



**Interventions environnementales
favorables à l'adoption de saines
habitudes alimentaires chez les
personnes de 50 ans et plus vivant
dans la communauté**

ÉTAT DES CONNAISSANCES

JUILLET 2023

SYNTHÈSE RAPIDE

AUTEUR

Mathieu Maltais, conseiller scientifique spécialisé
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Caroline Delisle, cheffe d'unité scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

COLLABORATION

Annie Gauthier, conseillère scientifique spécialisée
Mathieu-Joël Gervais, conseiller scientifique spécialisé
Amélie Bergeron, conseillère scientifique
André Tourigny, médecin-conseil
Aurélié Maurice, médecin spécialiste
Direction du développement des individus et des communautés

Vané Ké, bibliothécaire
Direction de la valorisation scientifique et de la qualité

RÉVISION

Geneviève Côté Dt.P. M. Sc., agente de planification, de programmation et de recherche et nutritionniste
Direction de santé publique, CISSS-Laval

Équipe constituée d'Annabel Asselin, DESS Kin., et de Pascale Chaumette Dt.P. M. Sc.
Agentes de planification, de programmation et de recherche
Direction santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Geneviève Mercille, Dt.P., Ph. D.
Professeure agrégée
Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal

Les réviseurs ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et, en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteurs ainsi que les membres du comité scientifique et les réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts, et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Sophie Michel, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 4^e trimestre 2023
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-96328-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2023)

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, les autorités régionales de santé publique ainsi que les établissements locaux, régionaux et nationaux dans l'exercice de leurs fonctions et responsabilités.

La collection *État des connaissances* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui synthétisent et communiquent ce que la science nous dit sur une question donnée à l'aide de méthodes rigoureuses de recension et d'analyse des écrits scientifiques et autres informations pertinentes.

La présente synthèse rapide des connaissances porte sur le rôle des interventions ou adaptations d'interventions environnementales favorables à l'adoption de saines habitudes alimentaires chez les personnes âgées de 50 ans et plus vivant en communauté. Cette synthèse rapide des connaissances a été élaborée dans le cadre de la réalisation de la mesure 32 du deuxième plan d'action de la politique Vieillir et vivre ensemble (2018-2023). Elle a été élaborée à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et des quatre directions de santé publique qui collaborent au projet (Centres intégrés de santé et de services sociaux [CISSS] de l'Abitibi-Témiscamingue, du Bas-Saint-Laurent et de la Montérégie, et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux [CIUSSS] de la Mauricie-Centre-du-Québec).

Ce document s'adresse d'abord à ces quatre directions de santé publique et à leurs partenaires régionaux ou locaux impliqués. Des professionnels du réseau de santé publique, de l'enseignement et de la recherche peuvent aussi y trouver des informations d'intérêt concernant l'intervention de promotion en santé cognitive.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	IV
FAITS SAILLANTS	1
RÉSUMÉ	2
1 INTRODUCTION	5
1.1 Objectifs	6
2 MISE EN CONTEXTE	7
3 MÉTHODOLOGIE	8
3.1 Recherche documentaire dans les écrits scientifiques.....	8
3.1.1 Repérage scientifique	8
3.1.2 Extraction des données	9
3.1.3 Analyse des données.....	9
3.1.4 Révision par les pairs.....	9
4 RÉSULTATS.....	10
4.1 Description des études recensées.....	10
4.1.1 Caractéristiques des participants.....	11
4.1.2 Caractéristiques des devis d'études	11
4.1.3 Caractéristiques des interventions	11
4.1.4 Caractéristiques des outils de mesure de l'alimentation.....	11
4.2 Association entre l'amélioration de l'offre alimentaire et l'adoption de saines habitudes alimentaires	12
4.3 Association entre l'amélioration de l'accès physique et économique aux aliments et l'adoption de saines habitudes alimentaires	13
4.4 Association entre l'amélioration de l'accès physique aux aliments et les saines habitudes alimentaires	15
5 DISCUSSION.....	17
5.1 Intervention dans le but d'améliorer l'offre alimentaire.....	17
5.2 Interventions pour améliorer à la fois l'accès physique et économique aux aliments.....	19
5.3 Intervention dans le but d'améliorer l'accès physique aux aliments	20
5.4 Explorer la pertinence de développer ou d'adapter des interventions spécifiques pour les personnes âgées	21
5.5 Forces et limites	22

6	CONCLUSION.....	24
7	BIBLIOGRAPHIE.....	25
ANNEXE 1	MÉTHODE UTILISÉE POUR LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE DANS LES ÉCRITS SCIENTIFIQUES — VERSION INTÉGRALE	30
ANNEXE 2	MATRICES D'ANALYSE	37
ANNEXE 3	LISTE DE VÉRIFICATION.....	40

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Caractéristique de l'étude de Schultz, <i>et al.</i> , 2021	12
Tableau 2	Caractéristiques des études dans le but d'améliorer l'accès économique et physique aux aliments	14
Tableau 3	Caractéristique de l'étude de Rose Bell, <i>et al.</i> , 2014	16
Tableau 4	Plan de concepts (mots-clés en anglais)	31
Tableau 5	Stratégie de recherche dans Medline (OVID*)	31
Tableau 6	Stratégie de recherche pour Ageline, Health Policy Reference Center, CINAHL Complete (EBSCO).....	33
Tableau 7	Grille d'extraction des données.....	36
Tableau 8	Caractéristiques des études retenues	37

FAITS SAILLANTS

L'adoption de saines habitudes alimentaires est une partie intégrante de la prévention des troubles cognitifs. Cependant, plus de 80 % des personnes âgées de 50 ans et plus sont en dessous des recommandations en matière de consommation de fruits et légumes. Cette synthèse rapide des connaissances vise à identifier les interventions environnementales associées à l'adoption de saines habitudes alimentaires chez les personnes âgées de 50 ans et plus vivant dans la communauté. Ce document s'adresse d'abord à ces quatre directions de santé publique (Centres intégrés de santé et de services sociaux [CISSS] de l'Abitibi-Témiscamingue, du Bas-Saint-Laurent et de la Montérégie, et du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux [CIUSSS] de la Mauricie–Centre-du-Québec) et à leurs partenaires régionaux ou locaux impliqués. Des professionnels du réseau de santé publique, de l'enseignement et de la recherche peuvent aussi y trouver des informations d'intérêt concernant l'intervention de promotion en santé cognitive.

L'analyse de six études a permis de dégager les constats suivants :

- Réduire le coût des aliments, améliorer à la fois l'offre et l'accès physique aux aliments et améliorer l'accès (en facilitant l'accès physique) aux aliments sont les trois types d'objectifs d'interventions recensés;
- Bonifier l'offre alimentaire dans un site de repas collectif (ex. : centre communautaire) ne semble pas améliorer la consommation d'aliments sains (ex. : fruits et légumes) chez les personnes âgées;
- Livrer des repas à faible coût à domicile semble favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires chez les personnes âgées de 70 ans et plus;
- Améliorer l'accès physique aux aliments par le biais d'un site de collecte de boîtes de repas ne semble pas améliorer les habitudes alimentaires chez les personnes âgées.

Certains constats généraux sont aussi ressortis :

- Les interventions environnementales alimentaires qui touchent la population générale pourraient être bénéfiques pour les personnes âgées de 50 à 69 ans;
- Concernant les personnes âgées de 70 ans et plus, des interventions adaptées comme la popote roulante pourraient être une solution envisageable pour améliorer les habitudes alimentaires. Des études rigoureuses doivent être réalisées pour documenter l'impact des interventions environnementales sur la saine alimentation chez les aînés.

Cette synthèse rapide invite à poursuivre le développement d'études environnementales auprès des personnes âgées de 50 ans et plus dans le but d'améliorer les habitudes alimentaires et la prévention des troubles cognitifs.

RÉSUMÉ

Depuis 2019, l'Institut national de santé publique du Québec réalise un projet visant à soutenir la promotion de la santé cognitive par la diffusion de connaissances sur ses facteurs de protection; une mesure qui découle du plan d'action Vieillir et vivre ensemble 2018-2023. La thématique de la saine alimentation a été retenue pour cette synthèse rapide des connaissances. De nouvelles connaissances scientifiques associent l'alimentation à certains bienfaits en matière de santé cognitive. Par exemple, des données probantes récentes suggèrent que les patrons alimentaires avec des apports élevés en végétaux (ex. : diète méditerranéenne, nordique) contribueraient à réduire le déclin cognitif et les troubles neurocognitifs majeurs. L'alimentation aurait une influence indirecte, liée à son effet sur des conditions qui augmentent le risque de troubles neurocognitifs majeurs, comme le diabète et les maladies cardiovasculaires. La réduction des facteurs de risque du diabète, le traitement de l'hypertension (facteur majeur de risque des maladies cardiovasculaires) et la prévention du surplus de poids et de l'obésité chez les personnes âgées de 50 ans sont trois mécanismes possibles de protection contre les troubles neurocognitifs majeurs.

Considérant la place des stratégies environnementales dans la promotion d'une saine alimentation, il paraît utile d'examiner l'état des connaissances concernant les interventions qui seraient plus spécifiques aux personnes âgées de 50 ans et plus ou les adaptations de stratégies existantes susceptibles de soutenir la promotion d'une saine alimentation chez ce groupe.

Objectif

Le but de cette synthèse rapide est d'identifier les interventions ou les adaptations d'interventions environnementales associées à l'adoption de saines habitudes alimentaires chez les personnes âgées de 50 ans et plus vivant en communauté. À partir des résultats obtenus, un deuxième objectif de cette synthèse rapide consiste à explorer la pertinence de développer des interventions spécifiques ou d'adapter certaines interventions ou stratégies à la population spécifique des personnes âgées.

Méthodologie

Une synthèse rapide des écrits scientifiques a été réalisée en suivant une démarche systématisée. La recherche documentaire a permis le repérage d'articles scientifiques dans les grandes bases de données bibliographiques reconnues en santé publique.

Une systématisation de l'extraction des données a été réalisée par l'utilisation d'une grille spécifiquement conçue pour cette synthèse rapide et développée selon les objectifs du mandat. Une matrice a été construite pour favoriser une présentation comparative des données et pour établir des constats pour chacun des objectifs des interventions.

Principaux résultats

La recherche documentaire a permis d'identifier six études qui rapportent trois objectifs d'interventions : réduire le coût des aliments, améliorer à la fois l'offre et l'accès physique aux aliments et améliorer l'accès physique aux aliments. Plusieurs outils de mesures ont été utilisés pour documenter l'apport alimentaire, mais le rappel de 24 h était l'outil le plus commun.

Les trois objectifs d'interventions visaient une clientèle plus âgée que la population ciblée par la stratégie de recherche documentaire (50 ans et plus), soit des personnes âgées de 70 ans en moyenne. Après l'analyse des résultats, les constats suivants ont pu être tirés :

- Bonifier l'offre alimentaire dans un site de repas collectif (ex. : centre communautaire) ne semble pas améliorer la consommation d'aliments sains (ex. : fruits et légumes) chez les personnes âgées de 70 ans et plus.
- Livrer des repas à faible coût à domicile semble favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires chez les personnes âgées de 70 ans et plus. Toutefois, aucune information n'est disponible pour les personnes âgées de 50 à 69 ans.
- Améliorer l'accès physique aux aliments par le biais d'un site de collecte de boîtes de repas qui sont récupérées ne semble pas améliorer les habitudes alimentaires chez les personnes âgées.

Discussion

Cette synthèse rapide a permis de faire ressortir que les interventions environnementales pour favoriser la saine alimentation sont très peu évaluées chez les 50 ans et plus. Quelques constats peuvent aussi être mentionnés : bonifier l'offre alimentaire sur les sites de repas collectifs et faciliter l'accès physique aux aliments ne semblent pas améliorer davantage les saines habitudes alimentaires chez les personnes âgées.

Les programmes de livraison de repas à domicile rendent accessibles des repas à faible coût. Ils pourraient être efficaces pour améliorer la consommation de fruits et légumes chez les personnes âgées. Selon les résultats de l'étude recensée, l'amélioration à la fois de l'accès économique et physique aux aliments pourrait permettre d'augmenter la consommation de fruits et légumes dans la population. Cependant, les programmes de livraison de nourriture à domicile décrits dans les articles scientifiques retenus étaient seulement disponibles pour les personnes âgées de 70 ans et plus. Donc, bien que ce type d'approche soit bénéfique pour ce groupe d'âge, aucune information provenant de la littérature scientifique ne permet de spécifier qu'il le serait auprès des personnes âgées de 50 à 69 ans.

Améliorer l'accès physique aux aliments (p. ex. implanter un supermarché) semble être une stratégie prometteuse auprès de la population en général, selon les études recensées. Dans la présente synthèse rapide, améliorer l'accès physique aux aliments en implantant un site de collecte de boîtes de repas n'a pas démontré d'effets bénéfiques quant à la consommation d'aliments sains. Cependant, les auteurs de l'étude ayant évalué cette intervention ont mentionné quelques effets bénéfiques post-intervention, comme un soutien de la ville qui a

maintenu l'offre du service alors que l'étude était terminée. En bref, il est possible qu'améliorer l'accès physique aux aliments auprès des personnes âgées soit bénéfique, mais d'autres études sont nécessaires pour appuyer ce constat.

D'après cette recension des écrits, les interventions environnementales visaient davantage la population âgée de 70 ans et plus et incluaient peu de personnes âgées de moins de 70 ans. En effet, les critères d'inclusion de la plupart des programmes et services recensés exigeaient que les participants soient âgés au minimum de 65 ou 70 ans. Le contexte de vie des personnes âgées de 50 à 69 ans est différent de celui des personnes âgées de 70 ans et plus. Ces personnes sont souvent encore sur le marché du travail et ont un statut socioéconomique différent des personnes âgées de plus de 70 ans. Il n'est pas exclu que les personnes âgées de 50 à 69 ans puissent bénéficier des interventions environnementales s'appliquant au grand public. Cependant, d'autres études devraient être réalisées à cette fin.

Plusieurs études ont démontré que les interventions multiniveaux, comme celles qui combinent à la fois des interventions environnementales et des interventions s'attaquant aux barrières individuelles (connaissances sur les aliments et compétences à se préparer un repas sain), pourraient avoir un impact sur l'adoption de saines habitudes alimentaires chez les personnes âgées. Cette avenue semble prometteuse, et d'autres études sont nécessaires.

Les études recensées comportaient plusieurs limites méthodologiques. Une hétérogénéité d'outils et d'indicateurs de l'alimentation entre les études rendait difficile l'interprétation des résultats. Les études recensées ont utilisé des devis quasi expérimentaux et pré-/post-tests, mais seulement une étude comportait un groupe témoin. Néanmoins, une appréciation de la qualité des études n'a pas été réalisée dans cette synthèse.

À la lumière des résultats de cette synthèse rapide, il demeure peu pertinent de développer des interventions environnementales spécifiques à la population de 50 ans et plus. Les personnes âgées de 70 ans et plus peuvent profiter des interventions déjà implantées dans la population en général, mais des interventions spécifiques à leurs besoins sont aussi disponibles.

Conclusion

Les résultats de cette synthèse rapide démontrent qu'il existe encore très peu de connaissances sur lesquelles s'appuyer pour développer ou modifier des interventions environnementales afin de favoriser les saines habitudes alimentaires dans la population vieillissante. Ainsi, cette synthèse rapide invite à poursuivre le développement des études portant sur des interventions qui visent la création d'environnements favorables à l'adoption de saines habitudes alimentaires chez les personnes âgées.

1 INTRODUCTION

Adopter une saine alimentation est associée à une réduction des risques de diabète de type 2 et de maladies cardiovasculaires. La réduction de ces maladies par l'adoption de saines habitudes alimentaires aurait un impact significatif sur la prévention des troubles neurocognitifs majeurs (1). Le terme « saines habitudes alimentaires » fait référence à tous les aliments et boissons qui aident à maintenir une bonne santé et à combler tous les besoins nutritionnels. Les aliments d'origine végétale, comme les fruits et légumes, les aliments à grains entiers et les aliments contenant des protéines végétales sont les aliments qui ont démontré une réduction du risque de certaines maladies chroniques, comme le diabète de type 2, le cancer et les troubles cardiovasculaires (2, 3). Selon les lignes directrices du *Guide alimentaire canadien*, les personnes âgées de 50 ans et plus sont encouragées à modifier certains comportements alimentaires pour s'adapter aux changements dus au vieillissement. Par exemple, ajouter une supplémentation de vitamine D, boire beaucoup d'eau et multiplier les occasions de partager les repas avec d'autres personnes pour éviter l'isolement social (4). Ces comportements seront bénéfiques pour adopter une saine alimentation. Néanmoins, certains facteurs peuvent rendre le maintien ou l'adoption de saines habitudes alimentaires plus difficiles. Les personnes âgées peuvent par exemple être à risque de vivre des enjeux de mobilité dus à des limitations fonctionnelles, à la perte du permis de conduire, au décès d'un conjoint, à des baisses de revenus à la retraite, au départ des enfants de la maison ou au fait de vivre seul (5, 6). Par ailleurs, les personnes qui vivent avec ces conditions ont de moins bonnes habitudes alimentaires (7). En effet, les données de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2015 montrent que 82 % de la population âgée de 50 ans et plus est en dessous des recommandations en matière de consommation de fruits et légumes (8).

L'adoption de saines habitudes alimentaires est tributaire de plusieurs déterminants individuels et environnementaux. Les comportements individuels doivent être soutenus par des stratégies environnementales liées aux environnements économique, social, physique et politique pour maximiser l'adoption de saines habitudes alimentaires dans la population (9–11). Des stratégies visant à améliorer l'environnement alimentaire ont montré des effets positifs sur l'adoption de comportements alimentaires sains dans l'ensemble de la population (12, 13). Par exemple, des interventions visant à améliorer l'accès physique et économique aux aliments seraient efficaces pour améliorer l'alimentation de la population (14, 15). Comme ces stratégies ont le potentiel de favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires dans l'ensemble de la population, il est intéressant d'examiner si certaines interventions environnementales sont également susceptibles d'être efficaces pour la population spécifique des personnes âgées. Par ailleurs au Québec, plusieurs services et programmes destinés aux aînés débutent dès 50 ans. Il est donc intéressant de faire l'état des connaissances concernant l'efficacité des stratégies et interventions environnementales spécifiques aux personnes âgées de 50 ans et plus.

1.1 Objectifs

L'objectif de cette synthèse rapide des connaissances est d'identifier les interventions ou les adaptations/modulations d'interventions environnementales associées à l'adoption de saines habitudes alimentaires chez les personnes de 50 ans et plus vivant en communauté. À la suite de l'analyse des résultats obtenus, le deuxième objectif de cette synthèse rapide sera d'explorer la pertinence de développer des interventions spécifiques ou de moduler ou d'adapter certaines interventions ou stratégies à la population spécifique des personnes âgées.

2 MISE EN CONTEXTE

Les troubles neurocognitifs majeurs (ex. : maladie d'Alzheimer) sont associés à une détérioration des fonctions cognitives au-delà du processus normal du vieillissement (16). Au Québec, la proportion de personnes atteintes des troubles neurocognitifs majeurs est d'environ 7 % (17). Ils entraînent des atteintes cognitives suffisamment sévères pour nuire à l'autonomie de la personne, qui empêchent progressivement la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique et peuvent s'accompagner de troubles de l'humeur et du comportement (18). L'agence de santé publique du Canada estimait en 2014 que le nombre de personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs serait doublé en 2030 (19).

Des données probantes récentes suggèrent que les patrons alimentaires avec des apports élevés en végétaux (ex. : diètes méditerranéenne et nordique) contribueraient à réduire le déclin cognitif et les troubles neurocognitifs majeurs (6). L'alimentation exercerait une influence indirecte, liée à son effet sur des conditions qui augmentent le risque de troubles neurocognitifs majeurs, comme le diabète et les maladies cardiovasculaires (20, 21). La réduction des facteurs de risque du diabète, le traitement de l'hypertension (facteur majeur de risque des maladies cardiovasculaires) et la prévention du surplus de poids et de l'obésité au milieu de la vie sont trois mécanismes possibles de protection contre les troubles neurocognitifs majeurs (22). Agir le plus tôt possible serait donc bénéfique pour prévenir le développement des troubles cognitifs chez les personnes âgées.

Considérant la place des stratégies environnementales dans la promotion d'une saine alimentation, il paraît utile d'identifier les interventions ou les adaptations/modulations d'interventions environnementales associées à l'adoption de saines habitudes alimentaires chez les 50 ans et plus vivant en communauté.

3 MÉTHODOLOGIE

3.1 Recherche documentaire dans les écrits scientifiques

3.1.1 Repérage scientifique

Une stratégie de recherche a été élaborée, en utilisant une déclinaison des concepts comme « intervention », « santé publique », « personnes âgées (50 ans et plus) » et « saine alimentation ». Pour connaître la démarche intégrale de recherche dans les écrits scientifiques, voir annexe 1. Cette stratégie de recherche a été réalisée dans les bases de données de références bibliographiques suivantes : Medline, AgeLine, Health Policy Reference Center et CINAHL Complete. Les limites imposées à cette recherche étaient la langue de publication (anglais et français), la période couverte de 2013 à 2023 et la provenance de pays membres de l'OCDE. La recherche documentaire a été lancée le 1^{er} novembre 2022. Une recherche manuelle à partir des listes de références bibliographiques des articles retenus et des articles préalablement identifiés a également été réalisée.

Pour être inclus dans cette synthèse rapide, les articles devaient porter sur une intervention environnementale (politique, économique, physique, sociale ou culturelle) visant l'amélioration des habitudes alimentaires (consommation d'un groupe d'aliments spécifique ou habitudes alimentaires) chez les personnes âgées de 50 ans et plus.

Les articles étaient exclus si :

- la population à l'étude était diagnostiquée avec un trouble cognitif;
- les personnes âgées recrutées ne vivaient pas dans la communauté (en résidence pour personnes âgées, dans un centre hospitalier, etc.);
- la population à l'étude avait moins de 50 ans ou l'étude incluait des participants de moins de 50 ans;
- l'intervention était exclusivement axée sur les comportements individuels (ex. : intervention éducative);
- l'étude portait sur un protocole de recherche;
- l'étude ne présentait pas de résultat sur l'alimentation;
- l'étude ne décrivait pas la méthodologie de recherche.

Une première sélection a été faite en lisant les titres et les résumés. Les documents retenus après cette première étape ont ensuite fait l'objet d'une lecture complète. Selon les critères d'inclusion et d'exclusion, les documents jugés pertinents ont été retenus pour l'extraction des données et pour l'analyse. Les questions reliées à la sélection ou à la non-sélection d'un article et les résultats de chacune des vagues de sélection ont été discutés avec les collaborateurs du projet (à l'exclusion de la bibliothécaire).

3.1.2 Extraction des données

Un classement des articles a été fait selon le type d'intervention environnementale rapporté. L'extraction des données de chacun des articles a été systématisée par l'utilisation d'une grille spécifiquement conçue pour cette synthèse rapide des connaissances et développée à partir de ses objectifs. Cette grille se trouve en annexe 1, à la page 36 du présent document.

3.1.3 Analyse des données

Pour l'analyse des données, les matrices ont été construites afin de comparer les caractéristiques des études retenues. Ces matrices sont disponibles en version intégrale à l'annexe 2, à la page 37 du présent document.

3.1.4 Révision par les pairs

En conformité avec le Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), une version préfinale de la synthèse rapide des connaissances été soumise à des réviseurs externes. En prenant appui sur la grille institutionnelle (Institut national de santé publique du Québec, 2020), les réviseurs ont été conviés à valider l'exactitude du contenu de la synthèse, la pertinence des méthodes utilisées, et le caractère approprié des conclusions et des pistes de solution proposées par les auteurs.

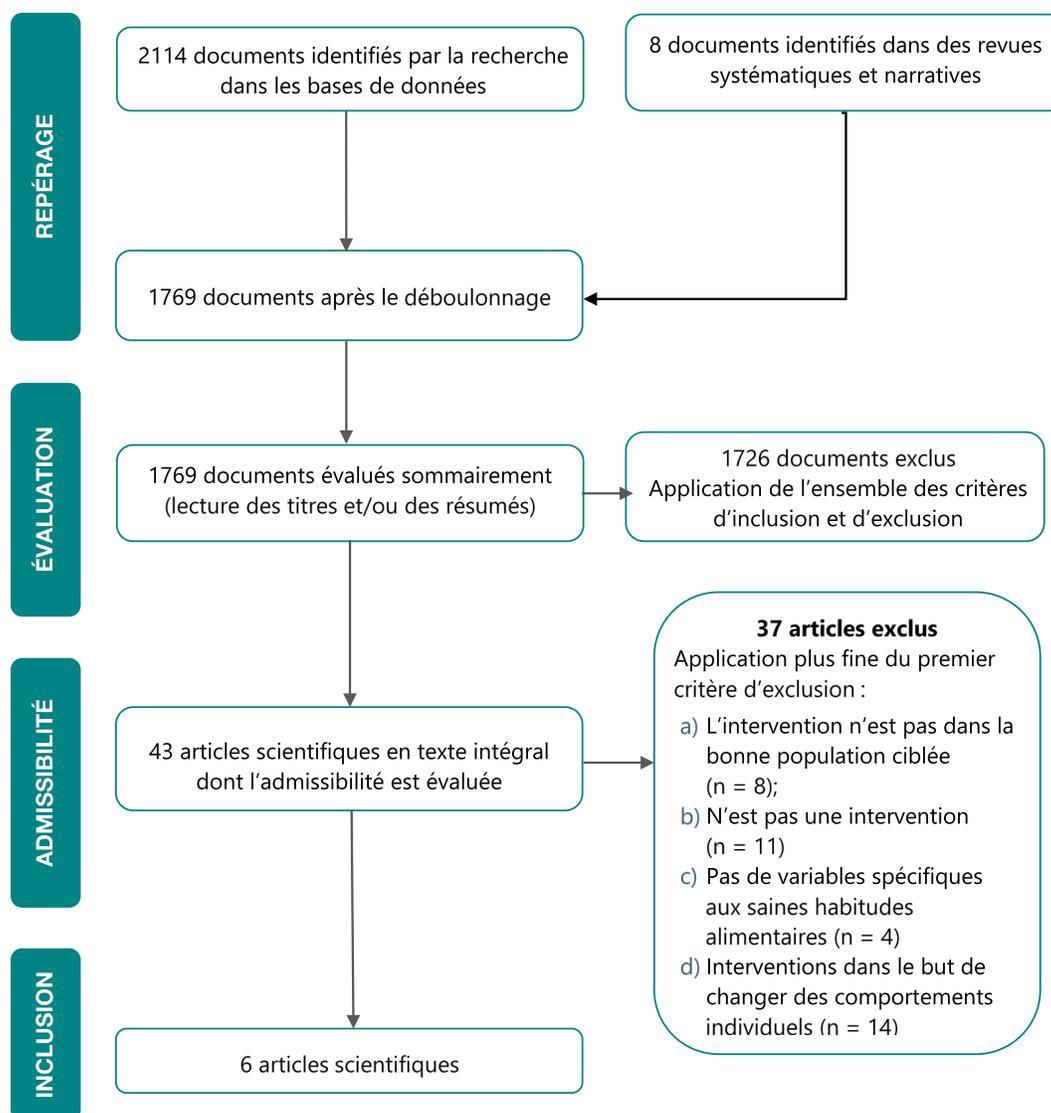
La présente synthèse rapide a aussi fait l'objet d'une vérification selon des repères de qualité méthodologique proposés par l'équipe *Qualité à portée institutionnelle* de la Direction de la valorisation scientifique de l'INSPQ. L'outil utilisé pour cette vérification se trouve en annexe 3.

4 RÉSULTATS

4.1 Description des études recensées

La figure 1 illustre les différentes étapes de la démarche de sélection des articles pour cette synthèse rapide. Sur 1768 articles identifiés après dédoubleonnage, 43 articles ont été retenus après lecture des titres et/ou des résumés. Après consultation du texte intégral, six articles ont été retenus pour cette synthèse rapide. Quatre études proviennent de l'Amérique du Nord (dont une du Québec et trois des États-Unis), une de l'Europe et une de l'Océanie. Ces articles ont été publiés entre 2013 et 2021.

Figure 1 Détail du processus de sélection des articles retenus pour l'analyse



Traduit et adapté du *PRISMA 2009 Flow Diagram*
Voir annexe 1 pour le format pleine page.

4.1.1 Caractéristiques des participants

Les études sélectionnées dans cette synthèse rapide ont inclus des personnes âgées vivant dans la communauté âgée de 50 à 95 ans. Cependant, la moyenne d'âge se situait environ à 70 ans. Aucune information n'était disponible concernant le statut socioéconomique des individus au travers des six études.

4.1.2 Caractéristiques des devis d'études

Toutes les études ont utilisé un devis quasi expérimental pré-/post-test, et seulement une étude possédait un groupe contrôle (23). Un échantillonnage non probabiliste a été utilisé dans toutes les études. Aucune randomisation n'a été faite pour l'ensemble des études.

4.1.3 Caractéristiques des interventions

Les interventions avaient une durée de 5 à 24 semaines. Elles visaient majoritairement trois objectifs : 1) améliorer l'offre alimentaire d'un site de repas collectif (n = 1), 2) améliorer à la fois l'accès économique et physique aux aliments (n = 4) en livrant à domicile des repas à faible coût aux personnes âgées et 3) améliorer l'accès physique aux aliments en implantant un site de collecte de boîte de repas (n = 1).

4.1.4 Caractéristiques des outils de mesure de l'alimentation

Plusieurs outils ont été utilisés pour mesurer les habitudes alimentaires. Tout d'abord, le rappel de 24 h, qui a été utilisé dans trois études. Il s'agit d'une méthode qui permet de déterminer la consommation d'aliments et de boissons d'un participant dans les dernières 24 heures (24). Cette méthode est souvent considérée comme la référence standard quant à la mesure de l'apport alimentaire (24).

Le *Dietary Screening Tool (DST)* (25), quant à lui, est un questionnaire rapide spécifiquement développé pour les aînés qui permet de déterminer si leurs habitudes alimentaires reflètent les recommandations pour une saine alimentation en posant des questions sur la fréquence de consommation de certains aliments qui ont un impact important sur la santé (ex. : consommation de fruits et légumes, beurre, viandes transformées, produits laitiers, etc.). Cet outil a été utilisé dans une étude (23).

Ensuite, une étude a choisi le *Mini-Nutritional Assessment (MNA)* (26) comme outil de dépistage. Cet outil est un questionnaire qui permet de dépister la malnutrition chez la personne âgée et qui est souvent utilisé en dépistage clinique. Il ne permet pas d'évaluer les habitudes alimentaires en soi, mais évalue plutôt le risque qu'un individu âgé développe des carences nutritionnelles, incluant les symptômes qui y sont associés (fatigue, perte de poids, perte d'appétit). Cet outil a été utilisé dans une étude (27).

Le *Nutrition Screening Initiative (NSI)* est un questionnaire qui ressemble au DST, c'est-à-dire que les questions touchent la consommation de certains aliments (fruits et légumes, alcool,

viandes transformées, etc.), mais qui pose aussi des questions sur la sécurité alimentaire et l'accès aux aliments (28). Cet outil a été utilisé dans une étude (27).

Finalement, une étude a utilisé un questionnaire non validé et produit à l'interne (29). Il incluait des questions sur le nombre de fruits consommés et de tasses approximatives de légumes consommés dans les dernières 24 heures.

4.2 Association entre l'amélioration de l'offre alimentaire et l'adoption de saines habitudes alimentaires

Le tableau 1 résume l'étude de Schultz et collaborateurs (2021). L'objectif était de vérifier l'impact de l'amélioration de l'offre alimentaire dans un site de repas collectifs sur les habitudes alimentaires chez une population âgée en moyenne de 75 ans. À l'aide des participants lors d'un groupe de discussion, les chercheurs ont bonifié l'offre alimentaire du site de repas du centre communautaire en ajoutant un comptoir à salade et en modifiant l'offre par l'ajout d'aliments plus sains. En plus de ces changements, les chercheurs ont intégré des activités et des dépliants informationnels pour promouvoir la saine alimentation. Un autre site de repas collectif dans un autre comté où la bonification de l'offre alimentaire n'a pas eu lieu a servi comme groupe contrôle. La moyenne d'âge (75 ans) était comparable dans les deux groupes. Le *Dietary Screening Tool* a été utilisé pour mesurer les habitudes alimentaires globales. Après six mois d'intervention, il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes quant à l'apport de la consommation de légumes, de viandes maigres ou de produits laitiers. Cependant, les participants dans le groupe qui profitait du site de repas bonifié consommaient moins de viandes transformées que les participants du groupe contrôle après l'intervention.

Tableau 1 Caractéristique de l'étude de Schultz, *et al.*, 2021

Schultz, <i>et al.</i> , 2021				
Milieu et intervention	Échantillon et durée de l'intervention	Mesure de l'alimentation	Effets mesurés sur l'alimentation	Limites
Sites de repas collectif. Bonification de l'offre alimentaire d'un site de repas collectifs.	n = 47 Intervention : 26 Contrôle : 21 Étendue d'âge = 71 à 80 ans 6 mois	<i>Dietary screening tool</i> (DST)	Aucune différence significative sur l'apport de légumes, l'apport en produits laitiers, mais une réduction de la consommation des viandes transformées aux participants du site de repas collectif bonifié.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes > 70 ans Participants homogènes (pas de diversité culturelle, statut socioéconomique similaire). Personnes âgées avec de bonnes habitudes alimentaires au début de l'étude. Petite taille d'échantillon. Étude non randomisée

4.3 Association entre l'amélioration de l'accès physique et économique aux aliments et l'adoption de saines habitudes alimentaires

Le tableau 2 décrit les interventions pour améliorer l'accès économique et physique aux aliments. Quatre interventions recensées visaient à améliorer l'accès économique et physique aux aliments auprès des personnes âgées (27, 30, 31). Trois de ces quatre études ont implanté un programme de livraison de nourriture à domicile à faible coût (programme *Meals on Wheels*) (27, 31, 32) et une étude a augmenté l'exposition à des fruits en offrant des séances de dégustation et des fruits frais gratuitement (30).

Concernant les trois programmes de livraison de repas à domicile à faible coût (27, 31, 32), ils ne précisent pas le nombre de repas (et lequel) livrés par jour ni le nombre de repas livrés les fins de semaine. Deux des trois études ont observé des améliorations significatives des apports en énergie et en protéines (31), et de leur statut nutritionnel (27). L'étude de Walton et collaborateurs n'a pas documenté de différences significatives en ce qui concerne l'apport en énergie et la consommation de protéines entre les journées sans livraison de nourriture et celles avec une livraison de nourriture chez un même participant (32).

Les participants de l'étude d'Appleton (30) étaient invités dans un centre communautaire ou dans une église à participer à une dégustation de fruits (une exposition par semaine, combinée à l'offre d'une portion de fruits par jour pour consommer à la maison pendant la durée de l'étude). Aucune différence significative n'a été observée dans la consommation de fruits après cinq semaines pour les trois groupes. Cependant, une augmentation significative de la consommation de fruit a été observée chez les faibles consommateurs de fruits du groupe « exposition de fruits + provision ».

Tableau 2 Caractéristiques des études dans le but d'améliorer l'accès économique et physique aux aliments

Ullevig, et al., 2018				
Milieu et intervention	Échantillon et durée de l'intervention	Mesure de l'alimentation	Effets mesurés sur l'alimentation	Limites
Domicile Livraison de nourriture à domicile à faible coût.	n = 79 Étendue d'âge = 60-95 ans Âge moyen : 74 ans 3 mois	<i>Mini-nutritional assessment-Short Form (MNA-SF)</i> (33) <i>Nutrition Screening Initiative</i> (28)	Amélioration significative du statut nutritionnel des participants. Amélioration significative sur l'apport nutritionnel (ex. : protéines et lipides consommés).	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de groupe contrôle. • Perte de 30 % de l'échantillon pendant l'étude. • Petite taille d'échantillon.
Wright, et al., 2015				
Domicile Livraison de nourriture à domicile à faible coût.	n = 62 Âge à l'inclusion : > 55 ans Âge moyen : 74 ans 2 mois	Rappel de 24 h	Augmentation significative de la consommation de calories et de protéines.	<ul style="list-style-type: none"> • Durée de l'intervention courte. • Petite taille d'échantillon. • Aucun groupe contrôle.
Walton, et al., 2015				
Domicile Livraison de nourriture à domicile à faible coût. Comparaison entre une journée de livraison de nourriture et une journée sans livraison.	n = 42 Étendue d'âge : 50 à 91 ans Âge moyen : 81 ans Durée de l'étude : inconnue	Rappel de 24 h	Aucune différence dans l'apport quotidien en énergie et en protéines entre une journée sans livraison de nourriture et une journée de nourriture livrée.	<ul style="list-style-type: none"> • Quelques participants avaient des troubles cognitifs légers et ne pouvaient pas se souvenir de leur consommation alimentaire. • Petite taille d'échantillon. • Pas d'informations sur la durée de l'étude. • Aucun groupe contrôle.

Tableau 2 Caractéristiques des études dans le but d'améliorer l'accès économique et physique aux aliments (suite)

Ullevig, <i>et al.</i> , 2018				
Milieu et intervention	Échantillon et durée de l'intervention	Mesure de l'alimentation	Effets mesurés sur l'alimentation	Limites
Appleton 2013				
Centre communautaire et dans une église.	n = 95 Groupe 1 (exposition à un fruit, une fois) : n = 39 Groupe 2 (exposition à un fruit par semaine pendant l'étude) : n = 38 Groupe 3 (exposition et provision d'un fruit par jour pendant cinq semaines) : n = 18 Âge moyen : 74 ans 5 semaines	Rappel de 24 h	Augmentation significative de la consommation de fruits chez les faibles consommateurs de fruits dans les trois groupes.	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de participants considérés comme faibles consommateurs de fruits. • Aucun groupe contrôle.

4.4 Association entre l'amélioration de l'accès physique aux aliments et les saines habitudes alimentaires

Le tableau 3 résume l'étude de Rose Bell et collaborateurs (2014). Un site de collecte de boîtes de repas spécifiquement destiné aux personnes âgées de 65 ans et plus a été implanté dans la ville de Côte-Saint-Luc à Montréal dans le but d'améliorer l'accès physique aux aliments. Cette étude présentait un très petit échantillon et n'a pas montré d'effets marqués sur l'alimentation. Seul un participant sur les quatorze recrutés a signalé une augmentation auto rapportée de la consommation de fruits et légumes à la suite de l'intervention de dix semaines. Cependant, les participants ont confié aux chercheurs que le programme les avait aidés à se sentir plus connectés à la communauté. Le site de collecte de produits alimentaires a favorisé l'interaction sociale et a permis aux services locaux de santé publique d'être en contact avec des personnes âgées qui n'utilisaient pas leurs services. De plus, les participants ont mentionné que le manque de motivation et les problèmes de mobilité étaient des barrières à la consommation de fruits et légumes. L'étude a donc pu mettre en lumière les facteurs individuels qui influencent l'adoption de saines habitudes alimentaires. Les auteurs ont aussi mentionné qu'à la suite de l'étude, deux

programmes ont été implantés par la ville de Côte-Saint-Luc. L'intervention a tout d'abord été offerte à toute la population et, dix mois après l'implantation, une moyenne de 25 personnes par journée de collecte participait au programme de boîtes de repas. Des bénévoles ont par la suite développé un programme de livraison de ces boîtes à des personnes à mobilité réduite. En bref, cette intervention environnementale a connu une certaine pérennité et semble prometteuse pour améliorer la qualité de l'alimentation, mais doit être documentée par des études permettant d'obtenir des résultats valides.

Tableau 3 Caractéristique de l'étude de Rose Bell, *et al.*, 2014

Rose Bell <i>et al.</i>, 2014				
Milieu et intervention	Échantillon et durée de l'intervention	Mesure de l'alimentation	Effets mesurés sur l'alimentation	Limites
Personnes âgées vivant dans le quartier de Côte-Saint-Luc, Montréal. Implantation d'un site de collecte de boîte de repas.	n = 14 Âge : 65 ans et plus 10 semaines	Un court sondage provenant d'études précédentes sur la consommation de fruits et de légumes (34, 35).	Seulement une personne sur quatorze a mentionné qu'elle a augmenté sa consommation de fruits et légumes grâce au projet.	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune information sur l'âge et sur les participants. • Aucun groupe contrôle. • Petite taille d'échantillon.

5 DISCUSSION

Plusieurs changements accompagnant le vieillissement peuvent affecter le maintien d'une bonne alimentation dont une modification des préférences alimentaires (36), et une faible proportion des personnes âgées adoptent une saine alimentation (37). Aux États-Unis, Song et collaborateurs (2014) ont démontré qu'une certaine variété d'aliments (fruits, poulet, soupe et légumes) est préférée par les personnes âgées, mais que d'autres aliments comme les viandes transformées et les légumineuses sont les moins appréciés. Au Québec, une grande proportion de personnes âgées ne consomme pas suffisamment de fruits et légumes (8). Une alimentation de qualité est associée à la prévention de plusieurs maladies chroniques, ce qui peut prévenir l'apparition des troubles cognitifs (21). Le but de cette synthèse rapide des connaissances était d'identifier les interventions ou les adaptations d'interventions environnementales associées à l'adoption de saines habitudes alimentaires chez les personnes de 50 ans et plus vivant en communauté.

Cette synthèse rapide a permis de faire ressortir que les interventions environnementales pour favoriser la saine alimentation sont très peu évaluées chez les 50 ans et plus. Trois types d'interventions environnementales visant l'amélioration des habitudes alimentaires chez les personnes âgées ont été identifiées : une intervention visant à améliorer l'offre alimentaire dans un site de repas collectif, quatre interventions visant à la fois l'amélioration de l'accès physique, et l'accès économique aux aliments et une intervention sur l'accès physique aux aliments. La synthèse a également fait ressortir certains constats associés à chacun de ces types d'objectifs d'interventions. Par exemple, aucune étude n'a évalué les personnes âgées de moins de 70 ans. La suite de cette section décrit ces constats, explore la pertinence de développer ces types d'interventions destinées à la population âgée et se termine par la présentation des forces et des limites de la démarche.

5.1 Intervention dans le but d'améliorer l'offre alimentaire

D'après une revue de littérature sur les stratégies pour améliorer les habitudes alimentaires chez les aînés, les interventions environnementales favorisant l'amélioration de l'offre alimentaire chez les personnes âgées sont les interventions les plus communément implantées aux États-Unis (38). Durant l'année financière 2016, 79 millions de repas ont été servis à 1,6 million d'utilisateurs (39). Les sites de repas collectif sont généralement seulement offerts aux personnes de 60 ans et plus (40). Au Québec, les centres communautaires pour aînés (où les repas collectifs sont offerts) sont également accessibles pour les 50 ans et plus (41). Les sites de repas collectifs sont des endroits idéaux pour rejoindre un grand groupe de personnes âgées. Comme une grande proportion des personnes âgées vivent seules à domicile (42), les sites de repas collectif favorisent les interactions sociales et peuvent potentiellement améliorer les habitudes alimentaires. Les sites de repas collectif ont le potentiel de contribuer à une telle diversification de l'offre permettant à la fois de rejoindre un grand groupe de personnes âgées, d'offrir des repas sains et de partager des connaissances sur la saine alimentation. En effet, plusieurs interventions incluant un objectif d'amélioration des compétences et des connaissances

individuelles auprès des personnes qui visitent les sites de repas collectifs ont montré des effets bénéfiques sur les habitudes alimentaires (23, 43–46). De plus, une revue de littérature de Lloyd et Wellman a démontré que les répondants à un sondage ont indiqué que les sites de repas collectifs les aident à faire de meilleurs choix alimentaires à leur domicile (38). Malgré leur popularité, peu d'études ont porté sur l'impact réel des sites de repas collectif et de la modification de leur offre sur l'amélioration de la qualité nutritive de l'alimentation (38).

Dans la présente synthèse rapide des connaissances, seule l'étude de Schultz a évalué ce type d'intervention environnementale (23). Elle avait pour but de comparer les résultats en termes d'amélioration des habitudes alimentaires d'un site de repas collectif présentant une offre de service alimentaire bonifiée à un site de repas collectif classique, sans bonification. La bonification incluait l'ajout d'un comptoir à salade et divers autres choix alimentaires plus nutritifs. L'étude ne rapporte aucune différence significative sur les habitudes alimentaires entre le site de repas collectif bonifié et celui non bonifié. En effet, les résultats de l'étude de Schultz et collaborateurs démontrent seulement une réduction de l'apport en viandes transformées chez les participants du site de repas collectif bonifié (23). Ce résultat laisse suggérer que, quelle que soit la qualité de l'offre, les sites de repas collectif maintiennent (aucun déclin, aucune amélioration significative) les habitudes alimentaires quotidiennes des personnes âgées qui les fréquentent. Plus d'études sont nécessaires pour être mesure de répondre à cette hypothèse.

Quelques limites sont à discuter dans cette étude. Premièrement, il est important de mentionner que la population de cette étude est âgée de 70 ans et plus et qu'il est possible que cette intervention puisse ne pas être adaptée pour un groupe de personnes d'âge moyen (50 à 69 ans). La taille des groupes était faible, ce qui réduit considérablement la puissance statistique de cette étude. Les participants de cette étude ont des caractéristiques sociodémographiques similaires, ce qui rend l'étude difficilement généralisable. Finalement, les participants n'étaient pas randomisés dans les groupes.

D'après l'étude de Schultz, ce service ne permet pas de rejoindre la population adulte âgée de 50 à 60 ans, une période d'âge qui pourrait être importante pour la prévention des troubles cognitifs (6). Des études réalisées dans les centres communautaires québécois pourraient être intéressantes pour évaluer l'efficacité d'une intervention environnementale sur l'amélioration des habitudes alimentaires des personnes âgées de 50 ans et plus.

5.2 Interventions pour améliorer à la fois l'accès physique et économique aux aliments

Les interventions qui ont pour but d'améliorer l'accès économique et physique aux aliments auprès des personnes âgées sont le type d'interventions le plus documenté dans la présente synthèse rapide. Plus spécifiquement, la livraison de nourriture (repas à faible coût) à domicile était l'intervention la plus documentée (trois sur quatre études). Les résultats de ces trois études ont montré des changements bénéfiques, soit par rapport à l'apport et au statut nutritionnel des participants. Toutefois, les résultats de ces études ne sont pas en concordance avec une revue de littérature de Campbell et collaborateurs où les auteurs n'ont pas pu émettre de conclusions sur les habitudes alimentaires et sur d'autres variables chez la population aînée, car la majorité des 80 études incluses dans leur revue était de piètre qualité (47). La présente synthèse apporte de constats similaires concernant la qualité des études : pas de groupe contrôle, de petites tailles d'échantillon et des outils de mesures qui ne permettent pas de bien documenter les saines habitudes alimentaires des participants.

Au Québec, 129 organismes dans 15 régions du Québec offrent des repas à prix modique, livrés au domicile des personnes âgées (48). Ceci équivaut à 30 000 personnes âgées qui bénéficient d'un service de popotes roulantes (48). Malgré leur forte popularité (48) qui semble être constamment en croissance, peu d'études de qualité ont évalué ce type d'intervention. Comme les popotes peuvent aussi briser l'isolement social et permettent d'assurer une vigie, elles ont un grand potentiel de changer les habitudes alimentaires des personnes âgées, et des études pourraient aider à soutenir ces constats.

Implanter un supermarché est une intervention environnementale prometteuse déjà documentée qui permet d'améliorer à la fois l'accès physique et l'accès économique aux aliments auprès de la population en général (49). C'est un moyen qui a démontré une augmentation de l'apport en fruits et légumes auprès de la population (12, 50). Améliorer à la fois l'accès physique et l'accès économique des aliments profite davantage aux individus à faible revenu ainsi qu'à ceux qui ont de la difficulté à se déplacer, ce qui est une situation fréquente auprès des aînés québécois (51, 52). Cette intervention étant offerte à la population générale, les personnes âgées (incluant les 50 à 69 ans) peuvent également en profiter.

Finalement, les programmes de livraison de repas à domicile à faible coût permettent d'améliorer l'accès économique, mais aussi l'accès physique aux aliments. Ils sont aussi efficaces pour apporter des changements positifs sur l'apport en calories et en protéines chez les personnes âgées. Cependant, les études incluses pour ce type d'intervention ont ciblé seulement les personnes âgées de 70 ans et plus, ce qui ne permet pas de mesurer l'impact chez les plus jeunes. Elles sont aussi de faible qualité, avec une petite taille d'échantillon, et s'adaptent peu au contexte québécois. De plus, aucune étude n'a recouru à un groupe contrôle. Les études sur les programmes de livraison de repas à domicile apportent peu d'informations sur les modalités de l'intervention. Ces trois études ne décrivent pas le statut socioéconomique des participants, la fréquence de livraison, ni le nombre de repas livré. Finalement, aucune étude n'a été réalisée

auprès d'une population plus jeune (< 70 ans). Les interventions environnementales rejoignent davantage une population plus âgée vivant à domicile et pourraient être peu adaptées à une population plus jeune (entre 50 et 69 ans) encore présente sur le marché du travail et présentant un contexte économique et un contexte de vie différents.

D'autres études rigoureuses qui améliorent à la fois l'accès physique et économique et sont adaptées aux personnes âgées vivant des contextes différents selon leur groupe d'âge (p. ex. à domicile, au travail, avec des problèmes de mobilité) sont nécessaires pour évaluer l'impact de ce type d'intervention sur les saines habitudes alimentaires.

L'étude d'Appleton, dans laquelle les auteurs ont proposé de favoriser l'exposition aux fruits (en en offrant gratuitement aux participants), était favorable aux changements sur les saines habitudes alimentaires. Cependant, ce type d'approche est rarement étudié chez les personnes âgées. En effet, l'exposition à un aliment a souvent été étudiée chez les enfants, et ce type d'approche semble efficace pour adopter de saines habitudes alimentaires (53–55). Il demeure toutefois incertain sur la stratégie d'implantation dans un contexte de santé publique, car peu d'études ont documenté l'efficacité et la pertinence de cette stratégie dans le but d'améliorer la saine alimentation auprès des personnes âgées.

5.3 Intervention dans le but d'améliorer l'accès physique aux aliments

Les troubles de mobilité sont communs chez la population aînée (52), et cette condition est reconnue comme un facteur qui mène à une réduction de l'accès aux aliments de qualité (56). Il s'avère donc intéressant d'implanter une intervention environnementale pour faciliter l'accès aux aliments chez la population aînée. Ce type d'approche spécifique aux personnes âgées a été documenté dans une seule étude dans la présente synthèse rapide des connaissances. Elle a été réalisée au Québec. Cette intervention avait pour but d'améliorer l'accès aux aliments en offrant un site de collecte de boîtes de repas dans la ville de Côte-Saint-Luc où certains intervenants ont observé un manque d'accessibilité auprès des personnes âgées (29). Comme démontré plus haut, les résultats ne semblent pas démontrer d'effets bénéfiques pour améliorer les habitudes alimentaires après dix semaines. Cependant, l'étude incluait seulement quatorze participants, et les méthodes de mesures du statut nutritionnel n'étaient pas adéquates. Les auteurs de cette étude ont porté un suivi complémentaire en ce qui concerne l'impact à long terme de cette intervention. En effet, les auteurs ont remarqué que la ville de Côte-Saint-Luc avait continué de soutenir le projet après que l'étude eut lieu, ceci procurant des effets bénéfiques auprès de la population (p. ex. l'augmentation de la popularité du site de collecte, le développement d'un programme de livraison de repas à domicile). Il semble donc y avoir eu de l'intérêt à adopter et à maintenir ce type d'intervention auprès de la communauté. Documenter les effets sur les habitudes alimentaires ou les autres bénéfices serait une avenue intéressante pour évaluer son efficacité. Une étude américaine a montré des résultats positifs en améliorant l'accès physique aux aliments par la présence d'une camionnette qui transportait des produits frais et se déplaçait dans les quartiers à faible revenu où se trouvaient deux résidences pour personnes

âînées, vendant des fruits et légumes à une fraction des prix habituels des supermarchés (57). En effet, l'intervention a augmenté significativement la consommation de légumes après cinq mois. De plus, une étude par Miewald et collaborateurs a montré que ceux qui participent à un programme de boîtes alimentaires consomment significativement plus de fruits et légumes que ceux qui ne participent pas à ce type de programme (58). Cette étude a inclus des participants âgés de 19 à 65 ans et plus, ce qui laisse croire qu'il y a une possibilité que ce type d'intervention environnementale soit efficace chez la population âgée. Toutefois, il existe encore peu de connaissances disponibles sur les interventions spécifiques aux aînés pour améliorer l'accès physique aux aliments dans le but de favoriser la saine alimentation. Il est encore plus incertain que l'approche de cette intervention doive ou non être modulée en fonction du groupe d'âge des aînés (50-69 ans vs 70 ans et plus).

5.4 Explorer la pertinence de développer ou d'adapter des interventions spécifiques pour les personnes âgées

À la suite de l'analyse des différentes interventions visant à améliorer l'alimentation des personnes âgées de 50 ans et plus, il s'avère important de se questionner sur la pertinence de moduler ou d'adapter des interventions à cette population.

Selon un rapport de la Table québécoise sur la saine alimentation (TQSA) de 2021 (59), plus de 806 interventions faites par 306 organisations ont été recensées dans sept secteurs d'activité. Sur ces 806 interventions, l'amélioration de la disponibilité des aliments était l'intervention la plus fréquemment implantée. Le public cible de ces interventions était majoritairement la population âgée. Bien que le rapport de la TQSA n'apporte pas de résultats concrets sur l'impact de ces interventions sur les habitudes alimentaires des personnes âgées, il demeure intéressant d'observer que plusieurs interventions existantes ciblent déjà spécifiquement cette population au Québec. Une analyse plus approfondie est nécessaire pour connaître l'impact de ces interventions sur les habitudes alimentaires ou d'autres bénéfices indirects (p. ex. briser l'isolement).

D'après les résultats de cette synthèse rapide des connaissances, il semble y avoir un manque de connaissances entourant les interventions environnementales visant à améliorer l'alimentation des personnes âgées de 50 à 69 ans. Ce manque de connaissances dans ce groupe d'âge est important, car la population âgée de 50 à 69 ans vit dans un contexte différent. C'est-à-dire qu'elle est généralement encore présente sur le marché du travail (60), dans une période importante en ce qui concerne la prévention des troubles cognitifs (6) et que ses besoins en termes d'apport alimentaire sont différents de ceux des personnes plus âgées (61, 62). D'autre part, comme seules six études étaient répertoriées auprès des 70 ans et plus, il n'est pas possible d'inférer sur les bénéfices de ces interventions sur les habitudes alimentaires de la population âgée de 50 à 69 ans. Néanmoins, les interventions environnementales pour la population en général semblent adaptées et suffisantes pour cette population (63, 64). D'autres études s'adressant spécifiquement à ce groupe d'âge seraient nécessaires pour confirmer cette hypothèse.

Les interventions visaient trois types d'environnement (physique, économique et amélioration de l'offre). Cependant, d'autres éléments environnementaux importants n'ont pas été étudiés chez la population de 70 ans et plus. Par exemple, une grande proportion de personnes âgées vit seule à domicile comparé à d'autres groupes d'âge (42). L'isolement social peut mener à la dépression et avoir un impact significatif sur les habitudes alimentaires (65). Des interventions environnementales misant sur la participation sociale des aînés seraient tout de même pertinentes dans le contexte de favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires.

En résumé, deux populations semblent se démarquer. Les personnes âgées de 50 à 69 ans semblent bénéficier des interventions communautaires destinées au grand public (63, 64). Tandis que la population âgée de 70 ans et plus peut profiter des interventions communautaires destinées au grand public, des interventions spécifiques à ses besoins sont aussi disponibles pour favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires. À la lumière des résultats de cette synthèse rapide des connaissances, il est difficile de conclure à la pertinence de développer ou de moduler certaines interventions environnementales spécifiques pour les personnes âgées.

5.5 Forces et limites

La rigueur de la démarche méthodologique, la systématisation du processus d'analyse des résultats et l'interprétation des résultats constituent les forces de cette synthèse rapide des connaissances.

Cette synthèse comporte aussi des limites. Premièrement, aucune évaluation systématique de la qualité méthodologique n'a été faite, si ce n'est qu'à partir de grands paramètres (présence de groupe contrôle, randomisation, taille de l'échantillon, recours à des outils validés). Bien que ces deux pratiques ne fassent pas partie du mandat de cette synthèse, ceci limite la possibilité de conclure sur l'efficacité des mesures présentées.

Ensuite, la faible quantité d'articles inclus et les grandes diversités méthodologiques concernant la mesure de l'apport alimentaire entre ces études rendent difficile l'interprétation des résultats. En effet, seulement six études ont été répertoriées et quatre types de mesures ont été utilisés pour étudier la saine alimentation. De plus, seule une étude incluait un groupe contrôle (23). Cette hétérogénéité entre ces études rend difficiles la comparaison des résultats et l'identification de pistes d'actions pour le développement de futures interventions environnementales.

L'exclusion de la population âgée qui vit en résidence réduit une grande partie de l'échantillon à étudier. Comme l'objectif de cette synthèse était spécifique à la population âgée vivant dans la communauté, ceci permet de réduire le risque d'inclure des personnes âgées atteintes de maladies chroniques ou d'autres troubles qui pourraient affecter les habitudes alimentaires. Néanmoins, inclure la population vivant en résidence pourrait être une avenue intéressante pour une prochaine revue de littérature.

Une dernière limite est inhérente aux caractéristiques des études incluses dans cette synthèse rapide. En effet, comme mentionné plus haut, l'âge moyen des participants était de 75 ans et plus, ce qui rend difficile la généralisation des résultats pour la population âgée de 50 à 74 ans. Aussi, les études avaient une taille d'échantillon faible, ce qui peut limiter l'interprétation des résultats. Finalement, la majorité des études ont utilisé la consommation de fruits et légumes comme résultante d'une saine alimentation. Cependant, les saines habitudes alimentaires ne sont pas exclusives à la consommation de fruits et légumes. Chez les aînés, consommer une plus grande proportion de protéines dans leur alimentation serait favorable à maintenir leur masse musculaire (62) et à réduire le risque de trouble de mobilité (66).

En bref, les limites de cette synthèse rapide et les différences méthodologiques mettent en évidence la nécessité de mener davantage d'études qui permettent de bien documenter l'impact des interventions environnementales sur la saine alimentation auprès de la population âgée de 50 ans et plus. Ces études pourraient s'inspirer des stratégies ciblant d'autres groupes d'âge ou l'ensemble de la population afin de s'assurer de couvrir tout le spectre des stratégies préventives possibles.

6 CONCLUSION

La population aînée est celle qui montre la plus faible proportion de consommation de fruits et légumes. Cette synthèse rapide a démontré qu'il existe très peu de connaissances sur lesquelles s'appuyer pour mettre en lumière les interventions environnementales les plus pertinentes dans le but de prévenir le développement des troubles cognitifs chez cette population. De plus, l'absence d'études incluant des personnes âgées de 50 à 69 ans met en évidence le besoin de nouvelles études avant de pouvoir émettre des conclusions robustes dans le contexte de prévention des troubles cognitifs. Toutefois, les stratégies environnementales qui touchent la population générale pourraient être bénéfiques pour les personnes âgées de 50 ans et plus, mais les personnes âgées de 70 ans et plus pourraient profiter des interventions spécifiques à leurs besoins. Ainsi, cette synthèse rapide des connaissances invite à poursuivre le développement et l'étude des interventions environnementales visant à faciliter l'adoption des saines habitudes alimentaires chez les personnes âgées et à les soutenir.

7 BIBLIOGRAPHIE

1. Wright RS, Waldstein SR, Kuczmarski MF, Pohlig RT, Gerassimakis CS, Gaynor B, *et al.* Diet quality and cognitive function in an urban sample: findings from the Healthy Aging in Neighborhoods of Diversity across the Life Span (HANDLS) study. *Public Health Nutr.* 2017;20(1):92-101.
2. Wang X, Ouyang Y, Liu J, Zhu M, Zhao G, Bao W, *et al.* Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ.* 29 juill 2014;349:g4490.
3. Carter P, Gray LJ, Troughton J, Khunti K, Davies MJ. Fruit and vegetable intake and incidence of type 2 diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 19 août 2010;341:c4229.
4. Santé Canada. Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation [En ligne]. Santé Canada; 2019 janv; [cité le 14 avr 2023]. Rapport n° 170 463. Disponible : <https://guide-alimentaire.canada.ca/fr/directrices/>
5. Mullie P, Clarys P, Hulens M, Vansant G. Dietary patterns and socioeconomic position. *Eur J Clin Nutr.* 1^{er} mars 2010;64(3):231-8.
6. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, *et al.* Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet.* 8 août 2020; 396(10 248):413-46.
7. Watson L, Leslie W, Hankey C. Under-nutrition in old age: diagnosis and management. *Rev Clin Gerontol.* 2006;16(1):23-34.
8. Plante C, Blanchet C, Rochette L. La consommation des aliments chez les Québécois selon les recommandations du Guide alimentaire canadien. Québec (Québec) : Institut national de santé publique du Québec; 2019. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2616>
9. Freeland-Graves JH, Nitzke S. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Total Diet Approach to Healthy Eating. *J Acad Nutr Diet.* 1 févr 2013;113(2):307-17.
10. Marccone MF, Madan P, Grodzinski B. An overview of the sociological and environmental factors influencing eating food behavior in Canada. *Front Nutr.* 2020;7:77.
11. Delerue Matos A, Barbosa F, Cunha C, Voss G, Correia F. Social isolation, physical inactivity and inadequate diet among European middle-aged and older adults. *BMC Public Health.* 15 mai 2021;21(1):924.
12. Brambila-Macias J, Shankar B, Capacci S, Mazzocchi M, Perez-Cueto FJ, Verbeke W, *et al.* Policy interventions to promote healthy eating: a review of what works, what does not, and what is promising. *Food Nutr Bull.* 2011;32(4):365-75.
13. Capacci S, Mazzocchi M, Shankar B, Brambila Macias J, Verbeke W, Pérez-Cueto FJ, *et al.* Policies to promote healthy eating in Europe: a structured review of policies and their effectiveness. *Nutr Rev.* 2012;70(3):188-200.

14. Lin B, Yen ST, Dong D, Smallwood DM. Economic incentives for dietary improvement among food stamp recipients. *Contemp Econ Policy*. 2010;28(4):524-36.
15. Ashfield-Watt P, Welch A, Godward S, Bingham S. Effect of a pilot community intervention on fruit and vegetable intakes: use of FACET (Five-a-day Community Evaluation Tool). *Public Health Nutr*. 2007;10(7):671-80.
16. Sachdev PS, Blacker D, Blazer DG, Ganguli M, Jeste DV, Paulsen JS, *et al*. Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. *Nat Rev Neurol*. 1 nov 2014;10(11):634-42.
17. Infocentre de santé publique du Québec. Portail de l'Infocentre [En ligne]. Québec (Québec); [cité le 17 janv 2023]. Disponible : <https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>
18. Aubé D. *La santé cognitive, une nouvelle cible pour vieillir en santé* [En ligne]. INSPQ; 2017 nov; [cité le 29 mars 2017]. Disponible : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2323_sante_cognitive_vieillir_sante.pdf
19. Public Health Agency of Canada, éditeur. Neurological Health Charities Canada. Mapping connections: An understanding of neurological conditions in Canada [En ligne]. 2014. Disponible : <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/dementia-highlights-canadian-chronic-disease-surveillance.html>
20. Sabia S, Fayosse A, Dumurgier J, Schnitzler A, Empana JP, Ebmeier KP, *et al*. Association of ideal cardiovascular health at age 50 with incidence of dementia: 25 year follow-up of Whitehall II cohort study. *BMJ*. 2019;366.
21. Yassine HN, Samieri C, Livingston G, Glass K, Wagner M, Tangney C, *et al*. Nutrition state of science and dementia prevention: recommendations of the Nutrition for Dementia Prevention Working Group. *Lancet Healthy Longev*. 2022;3(7):e501-12.
22. Scarmeas N, Luchsinger JA, Schupf N, Brickman AM, Cosentino S, Tang MX, *et al*. Physical activity, diet, and risk of Alzheimer disease. *Jama*. 2009;302(6):627-37.
23. Schultz S, Francis SL, Russell C, Getty T, Bauman A, Shelley M. Encore Cafe: An Innovative and Effective Congregate Nutrition Program. *J Nutr Gerontol Geriatr*. 2021;40(4):261-79.
24. Bingham SA. The dietary assessment of individuals; methods, accuracy, new techniques and recommendation. *Nutr Abst Rev Ser A*. 1987;57:705-42.
25. Bailey RL, Miller PE, Mitchell DC, Hartman TJ, Lawrence FR, Sempos CT, *et al*. Dietary screening tool identifies nutritional risk in older adults. *Am J Clin Nutr*. 2009;90(1):177-83.
26. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto M, Rolland Y, Guigoz Y, *et al*. Overview of the MNA® -Its history and challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006;10(6):456.
27. Ullevig SL, Sosa ET, Crixell S, Uc E, Greenwald B, Marceaux S, *et al*. Impact of Home-Delivered Meals on Nutrition Status and Nutrient Intake among Older Adults in Central Texas. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(7):861-8.

28. White JV, Dwyer JT, Posner BM, Ham RJ, Lipschitz D, Wellman NS. Nutrition screening initiative: development and implementation of the public awareness checklist and screening tools. *J Am Diet Assoc.* 1992;
29. Rose Bell E, Rose M, Roll C, Dupont S. The Good Food Box Pilot Project as a Contribution to Addressing Food Accessibility in the Elderly. *Can J Diet Pract Res.* 75(4):191-4.
30. Appleton KM. Increases in fruit intakes in older low consumers of fruit following two community-based repeated exposure interventions. *Br J Nutr.* 2013;109(5):795-801.
31. Wright L, Vance L, Sudduth C, Epps JB. The Impact of a Home-Delivered Meal Program on Nutritional Risk, Dietary Intake, Food Security, Loneliness, and Social Well-Being. *J Nutr Gerontol Geriatr.* 2015;34(2):218-27.
32. Walton K, Charlton KE, Manning F, McMahon AT, Galea S, Evans K. The nutritional status and energy and protein intakes of MOW clients and the need for further targeted strategies to enhance intakes. *Appetite.* 2015;95:528-32.
33. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(6):M366-72.
34. Ciccarelli LA. Reducing food insecurity in Kingston: an evaluation of the good food box program. Queen's University at Kingston; 1998.
35. Stenekes A. Evaluation of the Barrie Good Food Box: A Programme of the Barrie Community Health Centre. Mimeo; 2008.
36. Callen BL, Wells TJ. Views of community-dwelling, old-old people on barriers and aids to nutritional health. *J Nurs Scholarsh.* 2003;35(3):257-62.
37. Song HJ, Simon JR, Patel DU. Food preferences of older adults in senior nutrition programs. *J Nutr Gerontol Geriatr.* 2014;33(1):55-67.
38. Lloyd JL, Wellman NS. Older Americans act nutrition programs: a community-based nutrition program helping older adults remain at home. *J Nutr Gerontol Geriatr.* 2015;34(2):90-109.
39. Kirsten J. Colello. Older Americans act: nutrition services program [En ligne]. 2018. Disponible : <https://sgp.fas.org/crs/misc/IF10633.pdf>
40. Older Americans Act [En ligne] [cité le 24 févr 2023]. Disponible : <https://acl.gov/sites/default/files/about-acl/2020-04/Older%20Americans%20Act%20Of%201965%20as%20amended%20by%20Public%20Law%20116-131%20on%203-25-2020.pdf>
41. AQCCA. Rapport d'activités 2021-2022 de l'Association québécoise des centres communautaires pour aînés (AQCCA) [En ligne] ; [cité le 28 mars 2023]. Disponible : https://www.aqcca.org/images/stories/pdf/Rapport-annuel/ra_2021_2022_aqcca_vf.pdf

42. Statistique Canada. Seul chez soi : Le nombre de personnes vivant seules est plus élevé que jamais, mais les colocataires sont le type de ménage qui connaît la plus forte croissance [En ligne]. Statistique Canada; 2022 juill [cité le 12 avr 2023]. (Le Quotidien). Rapport n° 11-001-X. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220713/dq220713a-fra.pdf>
43. Francis SL, MacNab L, Shelley M. A theory-based newsletter nutrition education program reduces nutritional risk and improves dietary intake for congregate meal participants. *J Nutr Gerontol Geriatr*. 2014;33(2):91-107.
44. Brewer D, Dickens E, Stephenson T, Gaetke L. Color your plate: a pilot nutrition education intervention to increase fruit and vegetable intake among seniors participating in the congregate meal site program in Kentucky senior centers. *J Acad Nutr Diet*. 2016;116:A13-A13.
45. MacNab LR, Davis K, Francis SL, Violette C. Whole grain nutrition education program improves whole grain knowledge and behaviors among community-residing older adults. *J Nutr Gerontol Geriatr*. 2017;36(4):189-98.
46. Lillehoj CJ, Yap L, Montgomery D, Shelley M, Francis SL. Nutritional risk among congregate meal site participants: benefits of a SNAP-Ed Program. *J Nutr Gerontol Geriatr*. 2018;37(3-4):204-17.
47. Campbell AD, Godfryd A, Buys DR, Locher JL. Does participation in home-delivered meals programs improve outcomes for older adults? Results of a Systematic Review. *J Nutr Gerontol Geriatr*. 3 avr 2015;34(2):124-67.
48. Regroupement des popotes roulantes. Rapport d'activité du regroupement des popotes roulantes du Québec [En ligne]. Regroupement des popotes roulantes; 2022 [cité le 23 févr 2023]. Disponible : <https://popotes.org/wp-content/uploads/2022/06/Rapport-dactivites-2021-2022.pdf>
49. Robitaille E, Chaput S, Paquette M-C. Interventions visant à modifier l'accessibilité géographique à des commerces d'alimentation et impacts sur l'alimentation et le poids corporel. Québec (Québec) : Institut national de santé publique du Québec; 2019. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2591>
50. Eyles H, Ni Mhurchu C, Nghiem N, Blakely T. Food pricing strategies, population diets, and non-communicable disease: a systematic review of simulation studies. *PLOS Med*. 11 déc 2012; 9(12):e1001353.
51. Fontaine MM. Revenu et faible revenu au Québec en 2019 : les plus récentes données et les tendances depuis 25 ans [En ligne]. Institut de la Statistique du Québec; 2022 févr [cité le 13 avr 2023]. (Zoom Société). Disponible : https://statistique.quebec.ca/docs-ken/multimedia/PB01608FR_revenudepenses2022H00F00.pdf
52. Bizier C, Fawcett G, Gilbert S. Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012 Les troubles de mobilité chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus, 2012 [En ligne]. Statistique Canada; 2016 juill [cité le 12 avr 2023]. Rapport n° 89-654-X2016005. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-654-x/89-654-x2016005-fra.pdf?st=CseEAMij>
53. Lakkakula A, Geaghan JP, Wong WP, Zanovec M, Pierce SH, Tuuri G. A cafeteria-based tasting program increased liking of fruits and vegetables by lower, middle and upper elementary school-age children. *Appetite*. 2011;57(1):299-302.

54. Lakkakula A, Geaghan J, Zanovec M, Pierce S, Tuuri G. Repeated taste exposure increases liking for vegetables by low-income elementary school children. *Appetite*. 2010;55(2):226-31.
55. Davis EM, Cullen KW, Watson KB, Konarik M, Radcliffe J. A Fresh Fruit and Vegetable Program improves high school students' consumption of fresh produce. *J Am Diet Assoc*. 2009;109(7):1227-31.
56. Lee JS. Food insecurity and healthcare costs: research strategies using local, state, and national data sources for older adults. *Adv Nutr Bethesda Md*. 2013;4(1):42-50.
57. AbuSabha R, Namjoshi D, Klein A. Increasing access and affordability of produce improves perceived consumption of vegetables in low-income seniors. *J Am Diet Assoc*. 1 oct 2011;111(10):1549-55.
58. Miewald C, Holben D, Hall P. Role of a food box program: in fruit and vegetable consumption and food security. *Can J Diet Pract Res*. 2012;73(2):59-65.
59. Gamache S, Boonfaes E, Perron J. Accès universel à une offre alimentaire de qualité au Québec : actions, besoins et collaborations intersectorielles [En ligne]. Table québécoise sur la saine alimentation; 2021 juin. Disponible : <https://tqsa.ca/article/acces-universel-a-une-offre-alimentaire-de-qualite-actions-besoins-et-collaborations-intersectorielles>
60. Taux d'activité et taux d'emploi, résultats selon le groupe d'âge détaillé, 1976-2022, Québec, Ontario et Canada [En ligne]; [cité le 27 févr 2023]. Disponible : <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/taux-dactivite-et-taux-demploi-resultats-selon-le-groupe-dage-detaille-quebec-ontario-et-canada#tri regn=2&tri sexe=1>
61. Blumberg J. Nutrient requirements of the healthy elderly—Should there be specific RDAs? *Nutr Rev* [En ligne]. Août 1994;52(8). Disponible : <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/nutrient-requirements-healthy-elderly-should/docview/212313672/se-2?accountid=13835>
62. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, *et al*. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE study group. *J Am Med Dir Assoc*. 1 août 2013;14(8):542-59.
63. Lyonnais MJ, Rafferty AP, Spratt S, Jilcott Pitts S. A produce prescription program in Eastern North Carolina results in increased voucher redemption rates and increased fruit and vegetable intake among participants. *Nutrients*. 2022;14(12):2431-N.PAG.
64. Berkowitz SA, O'Neill J, Sayer E, Shahid NN, Petrie M, Schouboe S, *et al*. Health center-based community-supported agriculture: an RCT. *Am J Prev Med*. 2019;57(6 Suppl 1):S55-64.
65. Ramage-Morin P, Garriguet D. Risque nutritionnel chez les Canadiens âgés [En ligne]. Statistique Canada; 2013 mars [cité le 12 avr 2023]. Report No.: 82-003-X. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2013003/article/11773-fra.pdf?st=gZ0LtZld>
66. Houston DK, Toozee JA, Garcia K, Visser M, Rubin S, Harris TB, *et al*. Protein intake and mobility limitation in community-dwelling older adults: The Health ABC Study. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(8):1705-11.

ANNEXE 1 MÉTHODE UTILISÉE POUR LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE DANS LES ÉCRITS SCIENTIFIQUES — VERSION INTÉGRALE

Devis utilisé

Synthèse rapide des connaissances

Recherche documentaire

Repérage

Une démarche systématisée a permis l'identification des articles utilisés dans cette synthèse rapide des connaissances. Le repérage des articles a été fait dans les grandes bases de données suivantes :

- Ovid MEDLINE
- AgeLine
- Health Policy Reference Center
- CINAHL Complete

Les limites imposées portaient sur la population étudiée (âgée de 50 ans et plus), la langue de publication (anglais et français), la période couverte (2013-2023) et les pays membres de l'OCDE.

Les mots-clés utilisés étaient des déclinaisons des concepts suivants :

- Santé communautaire
- Personne âgée
- Politique
- Alimentation

Par la suite, une recherche manuelle à partir des listes de références bibliographiques des articles retenus a été réalisée. Les tableaux 4 à 6 présentent le plan de concepts et les stratégies de recherche utilisées.

Tableau 4 Plan de concepts (mots-clés en anglais)

Concept 1 : Community health planning
Community Health Planning/ or Community Health Services/ or Community Networks/ or Community Participation/ or Community Resources/ or Local Government/ or Regional Health Planning/ or Rural Health Services/ or Rural Population/ or Suburban Health Services/ or Urban Health Services/ or Urban Population/ or (cities or city or communit* or congregate or counties or county or federal or local or metropolitan or municipal* or neighbo?rhood* or regional or rural or suburban or town* or urban*).ti,kf.
Concept 2 : Older adults
Aged/ or Aging/ or Geriatrics/ or Health Services for the Aged/ or Homes for the Aged/ or Middle Aged/ or (aged or ag?ing or centenarian* or elder* or geriatr* or gerontolog* or "middle age*" or nonagenarian* or octagenarian* or ((old or retired) adj2 (age or client* or in-patient* or individual* or inpatient* or m#n or out-patient* or outpatient* or patient* or people* or person* or resident* or wom#n)) or older* or retiree* or senescen* or senior* or septuagenarian* or sexagenarian* or supercentenarian* or veteran*).ti,kf.
Concept 3 : Policy
exp "Nutrition Policy"/ or Preventive Health Services/ed, og or (((food* or nutriti*) and program*) or (health* and (advoca* or approach* or assess* or awareness or campaign* or communicat* or educat* or efficac* or evaluat* or initiative* or intervention* or policies or policy* or prevent* or project* or program* or promot* or service* or strateg* or usability))).ti,kf. or ((community adj2 intervention*) or ((food* or nutriti*) adj4 program*) or (health* adj4 (advoca* or approach* or assess* or awareness or campaign* or communicat* or educat* or efficac* or evaluat* or initiative* or intervention* or policies or policy* or prevent* or project* or program* or promot* or service* or strateg* or usability))).ab.
Concept 4 : Nutrition
exp "Diet, Food, and Nutrition"/ or Nutrition Therapy/ or (calori* or cook* or cuisine* or diet* or eat* or energy or food* or fruit* or intake* or lunch* or meal* or menu* or nutriti* or restaurant* or snack* or vegetable*).ti,kf.

Tableau 5 Stratégie de recherche dans Medline (OVID*)

Interrogée le 2022-11-01

#	Requête	Résultats
1	Community Health Planning/ or Community Health Services/ or Community Networks/ or Community Participation/ or Community Resources/ or Local Government/ or Regional Health Planning/ or Rural Health Services/ or Rural Population/ or Suburban Health Services/ or Urban Health Services/ or Urban Population/ or (cities or city or communit* or congregate or counties or county or federal or local or metropolitan or municipal* or neighbo?rhood* or regional or rural or suburban or town* or urban*).ti,kf.	704762
2	exp Aged/ or Aging/ or Geriatrics/ or Health Services for the Aged/ or Homes for the Aged/ or Middle Aged/ or (aged or ag?ing or centenarian* or elder* or geriatr* or gerontolog* or "middle age*" or nonagenarian* or octagenarian* or ((old or retired) adj2 (age or client* or in-patient* or individual* or inpatient* or m#n or out-patient* or outpatient* or patient* or people* or person* or resident* or wom#n)) or older* or retiree* or senescen* or senior* or septuagenarian* or sexagenarian* or supercentenarian* or veteran*).ti,kf.	5807818

#	Requête	Résultats
3	exp "Nutrition Policy"/ or Preventive Health Services/ed, og or (((food* or nutriti*) and program*) or (health* and (advoca* or approach* or assess* or awareness or campaign* or communicat* or educat* or efficac* or evaluat* or initiative* or intervention* or policies or policy* or prevent* or project* or program* or promot* or service* or strateg* or usability))).ti,kf. or ((community adj2 intervention*) or ((food* or nutriti*) adj4 program*) or (health* adj4 (advoca* or approach* or assess* or awareness or campaign* or communicat* or educat* or efficac* or evaluat* or initiative* or intervention* or policies or policy* or prevent* or project* or program* or promot* or service* or strateg* or usability))).ab.	823172
4	exp "Diet, Food, and Nutrition"/ or Nutrition Therapy/ or (calori* or cook* or cuisine* or diet* or eat* or energy or food* or fruit* or intake* or lunch* or meal* or menu* or nutriti* or restaurant* or snack* or vegetable*).ti,kf.	2280909
5	and/1-4	2505
6	5 not (((developing or ((least or less or lesser) adj developed) or undeveloped or "under-developed" or ((low or lower) adj3 (income* or resource*)) or undeserved or under-served or deprived or poor or poorer or transition or transitional) adj (countr* or econom* or nation* or population*)) or "third world*" or ((south or middle) adj "east asia*") or ((central or east* or south* or west* or "sub saharan" or subsaharan) adj africa*) or Afghan* or Angola* or Angolese* or Angolian* or Armenia* or Bangladesh* or Benin* or Bhutan* or Birma* or Brazil* or Burma* or Birmese* or Burmese* or Boliv* or Botswana* or "Burkina Faso*" or Burundi* or "Cabo Verde*" or Cambod* or Cameroon* or "Cape Verd*" or Chad or China or Chinese or Colombia* or Comoro* or Congo* or "Cote d'Ivoire*" or Djibouti* or Egypt* or "El Salvador*" or "Equatorial Guinea*" or Eritre* or Ethiopia* or Gabon* or Gambia* or Gaza* or Ghan* or Guatemal* or Guinea or Haiti* or Hondur* or India* or Indones* or Iran* or "Ivory Coast*" or Japan* or Kenya* or Kiribati* or Korea* or Kosovo* or Kyrgyz* or "Lao PDR*" or Laos* or Lesotho* or Liberia* or Madagascar* or Malaw* or Malaysia* or Mali or Mauritan* or Mauriti* or Micronesi* or Mocambiqu* or Moldov* or Mongolia* or Morocc* or Mozambiqu* or Myanmar* or Namibia* or Nepal* or Nicaragua* or Niger* or Pakistan* or Palestinian* or "Papua New Guinea*" or Philippine* or Rhodesia* or Rwanda* or Samoa* or "Sao Tome*" or Senegal* or "Sierra Leone*" or "Solomon Islands*" or Somalia* or "South Sudan*" or "Sri Lanka*" or Sudan* or Swaziland* or Syria* or Tajikist* or Tanzan* or Thailand or Timor* or Togo* or Tonga* or Tunis* or Ugand* or Ukrain* or Uzbekistan* or Vanuatu* or Vietnam* or "West Bank*" or Yemen* or Zaire* or Zambia* or Zimbabw* or adolescent* or biochar or child* or exercis* or frail* or impair* or "long-term care" or mice or "nursing home*" or (physical adj (activit* or fitness or performance*)) or rat or rats or student* or toddler* or water*).ti.	1522
7	6 and (english or french).lg.	1453
8	/ 7 yr=2013-2023	904

*<https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&NEWS=N&PAGE=main&SHAREDSEARCHID=6c4YlsndJqsDXjFkriSV1qHbjXPIJM4us2rYjbM7t7eT3QQhYeOppFMrhTfH5PPxa>

Tableau 6 Stratégie de recherche pour Ageline, Health Policy Reference Center, CINAHL Complete (EBSCO)

Interrogée le 2022-11-01

#	Requête	Résultats
S1	TI (cities OR city OR communit* OR congregate OR counties OR county OR federal OR local OR metropolitan OR municipal* OR neighbo#rhood* OR regional OR rural OR suburban OR town* OR urban*) OR SU (cities OR city OR communit* OR congregate OR counties OR county OR federal OR local OR metropolitan OR municipal* OR neighbo#rhood* OR regional OR rural OR suburban OR town* OR urban*)	489 669
S2	TI (aged OR ag#ing OR centenarian* OR elder* OR geriatr* OR gerontolog* OR "middle age**" OR nonagenarian* OR octagenarian* OR ((old OR retired) N1 (age OR client* OR in-patient* OR individual* OR inpatient* OR m?n OR out-patient* OR outpatient* OR patient* OR people* OR person* OR resident* OR wom?n)) OR older* OR retiree* OR senescen* OR senior* OR septuagenarian* OR sexagenarian* OR supercentenarian* OR veteran*) OR SU (aged OR ag#ing OR centenarian* OR elder* OR geriatr* OR gerontolog* OR "middle age**" OR nonagenarian* OR octagenarian* OR ((old OR retired) N1 (age OR client* OR in-patient* OR individual* OR inpatient* OR m?n OR out-patient* OR outpatient* OR patient* OR people* OR person* OR resident* OR wom?n)) OR older* OR retiree* OR senescen* OR senior* OR septuagenarian* OR sexagenarian* OR supercentenarian* OR veteran*)	1 756 508
S3	TI (((food* OR nutriti*) AND program*) OR (health* AND (advoca* OR approach* OR assess* OR awareness OR campaign* OR communicat* OR educat* OR efficac* OR evaluat* OR initiative* OR intervention* OR policies OR policy* OR prevent* OR project* OR program* OR promot* OR service* OR strateg* OR usability))) OR AB ((community N1 intervention*) OR ((food* OR nutriti*) N3 program*) OR (health* N3 (advoca* OR approach* OR assess* OR awareness OR campaign* OR communicat* OR educat* OR efficac* OR evaluat* OR initiative* OR intervention* OR policies OR policy* OR prevent* OR project* OR program* OR promot* OR service* OR strateg* OR usability))) OR SU (((food* OR nutriti*) AND program*) OR (health* AND (advoca* OR approach* OR assess* OR awareness OR campaign* OR communicat* OR educat* OR efficac* OR evaluat* OR initiative* OR intervention* OR policies OR policy* OR prevent* OR project* OR program* OR promot* OR service* OR strateg* OR usability)))	1 455 607
S4	TI (calori* OR cook* OR cuisine* OR diet* OR eat* OR energy OR food* OR fruit* OR intake* OR lunch* OR meal* OR menu* OR nutriti* OR restaurant* OR snack* OR vegetable*) OR SU (calori* OR cook* OR cuisine* OR diet* OR eat* OR energy OR food* OR fruit* OR intake* OR lunch* OR meal* OR menu* OR nutriti* OR restaurant* OR snack* OR vegetable*)	502 504
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	3 729
S6	S5 NOT TI (((developing OR ((least OR less OR lesser) W0 developed) OR undeveloped OR "under-developed" OR ((low OR lower) N2 (income* OR resource*)) OR undeserved OR under-served OR deprived OR poor OR poorer OR transition OR transitional) W0 (count* OR econom* OR nation* OR population*)) OR "third world**" OR ((south OR middle) W0 "east asia**") OR ((central OR east* OR south* OR west* OR "sub saharan" OR subsaharan) W0 africa*) OR Afghan* OR Angola* OR Angolese* OR Angolian* OR Armenia* OR Bangladesh* OR Benin* OR Bhutan* OR Birma* OR Brazil* OR Burma* OR Birmese* OR Burmese* OR Boliv* OR Botswan* OR "Burkina Faso**" OR Burundi* OR "Cabo Verde**" OR Cambod* OR Cameroon* OR "Cape Verd**" OR Chad OR China OR Chinese OR Colombia* OR Comoro* OR Congo* OR "Cote d'Ivoire**" OR Djibouti* OR Egypt* OR "El Salvador**" OR "Equatorial	2 698

#	Requête	Résultats
	Guinea*" OR Eritre* OR Ethiopia* OR Gabon* OR Gambia* OR Gaza* OR Ghan* OR Guatemal* OR Guinea OR Haiti* OR Hondur* OR India* OR Indones* OR Iran* OR "Ivory Coast*" OR Japan* OR Kenya* OR Kiribati* OR Korea* OR Kosovo* OR Kyrgyz* OR "Lao PDR*" OR Laos* OR Lesotho* OR Liberia* OR Madagascar* OR Malaw* OR Malaysia* OR Mali OR Mauritan* OR Mauriti* OR Micronesi* OR Mocambiqu* OR Moldov* OR Mongolia* OR Morocc* OR Mozambiqu* OR Myanmar* OR Namibia* OR Nepal* OR Nicaragua* OR Niger* OR Pakistan* OR Palestinian* OR "Papua New Guinea*" OR Philippine* OR Rhodesia* OR Rwanda* OR Samoa* OR "Sao Tome*" OR Senegal* OR "Sierra Leone*" OR "Solomon Islands*" OR Somalia* OR "South Sudan*" OR "Sri Lanka*" OR Sudan* OR Swaziland* OR Syria* OR Tajikist* OR Tanzan* OR Thailand OR Timor* OR Togo* OR Tonga* OR Tunis* OR Ugand* OR Ukrain* OR Uzbekistan* OR Vanuatu* OR Vietnam* OR "West Bank*" OR Yemen* OR Zaire* OR Zambia* OR Zimbabw* OR adolescent* OR biochar OR child* OR exercis* OR frail* OR impair* OR "long-term care" OR mice OR "nursing home*" OR (physical W0 (activit* OR fitness OR performance*)) OR rat OR rats OR student* OR toddler* OR water*)	
S7	S6 AND (DT 2013-2023)	1 284

Sélection

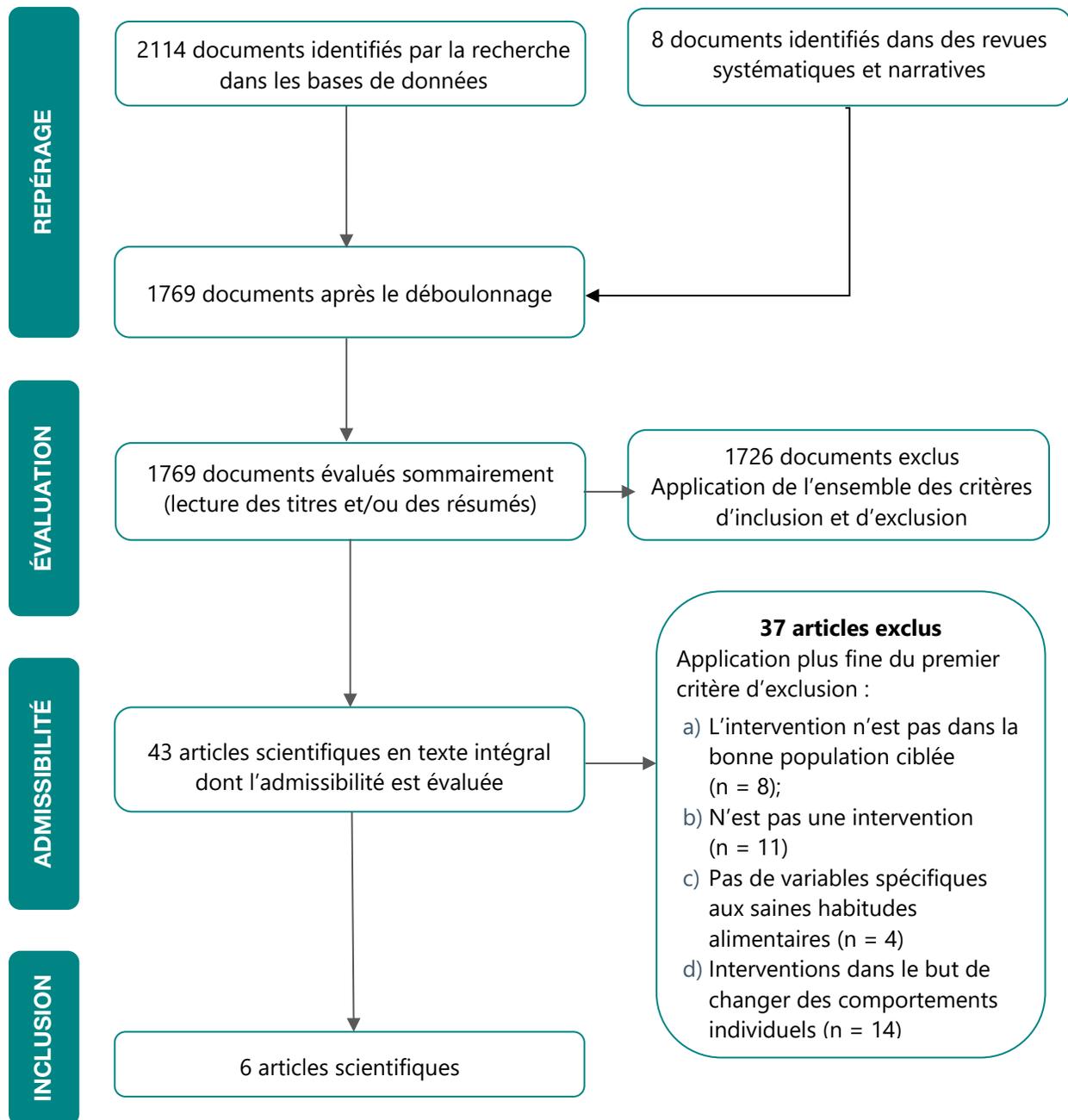
Pour être inclus dans cette synthèse rapide, les articles devaient porter sur une intervention environnementale (politique, économique, physique ou culturelle) dans le but d'améliorer les saines habitudes alimentaires (groupe d'aliments spécifique, apports nutritionnels, qualité de l'alimentation, comportements alimentaires ou saines habitudes alimentaires) chez les personnes âgées de 50 ans et plus.

Les articles étaient exclus si :

- la population à l'étude avait reçu un diagnostic de maladie chronique;
- les personnes âgées recrutées ne vivaient pas dans la communauté (en résidence pour personnes âgées, dans un centre hospitalier, etc.);
- la population à l'étude était âgée de moins de 50 ans ou l'étude incluait des participants de moins de 50 ans;
- l'intervention était exclusivement axée sur les comportements individuels (ex. : intervention éducative);
- l'étude présentait un protocole de recherche;
- l'étude ne présentait pas de résultat sur l'alimentation;
- l'étude ne présentait pas de méthodologie de recherche.

Une première sélection a été faite en lisant les titres et les résumés. Les documents retenus après cette première étape ont ensuite fait l'objet d'une lecture complète. Selon les critères d'inclusions et d'exclusions préétablis et mentionnés plus haut, les documents jugés pertinents ont été retenus pour l'extraction des données et l'analyse. Les questions reliées à la sélection ou à la non-sélection d'un article et les résultats de chacune des vagues de sélection ont été discutés avec l'équipe du projet Promotion de la santé cognitive et un membre de l'équipe alimentation de l'INSPQ.

Figure 1 **Détail du processus de sélection des articles retenus pour l'analyse (format pleine page)**



Traduit et adapté du *PRISMA 2009 Flow Diagram*

Extraction des données

Un classement des articles a été fait selon le type d'intervention environnementale rapporté. L'extraction des données de chacun des articles a été systématisée par l'utilisation d'une grille spécifiquement conçue pour cette synthèse rapide et développée à partir des objectifs du mandat. Le tableau 7 présente la grille d'extraction utilisée.

Tableau 7 Grille d'extraction des données

Auteur et année	Population et lieu	Échantillon	Intervention et durée	Mesure de l'alimentation	Effets mesurés sur l'alimentation	Limites
Type d'intervention environnementale						
	Ex. : personnes âgées qui visitent un site de repas collectif. Pays	Ex. : nombre de participants. Nombre de participants dans chacun des groupes. Étendu d'âge ou âge moyen	Ex. : bonification d'un site de repas collectif en ajoutant un comptoir à salade. Durée de l'étude en semaines.	Outils ou questionnaires utilisés.	Effet mesuré statistiquement.	

ANNEXE 2 MATRICES D'ANALYSE

Tableau 8 Caractéristiques des études retenues

Auteur et année	Population et lieu	Échantillon	Intervention et durée	Mesure	Résultats	Limites
Intervention pour améliorer l'offre alimentaire						
Schultz, <i>et al.</i> , 2021	Personnes âgées vivant en communauté qui fréquentent un site de repas collectif. États-Unis	n = 47 Intervention : 26 Contrôle : 21 Étendue d'âge = 71 à 80 ans	Bonification d'un site de repas collectif en ajoutant un comptoir à salade et l'ajout de meilleur choix alimentaire et des meilleures activités pour promouvoir la saine alimentation. Durée : 6 mois	<i>Dietary screening tool</i>	Aucune différence significative sur la qualité de la diète entre les groupes, mais une réduction de la consommation des viandes transformées aux participants du site de repas collectif bonifié.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes >70 ans. Participants homogènes. Personnes âgées avec de bonnes habitudes alimentaires.
Interventions pour améliorer l'accès physique et économique aux aliments						
Ullevig, <i>et al.</i> , 2018	Personnes âgées qui reçoivent des repas à leur domicile. États-Unis	n = 79 Âge moyen : 74 ans (60-95 ans)	Implantation d'une popote roulante (<i>Meals on Wheels</i>) dans deux comtés au Texas. Durée : 3 mois	<i>Mini-nutritional assessment-Short Form</i> <i>Nutrition Screening Initiative</i>	Amélioration significative du statut nutritionnel des participants. Aucun changement significatif sur l'apport alimentaire (ex. : protéines et lipides consommés).	<ul style="list-style-type: none"> Aucun groupe contrôle. Perte de 30 % de l'échantillon pendant l'étude. Outil de mesure pas adéquat.

Tableau 8 Caractéristiques des études retenues (suite)

Auteur et année	Population et lieu	Échantillon	Intervention et durée	Mesure	Résultats	Limites
Interventions pour améliorer l'accès physique et économique aux aliments (suite)						
Appleton 2013	Personnes âgées qui vivent dans la communauté et fréquentent une église ou un groupe social. Angleterre	n = 95 Groupe 1 : 39 Groupe 2 : 38 Groupe 3 : 18 Âge moyen : 74 ans	Groupe 1 : exposition à un fruit. Groupe 2 : exposition à un fruit par semaine pendant 5 semaines. Groupe 3 : exposition et provision d'un fruit par jour pendant 5 semaines. Durée : 5 semaines	Rappel de 24 h sur la consommation de fruits.	Augmentation significative de la consommation de fruits chez les faibles consommateurs de fruits dans les trois groupes.	<ul style="list-style-type: none"> Un nombre faible de participants considérés comme faibles consommateurs de fruits.
Wright, <i>et al.</i> , 2015	Personnes âgées qui vivent dans une communauté en Floride. États-Unis	n = 62 Âge moyen : 74 ans	Évaluation d'un programme de livraison de nourriture à domicile (programme <i>Meals on Wheels</i>). Durée : 2 mois	Rappel de 24 h	Augmentation significative de la consommation de calories et de protéines.	<ul style="list-style-type: none"> Durée de l'intervention courte. Petite taille d'échantillon.
Walton, <i>et al.</i> , 2015	Domicile Livraison de nourriture à domicile. États-Unis	n = 42 Étendue d'âge : 50 à 91 ans Âge moyen : 81 ans	Comparaison entre une journée de livraison de nourriture et une journée sans livraison. Durée de l'étude : inconnu	Rappel de 24 h	Aucune différence dans l'apport quotidienne en énergie et en protéines entre une journée sans livraison de nourriture et une journée de nourriture livrée.	<ul style="list-style-type: none"> Quelques participants avaient des troubles cognitifs légers et ne pouvaient pas se souvenir de leur apport nutritionnel. Faible échantillon. Pas d'informations sur la durée de l'étude.

Tableau 8 Caractéristiques des études retenues (suite)

Auteur et année	Population et lieu	Échantillon	Intervention et durée	Mesure	Résultats	Limites
Intervention pour améliorer l'accès physique aux aliments						
Rose Bell, <i>et al.</i> , 2014	Personnes âgées vivant dans le quartier de Côte-Saint-Luc, Montréal. Canada	n = 14 Âge : >65 ans	Implantation d'un point de collecte d'une boîte alimentaire dans le quartier. Durée : 10 semaines	Un court sondage inspiré d'études précédentes.	Seulement 1 personne sur 14 a mentionné qu'il a augmenté sa consommation de fruits et légumes après le projet.	<ul style="list-style-type: none"> Aucune information sur l'âge et sur les participants. Aucun groupe contrôle

ANNEXE 3 LISTE DE VÉRIFICATION

Outil 2 Méthodologie en bref – Liste de vérification Synthèse rapide des connaissances en

1. Mise en garde méthodologique institutionnelle

OUI NON Si non, pourquoi?

2. Formulation explicite des questions de recherche couvertes ou des objectifs de la synthèse

OUI NON Si non, pourquoi?

3. Stratégie de recherche documentaire (plus d'une réponse est possible)

- a. Utilisation de la veille signalétique institutionnelle quotidienne COVID-19
- b. Utilisation d'une veille signalétique institutionnelle ciblée COVID-19 (p. ex. centre d'hébergement et de soins de longue durée [CHSLD])
- c. Utilisation de la veille signalétique institutionnelle sur la littérature grise

Préciser le type de la veille signalétique (p. ex. COVID-19 générale ou prévention/promotion) pour a et b et la période d'examen couverte pour les trois.

- d. Établissement d'une stratégie de recherche documentaire spécifique (rétrospective)

Préciser les mots-clés utilisés, les bases de données interrogées (minimalement deux), les dates de début et de fin de la période de repérage et enfin, la date à laquelle la recherche a été lancée (et relancée, le cas échéant). Indiquer l'ensemble des sources de littérature grise, le cas échéant, et les dates de la période de repérage.

Santé communautaire, personne âgée, politique, alimentation,
Ovid Medline, AgeLine, Health Policy Reference Center, CINAHL Complete
Recherche lancée : 1^{er} novembre 2022

- e. Autre Préciser (p. ex. technique boule de neige)

4. Recours à des critères d'inclusion

NON OUI Si oui, préciser les critères utilisés.

Pour être inclus dans cette synthèse rapide, les articles devaient porter sur une intervention environnementale (politique, économique, physique et culturelle) dans le but d'améliorer les saines habitudes alimentaires (un groupe d'aliments spécifique, les apports nutritionnels, la qualité de l'alimentation, les comportements alimentaires ou sur les saines habitudes alimentaires) chez les personnes âgées de 50 ans et plus.

5. Traitement des articles en prépublication

Mention de leur inclusion Repérage facilité dans le document Décision de les exclure

6. Extraction des données

Inclusion de tableaux de preuve (évidences scientifiques) OUI NON

7. Appréciation de la qualité des articles (études) ou du niveau de preuve (ou d'appui) des évidences

- NON (À noter que cette appréciation n'est pas essentielle pour ce type de réponse rapide)
 OUI Si oui, préciser la méthode, les critères ou l'instrument utilisé ainsi que les catégories de qualité ou d'appui.

**Outil 2 MÉTHODOLOGIE EN BREF – Liste de vérification
Synthèse rapide des connaissances (suite)**

8. Inclusion des forces et des limites de la présente synthèse rapide des connaissances

OUI NON

9. Révision par les pairs (liste des noms des personnes et de leur provenance à la page de crédits pour b, c et d) (plus d'une réponse est possible)

- a. Par les membres du comité d'experts concerné
- b. Par des membres des autres cellules ou comités thématiques COVID-19 de l'INSPQ
- c. Par des réviseurs autres de l'INSPQ n'ayant pas participé aux travaux
- d. Par des réviseurs externes à l'Institut n'ayant pas participé aux travaux
- e. Aucune révision par les pairs
- f. Autre modalité apparentée Préciser

Centre de référence et d'expertise
en santé publique depuis 1998



www.inspq.qc.ca