sexe :

Femme x

Homme _____

3 - Votre scolarité :

Cours secondaire complété ou moins _____

Diplôme d'études collégiales ou équivalent x

Premier cycle universitaire (baccalauréat) _____

Deuxième cycle universitaire ou plus _____

4 - Taille de la famille (indiquez le nombre de personnes qui habitent le même domicile que vous, incluant vous-même)

Nombre : 2

5 - Revenu familial:

moins de 19,999\$ _____

entre 20,000 et 29,999\$ x

entre 30,000 et 39,999\$ _____

entre 40,000 et 49,999\$ _____

entre 50,000 et 59,999\$ _____

entre 60,000 et 69,999\$ _____

plus de 70,000\$ _____

6 - Êtes-vous :

travailleur(se) à temps plein _____

travailleur(se) à temps partiel _____

retraité(ée) _____

inactif(ve) pour des raisons de santé x

autre(s) _____

7 - De quelle maladie ou condition cardiovasculaire êtes-vous

atteint(e)? **MYOCARDE**

Questionnaire socio-démographique

1 - Votre âge : 48

2 – Votre sexe :

Femme x

Homme _____

3 – Votre scolarité :

Cours secondaire complété ou moins _____

Diplôme d'études collégiales ou équivalent _____

Premier cycle universitaire (baccalauréat) _____

Deuxième cycle universitaire ou plus _____

4 – Taille de la famille (indiquez le nombre de personnes qui habitent le même domicile que vous, incluant vous-même)

Nombre : 2

5 – Revenu familial:

moins de 19,999\$ _____

entre 20,000 et 29,999\$ _____

entre 30,000 et 39,999\$ _____

entre 40,000 et 49,999\$ x

entre 50,000 et 59,999\$ _____

entre 60,000 et 69,999\$ _____

plus de 70,000\$ _____

6 – Êtes-vous :

travailleur(se) à temps plein _____

travailleur(se) à temps partiel _____

retraité(ée) _____

inactif(ve) pour des raisons de santé _____

autre(s) À MON COMPTE

7 – De quelle maladie ou condition cardiovasculaire êtes-vous

atteint(e)? ARYTHMIE

Questionnaire socio-démographique

1 - Votre âge : 60

2 – Votre sexe :

Femme

Homme x

3 – Votre scolarité :

Cours secondaire complété ou moins x

Diplôme d'études collégiales ou équivalent

Premier cycle universitaire (baccalauréat)

Deuxième cycle universitaire ou plus

4 – Taille de la famille (indiquez le nombre de personnes qui habitent le même domicile que vous, incluant vous-même)

Nombre : 2

5 – Revenu familial:

moins de 19,999\$

entre 20,000 et 29,999\$

entre 30,000 et 39,999\$ x

entre 40,000 et 49,999\$

entre 50,000 et 59,999\$

entre 60,000 et 69,999\$

plus de 70,000\$

6 – Êtes-vous :

travailleur(se) à temps plein

travailleur(se) à temps partiel

retraité(ée) x

inactif(ve) pour des raisons de santé

autre(s) _____

7 – De quelle maladie ou condition cardiovasculaire êtes-vous

atteint(e)? **GREFFÉ CARDIAQUE**

Questionnaire socio-démographique

1 - Votre âge : 58

2 - Votre sexe :

Femme _____

Homme x

3 - Votre scolarité :

Cours secondaire complété ou moins _____

Diplôme d'études collégiales ou équivalent _____

Premier cycle universitaire (baccalauréat) x

Deuxième cycle universitaire ou plus _____

4 - Taille de la famille (indiquez le nombre de personnes qui habitent le même domicile que vous, incluant vous-même)

Nombre : 1

5 - Revenu familial:

moins de 19,999\$ x

entre 20,000 et 29,999\$ _____

entre 30,000 et 39,999\$ _____

entre 40,000 et 49,999\$ _____

entre 50,000 et 59,999\$ _____

entre 60,000 et 69,999\$ _____

plus de 70,000\$ _____

6 - Êtes-vous :

travailleur(se) à temps plein _____

travailleur(se) à temps partiel _____

retraité(ée) _____

inactif(ve) pour des raisons de santé Convalescence

autre(s) _____

7 - De quelle maladie ou condition cardiovasculaire êtes-vous

atteint(e)? ATHÉROSCLÉROSE

**Annexe 5: Questionnaire ayant guidé les animateurs du groupe
de discussion**

Questions pour les groupes de discussion

1. Sur quelles informations vous basez-vous pour faire des choix d'aliments en fonction de votre condition de santé? En d'autres mots, sur quelles informations vous basez-vous lorsque vous faites votre épicerie ou mangez au restaurant pour choisir vos aliments?

2. Que pensez-vous de ces moyens de communiquer l'information nutritionnelle? Parmi ceux-ci, lesquels utilisez-vous le plus souvent pour sélectionner vos aliments?
 - Le texte sur l'emballage incluant la liste des ingrédients, les allégations nutritionnelles ainsi que le tableau d'information nutritionnelle,
 - Les logos sur les paquets d'emballage (*Leur demander s'ils connaissent le logo de la Fondation des maladies du cœur*),
 - Une centrale d'information (lignes 1-800) dont le numéro est communiqué aux consommateurs via une inscription sur un paquet, sur un dépliant, ou dans le cadre d'une campagne d'information,
 - Les dépliants en magasin,
 - Les campagnes d'information et de sensibilisation données par le corps médical (dans les épiceries, par exemple),
 - Les démonstrations et les dégustations en magasin,
 - Les cassettes vidéo ou audio, les publicités télévisées et les émissions de télévision reliées à la nutrition (cours de cuisine, recettes, etc.),
 - Internet,

- Livres de recettes, revues, journaux spécialisés en nutrition ou non, cours de cuisine, menus sur mesure.
3. Éprouvez-vous des difficultés avec certains termes inscrits sur les paquets d'emballage des aliments?

 4. Finalement, quel(s) moyen(s) serait le meilleur ou le plus approprié pour vous afin de vous transmettre des informations nutritionnelles qui vous permettraient de faire des choix d'aliments santé et appropriés à votre condition?

Annexe 6: Analyse des propos tenus par les participants aux groupes de discussion – ensemble des trois groupes

Question

Sur quelles informations vous basez-vous pour faire des choix d'aliments en fonction de votre condition de santé? En d'autres mots, sur quelles informations vous basez-vous lorsque vous faites votre épicerie ou mangez au restaurant pour choisir vos aliments? Quels moyens de communication de l'information nutritionnelle vous attire le plus et pourquoi? Que pensez-vous de ces moyens de communiquer l'information nutritionnelle? Parmi ceux-ci, lesquels utilisez-vous le plus souvent pour sélectionner vos aliments?

Réponse

- **Liste des ingrédients** (qui fait partie de l'information sur l'emballage): Les gens portent leur attention sur le sucre, le sel et le gras (matières grasses). Beaucoup de personnes ont compris que plus un ingrédient est au début de la liste, plus il est en grande quantité. Certaines personnes surveillent les aliments qu'ils n'ont pas droit de cette façon. Par exemple, un homme nous a dit qu'il regarde toujours s'il y a de la glucosamine. Une personne a dit qu'elle porte attention sur les additifs. Si le sucre arrive en premier, on laisse l'aliment de côté. Ils portent aussi une attention particulière au sel. Les gens ont mentionné qu'il est très difficile de trouver des aliments sans sel ou sucre ou avec peu de sel et de sucre. De nos jours, on ajoute du sucre partout, même dans les aliments qui en n'ont pas besoin. En générale, on trouve cette liste trop longue (time consuming.) (exemple: les céréales) ce qui décourage lors de la lecture. À cause de cela, beaucoup de personnes ne lisent pas la liste des ingrédients. C'est aussi trop scientifique (beaucoup d'ingrédients dont on ne connaît pas l'utilité) et incompréhensible aux yeux de plusieurs personnes. Dans les repas préparés, les gens regardent le nombre de calories et aussi, ils regardent quel est le premier ingrédient sur la liste des ingrédients. Si le sucre ou le sel est en premier, la plupart des gens rejettent catégoriquement l'aliment. Mais on se fie beaucoup au goût plutôt qu'à la liste des ingrédients. Si ça ne goûte pas bon, on n'en achète plus. Cette liste, on la regarde surtout une fois revenue à la maison. On ne veut pas traîner ses lunettes et

prendre des heures dans les allées. C'est déjà assez pénible de faire l'épicerie pour certaines de ces personnes. La liste des ingrédients, le tableau, c'est écrit trop petit et parfois trop pâle. On ne se sent pas apte à comprendre l'information fournie sur les emballages car c'est souvent trop scientifique. Par exemple, que veut dire Riboflavine? La question du coût est aussi très importante. Les produits santé coûtent très chers. à cause de cela, on associe ces deux termes: quand c'est santé, c'est nécessairement cher. On veut que les informations sur les emballages soient écrites de façon à être "lisibles", on souhaite éliminer certaines informations pour que ce soit moins lourd. On veut même afficher les OGM. Même si on grossissait les caractères, on ne la lirait pas plus. On sent que les gens veulent plus d'informations sur les ingrédients et cette information doit être donnée par quelqu'un de neutre autant que possible.

- **Allégations:** Par exemple "Riche en calcium". Il y a des doutes sur la véracité des ces allégations. On revient souvent à l'exemple du cholestérol et du fait que cela provient seulement du gras animal alors c'est faux de le mettre sur des chips par exemple. On se fie de moins en moins à cette allégation. Mais malgré tout, ils ont dit que les allégations leur donne bonne conscience et que ça peut les aider à faire un choix rapide. Les gens recherchent l'allégation faible en gras. Ils évitent les gras animales (2 personnes lors du premier groupe de discussion semblaient connaître les différents gras, par exemple, importance des oméga-3). Lors du 2^e groupe de discussion, 2/4 trouvaient que c'était fiable alors que les 2 autres n'y croyaient pas. Une personne du groupe de discussion du 2 décembre a dit se fier principalement aux allégations. Elle surveille le gras et le sucre, mais pas dans la liste des ingrédients mais plutôt avec les allégations "faible en gras" ou "sans sucre". Les allégations ne sont pas une panacée...elles ne suffisent pas, elles ne donnent pas les meilleures informations et les plus pertinentes. On pense aussi que ces allégations sont de la publicité, mais elles attirent plus que la liste des ingrédients ou le tableau.

- **Tableau d'information nutritionnelle:** Très peu utilisé. Dans le 2^e groupe de discussion, une personne disait utiliser la liste des ingrédients et le tableau. Difficultés avec l'évaluation des portions car quelques fois c'est en grammes et d'autres fois en Litres. C'est donc difficile de comparer les aliments entre eux. Les gens ont signifié qu'ils aimeraient que ce soit toujours en pourcentage, ce serait plus uniforme et plus facile d'évaluer la quantité de x ingrédient Les gens n'essaient pas de convertir les indications en portion. Ces portions sont abstraites et trop subjectives. On trouve cela difficile de faire des calculs à partir des proportions. On aimerait aussi que les fonctions des vitamines au niveau de la santé soient mieux expliquées. Actuellement, la façon de présenter l'information n'est pas trop conviviale. Par exemple, le terme énergie ne dit rien aux personnes interrogées. Il y a seulement une seule personne qui voulait que l'on affiche les différents types de gras comme les gras *Trans*...mais les autres n'ont aucune idée de ce que veut dire ce terme. Une personne a encore signifié qu'elle voulait que l'on étiquette les OGM. Dans notre groupe de discussion du 2 décembre, les 4 personnes disaient ne pas comprendre les informations dans les tableaux. On suggère de mieux éduquer les gens à ce sujet, leur donner des outils pour mieux comprendre le langage des tableaux. Dans le dernier groupe de discussion, on a dit qu'il était inutile d'allonger le tableau comme c'est le cas avec la nouvelle réglementation. On a proposé, lors du dernier groupe de discussion, que l'Institut de cardiologie de Montréal pourrait fournir une liste de définition des termes qui se retrouvent dans le tableau.

- **Lignes 1-800:** Ce n'est pas utilisé. Une seule personne sur tous les gens rencontrés avait déjà appelé pour une information autre que nutritionnelle et on l'a mise en attente durant 1 heure avant qu'elle se décide à raccrocher. On dit ne pas faire confiance aux personnes au bout du fil qui travaillent sûrement pour une compagnie qui fabrique le produit.

- **Logos:** Certaines personnes n'avaient jamais remarqué le logo Visez Santé de la FMC. Par contre, lorsqu'on leur explique la façon d'apposer les logos, ils aiment le concept et disent avoir confiance. Avec un logo, c'est plus simple, on n'a pas à lire l'étiquette, c'est plus rapide et efficace. Mais les logos doivent être plus gros et plus lisibles. Il faut aussi faire de la publicité autour des logos. Il faut qu'il y en ait juste un pour faciliter sa reconnaissance. Les codes pour les diabétiques sont remarqués parce qu'on se dit, si c'est bon pour les diabétiques, c'est bon pour les gens atteints de cardiopathies. Le logo arrive en tête de liste comme moyen de communication de l'information nutritionnelle. On veut que Santé Canada rende le logo obligatoire. À la dernière rencontre, on a dit un oui unanime sur l'idée du logo mais à condition que le contrôle soit strict et qu'il y ait des inspections régulières. On suggère que le gouvernement mette sur pied un département qui vérifierait la conformité où les entreprises pourraient faire vérifier leurs produits régulièrement. Tous les produits bons pour la santé devraient porter ce logo. Les 4 personnes connaissaient le logo et savaient ce qu'il signifiait. Mais il faudrait de la publicité faite sur ce logo afin qu'on le connaisse et qu'on le reconnaisse. Il ne faut surtout pas que les produits qui portent ce logo soient plus chers...
- **Démonstrations et dégustations en magasin:** C'est marketing, on ne fait pas confiance en cela. On estime que les personnes qui font ces démonstrations ne connaissent rien en nutrition. On ne s'informe pas à ces gens pour savoir si c'est bon pour la santé.
- **Informations sur les tablettes et les dépliants:** Certains ont dit prendre les recettes mais pour les dépliants, on ne trouve pas cela très attirant. De plus, on croit qu'il y a des modes dans l'alimentation. Par exemple, parfois on nous dit de boire du lait et parfois on dit que ça va nous tuer.. Quoi croire? On parle de sur-information qui

devient de la désinformation. Dans notre groupe du 2 décembre 2002, 2 personnes nous ont dit qu'il manquait d'information sur les tablettes...même si c'est des aliments en vrac, on aimerait savoir quelle quantité de gras, sucre et sel il y a dedans. Les fruits et légumes par exemple, on ne connaît pas leur valeur nutritive.

- **Internet:** On n'a pas l'Internet. De plus, on dit qu'on n'aurait pas confiance en cette information de toute façon. Seulement une personne rencontrée sur les 15 avait Internet et disait s'en servir pour trouver de l'information sur sa condition.
- **Cassette à écouter ou vidéo réalisé avec des professionnels de la santé:** Cette idée proposée par les partenaires du projet n'a pas soulevé d'intérêt. Il faudrait que le prix soit vraiment très bas pour que les gens soient intéressés. Mai en général, les personnes ne sont pas intéressées car on trouve qu'il y a assez d'émissions de télévision relatives à la nutrition et à la cuisine. On dit aussi que les médecins ne sont pas à jour comme les diététistes.
- **Campagnes de sensibilisation dans les épiceries:** 6 personnes sur 7 à la première idée semblaient ouvertes à cette idée. Les gens sont plus ouverts à cette idée qu'à la cassette vidéo ou à écouter. Mais il ne faut pas que ce soit trop long et il faut que l'information soit concrète. Il faut que cette information soit transmise par des gens crédibles (médecins, diététistes, nutritionnistes). CET ASPECT EST PRIMORDIAL.... Mais en général, on déplore que le corps médical n'accorde pas assez de temps pour informer les gens sur les saines habitude alimentaires. On déplore aussi le fait que les diététistes ou les médecins sont souvent biaisés et achetés par les compagnies. Ils ne semblent pas toujours préoccupés par la santé des

consommateurs. Les gens sont ouverts à participer à des causeries mais on est septique à cause de l'influence du marketing. Si on fait des campagnes de sensibilisation à la télévision, il faudrait que ce soit aux heures de grande écoute et que ce soit donné par quelqu'un de neutre. Le dernier groupe de discussion nous a dit qu'il ne se déplacerait pas pour des campagnes de sensibilisation. Mais on aime les groupes de discussion car ça donne des sons de cloche et ça nous permet de dialoguer avec des personnes qui ont des problèmes semblables.

- **Revue, livres de recettes, magazines, journaux, menus sur mesure:** Les livres de recettes sont bien acceptés en autant que les recettes soient faciles à faire et qu'elles aient du goût. Beaucoup de gens ont manifesté un vif intérêt pour le concept des menus sur mesure. On doute en général des sources d'information, des conseils sur la nutrition dans une chronique de journal, de la publicité d'un produit de consommation. Dans le 2^e groupe de discussion, on a manifesté un intérêt pour une émission de télé portant sur des recettes uniquement santé. Il faut que ce soit simple, rapide et concret. On devrait faire de la publicité comme celle sur les cigarettes faite par le gouvernement. Cette pub frappe est on suggère d'en faire autant avec les aliments. Des flashes infos seraient un bon moyen de diffuser l'information. Il ne faut surtout pas que les compagnies financent les publicités.

- **Commentaires généraux: Le goût est très important.** Souvent, quand c'est trop bon pour la santé, c'est pas bon à manger. (commentaire de plusieurs personnes.) Les gens trouvent que c'est long avant de connaître les impacts de leur condition de santé. Aussi, ce n'est pas facile de faire attention à sa santé lorsqu'autour de soi, les gens ne font pas nécessairement attention à leur santé. Ils disent qu'il y a trop de choix, trop de produits sur le marché, ce qui rend difficile leurs achats. Il est très important pour tout le monde que le fait de manger reste agréable, convivial. Les gens ne veulent pas faire

d'abus, mais ils ne veulent pas se priver et prônent la modération en ce qui concerne les aliments qu'ils devraient peut-être exclure de leur alimentation. Le plaisir de manger est un élément qui est revenu très souvent. Même s'ils ne veulent pas se priver, les gens sont sensibles à leur alimentation et veulent être informés, ils sont très attentifs à cette information. Au restaurant, les gens trouvent cela difficile, surtout avec les vinaigrettes dans les salades. On ne peut jamais savoir avec quels ingrédients on a cuisiné les plats. En général, les personnes rencontrées trouvent qu'il est difficile de bien manger et les habitudes alimentaires sont difficiles à modifier. En général, on trouve que les sources d'information ne sont pas fiables, on pense que les personnes qui donnent l'information sont rarement des spécialistes.

On croit qu'il faut éduquer les jeunes maintenant car ce sont eux qui développeront des bonnes ou des mauvaises habitudes... à 55 ans, c'est souvent trop tard.

- **Autres suggestions:** Les gens aimeraient beaucoup qu'il existe, dans les épiceries et différents marchés d'alimentation, des sections où se retrouveraient tous les aliments sans sel et sans sucre, sur le même principe que les produits biologiques.

Aperçu global sur les groupes de discussion:

Le mardi 23 octobre 2001, 7/9 personnes se sont présentées. 2 de ces 7 personnes ne semblaient pas faire attention à leur alimentation. Les 5 autres semblaient y accorder une importance. 2 personnes sur 5 semblaient très bien connaître le domaine de la nutrition. Les 3 autres étaient préoccupées par l'alimentation, mais de façon moins systématique.

Le jeudi 25 octobre 2001, 4/5 personnes étaient présentes. Toutes ces personnes étaient sensibilisées à la question de manger santé. Cela s'explique cependant que ces 4 personnes avaient des conditions de santé plus graves (3 personnes greffées et une en

phase terminale d'insuffisance respiratoire. Le prix des produits influençait 2 personnes sur 4 . Une autre personne préférait avoir le choix des produits et que c'était plus important que le prix. Ce groupe semblait avoir un peu plus de connaissances en nutrition (évaluer les quantités de sodium permises dans les aliments, distinguer les types de gras, etc.) . Les gens semblaient plus conscients des risques qu'ils prennent lorsqu'ils trichent...et avouent tricher parfois.

Dans le groupe du 2 décembre 2001, on nous a signifié qu'il est difficile de prendre des menus santé au restaurant. En effet, il faut souvent demander des salades sans vinaigrette ou des plats sans sauce. On nous a dit aussi qu'il faut que manger santé coûte cher. En effet, certains se tournent vers les produits de santé naturels qui sont très chers. Les repas recommandés par les diététistes/nutritionnistes sont très appréciés. C'est une méthode simple et efficace.

Annexe 7: Calendrier des séances d'information sur la nutrition et l'étiquetage nutritionnel

Date et heure	Adresse	Publicité dans calendrier de Loblaws	Nutritionniste
19 mars – 14h00	4545 Henri-Bourassa - Québec	Non – Contact : Caroline Huot	Hélène Gayraud
22 mars – 10h00	6767 Newman - Lasalle	Non – Contact : Israël Brais	Hélène Gayraud
27 mars – 10h00	Loblaws Angus – Montréal	Non	Stéphanie Allaire
2 avril – 14h00	50 St-Denis – Saint-Sauveur	Oui - Contact : Danielle Corbeil	Stéphanie Allaire
3 avril – 14h00	300 Sainte-Croix – Ville St-Laurent	Oui – Contact : Claire Sévigny	Hélène Gayraud
8 avril – 10h00	1575 Panama - Brossard	Non – Contact : Israël Brais	Stéphanie Allaire
9 avril – 14h00	2000 Casavant Ouest – St-Hyacinthe	Non – Contact : Linda Béliveau	Stéphanie Allaire
12 avril - 10h00	1402 Roberval – Saint-Bruno	Oui – Contact : Diane Tremblay	Hélène Gayraud
16 avril – 10h00	10 200 Pie IX – Montréal	Oui – Contact : Sheila Nicodemo	Hélène Gayraud
18 avril – 10h00	3500 Chomedey O. - Laval	Oui – Contact : Sheila Nicodemo	Stéphanie Allaire

Annexe 8: Exemple d'un communiqué de presse envoyé aux journaux locaux et aux CLSC

Pour diffusion immédiate

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Montréal (Québec), le 5 mars 2002 – Session d'information sur l'étiquetage nutritionnel et la nutrition chez les personnes âgées de 50 ans et plus atteintes de maladies cardiaques.

Cette session d'information se tiendra à la salle communautaire du Loblaws Angus, situé au 2925, rue Rachel Est, mercredi le 27 mars 2002 à 10 h. Organisée par Option consommateurs et donnée par Mme Stéphanie Allaire, nutritionniste, cette session portera sur les sujets suivants : les éléments nutritifs à surveiller par les personnes atteintes de maladies cardiaques; comment lire les étiquettes sur les produits alimentaires; les quantités de sel, de matières grasses et de fibres contenues dans les aliments; les différents types de matières grasses et leurs effets sur le coeur; la signification des mentions « faible en gras », « sans cholestérol », « faible en sel »; la raison d'être du logo Visez-santé de la Fondation des maladies du cœur du Québec. L'entrée est gratuite.

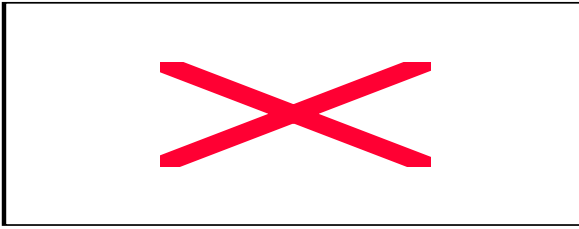
Fondé en 1983, Option consommateurs est un organisme sans but lucratif dont la mission est de défendre et de promouvoir les droits et les intérêts des consommateurs. Elle intervient dans plusieurs sphères touchant la consommation, notamment l'alimentation, les finances personnelles, l'énergie, les services financiers, les assurances, le crédit à la consommation ainsi que les jeux et jouets et ce, tant au niveau local, qu'aux niveaux provincial et fédéral.

-30-

Pour informations :
Patrick Vanasse
Service de recherche et de représentation
Option consommateurs

Annexe 9: Contenu de la pochette d'information distribuée aux participants des groupes de discussion

**Annexe 10: Questionnaire distribué aux participants des
séances d'information**



Questionnaire sur la nutrition et l'étiquetage nutritionnel

- 1- Quels éléments nutritifs devez-vous surveiller dans votre alimentation ?

- 2- Parmi ces types de gras, lequel faut-il le plus éviter ?

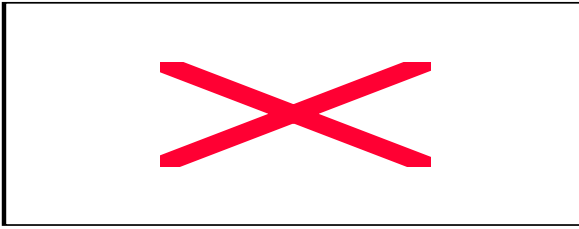
Polyinsaturés – saturés – monoinsaturés – trans - cholestérol

- 3- Les mentions « sans gras », « sans sucre » et « sans sel » signifient qu'il y a absence de ces éléments. Vrai ou faux ?

- 4- Que signifie le logo Visez-santé ?

- 5- Combien y a-t-il de matières grasses dans cette Quiche Lorraine ?

Annexe 11: Sondage distribué aux participants des séances d'information



Sondage auprès des participants aux groupes de discussion

Instructions : pour les questions de ce sondage, indiquez votre niveau d'accord selon les indicateurs suivants :

- **parfaitement d'accord**
- **plutôt d'accord**
- **plus ou moins d'accord**
- **plutôt en désaccord**
- **totalemment en désaccord**

- 1- Cette session m'a permis d'apprendre beaucoup sur la nutrition.
- 2- Cette session m'a permis d'apprendre beaucoup sur l'étiquetage des aliments.
- 3- Cette session sera utile pour m'aider à mieux me nourrir.
- 4- J'ai apprécié cette session d'information.
- 5- Je recommanderais cette session à mes parents et amis qui vivent des problèmes cardiaques.