

*LE SENS ET LES DIMENSIONS PSYCHOLOGIQUES DE L'ANOREXIE ASSOCIÉE AU
VIEILLISSEMENT*

Thèse doctorale présentée à la Faculté des Sciences Humaines en vue de l'obtention du
grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en psychologie

par

Danielle Ferland

Université du Québec à Montréal

Novembre 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

*LE SENS ET LES DIMENSIONS PSYCHOLOGIQUES DE L'ANOREXIE ASSOCIÉE AU
VIEILLISSEMENT*

Composition du jury

Bernard Rivière, Ph.D.Ps., Directeur de recherche doctorale

Professeur régulier au Département d'Éducation et Pédagogie et Professeur externe au
Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal

Marc-Simon Drouin, Ph.D.Ps., Président de recherche doctorale

Professeur régulier au Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal

Pierre Plante, Ph.D.Ps., Correcteur interne de recherche doctorale

Professeur régulier au Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal

Marie-Jeanne Kergoat, M.D., Correcteur externe de recherche doctorale

Professeur titulaire à la Faculté de Médecine, Université de Montréal

Université du Québec à Montréal

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	vii
REMERCIEMENT.....	viii
LISTE DES FIGURES.....	x
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
PROLOGUE.....	xii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 CADRE THÉORIQUE.....	4
1.1 Concept de l'anorexie associée au vieillissement.....	4
1.1.1 Prévalence.....	4
1.1.2 Définition générale.....	7
1.1.3 Caractéristiques spécifiques.....	11
1.1.3.1 Perte d'appétit et de plaisir face à l'alimentation.....	12
1.1.3.2 Réduction d'apport alimentaire.....	13
1.1.3.3 Perte pondérale.....	15
1.1.3.4 Dénutrition protéino-énergétique.....	16
1.2 Distinction entre l'anorexie associée au vieillissement, l'anorexie mentale et l'anorexie mentale tardive.....	18
1.3 Étiologie de l'anorexie associée au vieillissement.....	23
1.3.1 Facteurs d'ordre physiologique.....	24
1.3.1.1 Altération du métabolisme énergétique.....	25
1.3.1.2 Altération de la perception sensorielle.....	27
1.3.1.3 Altération de la fonction digestive.....	29
1.3.1.4 Altération du système neurologique.....	33
1.3.2 Facteurs d'ordre médical.....	36
1.3.2.1 Maladies chroniques.....	36
1.3.2.2 Incapacités fonctionnelles.....	37
1.3.2.3 Médicaments anorexigènes.....	38
1.3.3 Facteurs d'ordre social.....	38

1.3.3.1	Pauvreté	39
1.3.3.2	Isolement social	39
1.3.3.3	Institutionnalisation	40
1.3.4	Facteurs d'ordre psychologique	41
1.3.4.1	Troubles cognitifs	41
1.3.4.2	Troubles dépressifs	42
1.3.4.3	Deuil	44
1.4	Diagnostic de l'anorexie associée au vieillissement	45
1.5	Traitement de l'anorexie associée au vieillissement	48
CHAPITRE 2 CADRE CONCEPTUEL		51
2.1	Problématique de recherche	51
2.2	Objectif de recherche	51
2.3	Question de recherche	52
CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE		53
3.1	Méthode de recherche qualitative d'approche phénoménologique	53
3.2	Mode de sélection des sujets	54
3.3	Procédure de cueillette des données qualitatives	59
3.4	Modèle d'analyse des données qualitatives	62
3.4.1	Perception du sens global	63
3.4.2	Délimitation des unités de signification	64
3.4.3	Transformation des unités de signification	65
3.4.4	Description de la structure essentielle	66
CHAPITRE 4 RÉSULTAT DE RECHERCHE		68
4.1	Modalités descriptives des sujets	68
4.2	Concept de l'anorexie associée au vieillissement	70
4.2.1	Caractéristiques spécifiques composant l'anorexie associée au vieillissement	71
4.2.1.1	Perte d'appétit et réduction d'apport alimentaire	71
4.2.1.2	Perte de plaisir face à l'alimentation	72
4.2.1.3	Perte de sensation de la faim	74

4.2.1.4	Perte d'intérêt face à l'alimentation	76
4.2.1.5	Perte pondérale	80
4.2.2	Caractéristiques distinctives s'apparentant à l'anorexie mentale	84
4.2.2.1	Attitudes restrictives face à l'alimentation	84
4.2.2.2	Attitudes de contrôle face à l'alimentation	85
4.2.2.3	Distorsion de l'image corporelle	90
4.3	Dimensions psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement	93
4.3.1	Composantes psychologiques sous-jacentes provoquant la conduite anorexique	94
4.3.1.1	Impact de la perte d'une personne significative sur le plan émotionnel	95
4.3.1.2	Impact de la manifestation d'une maladie invalidante sur le plan émotionnel	97
4.3.2	Composantes psychologiques sous-jacentes entretenant la conduite anorexique	102
4.3.2.1	Difficulté d'intégration des pertes définitives	103
4.3.2.2	Difficulté de préservation de l'identité	110
4.3.2.3	Difficulté de maintien d'un état affectif sain	111
4.3.3	Composantes psychologiques sous-jacentes donnant un sens à la conduite anorexique	115
4.3.3.1	Tentative de contrôle	115
4.3.3.2	Voie détournée d'expression affective	116
4.3.3.3	Prélude à la mort	116
CHAPITRE 5 DISCUSSION DE RECHERCHE		119
5.1	Portrait intégral du concept de l'anorexie associée au vieillissement	119
5.1.1	Symptômes cliniques communs permettant le diagnostic de l'anorexie associée au vieillissement	121
5.1.2	Symptômes cliniques distinctifs permettant la catégorisation de l'anorexie associée au vieillissement	125
5.2	Description structurale des processus psychologiques opérant dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement	128

5.2.1 Composantes psychologiques sous-jacentes provoquant la conduite anorexique	129
5.2.1.1 Impact de la perte d'une personne significative sur le plan émotionnel	131
5.2.1.2 Impact de la manifestation d'une maladie invalidante sur le plan émotionnel	133
5.2.2 Composantes psychologiques sous-jacentes entretenant la conduite anorexique	134
5.2.2.1 Difficulté d'intégration des pertes définitives	135
5.2.2.2 Difficulté de préservation de l'identité	140
5.2.2.3 Difficulté de maintien d'un état affectif sain	142
5.2.3 Composantes psychologiques sous-jacentes donnant un sens à la conduite anorexique	146
5.2.3.1 Tentative de contrôle	147
5.2.3.2 Voie détournée d'expression affective	149
5.2.3.3 Prélude à la mort	150
5.3 Analyse globale des dimensions physiques et psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement	154
5.4 Recommandations cliniques novatrices de l'anorexie associée au vieillissement ..	159
CONCLUSION	163
BIBLIOGRAPHIE	164
ANNEXE A Formulaire d'information	191
ANNEXE B Formulaire de consentement	194

SOMMAIRE

L'anorexie associée au vieillissement se définit comme un syndrome caractérisé par une perte d'appétit, de plaisir et d'intérêt face à l'alimentation qui entraîne une réduction d'apport alimentaire, une perte pondérale et somme toute une dénutrition protéino-énergétique. La prévalence de l'anorexie associée au vieillissement se situe entre 13% et 49% dépendamment du niveau d'âge, de santé et d'autonomie des personnes âgées. Divers facteurs étiologiques d'ordre physiologique, médical, social et psychologique interagissent entre eux pour déclencher le développement de l'anorexie associée au vieillissement. La recherche doctorale utilisant une méthode qualitative d'approche phénoménologique vise l'élucidation des processus psychologiques structurant le développement de l'anorexie associée au vieillissement de façon à mieux comprendre les composantes psychologiques sous-jacentes qui provoquent, entretiennent et donnent un sens à la conduite anorexique. Après analyse des résultats de recherche, les composantes psychologiques sous-jacentes qui provoquent la conduite anorexique sont l'impact de la perte d'une personne significative sur le plan émotionnel et l'impact de la manifestation d'une maladie invalidante sur le plan émotionnel, les composantes psychologiques sous-jacentes qui entretiennent la conduite anorexique sont la difficulté d'intégration des pertes définitives, la difficulté de préservation de l'identité et la difficulté de maintien d'un état affectif sain et enfin les composantes psychologiques sous-jacentes qui donnent un sens à la conduite anorexique sont la tentative de contrôle, la voie détournée d'expression et le prélude à la mort.

Mots-clés: anorexia, nutrition disorders, eating disorders, elder, psychological factors

REMERCIEMENT

J'aimerais exprimer ma plus sincère appréciation à mon directeur de recherche doctorale Bernard Rivière pour son apport juste et rigoureux ainsi que pour son soutien constructif et mobilisateur particulièrement en période d'incertitude et de questionnement face à la façon de procéder pour réaliser ma recherche doctorale. Sa grande expertise alliée à ses judicieuses réflexions m'ont toujours permis de résoudre les problèmes rencontrés et de dépasser les épisodes ambigus. Je lui offre ma plus profonde gratitude pour le temps qu'il m'a alloué, mais surtout pour la confiance et la latitude qu'il m'a accordées.

J'aimerais également offrir ma plus cordiale reconnaissance à tous ceux qui ont permis la réalisation de ma recherche doctorale. Ainsi, je tiens expressément à remercier, pour leur participation aux entrevues de recherche, les personnes âgées présentant un problème d'anorexie, pour la sélection des sujets, les nutritionnistes cliniciennes Myriam Barbeau et Carole Poisson du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Nord de Lanaudière, Annick Hervieux du CSSS de Laval, Martine Livernoche du CSSS du Sud de Lanaudière et Julie Trudel du CSSS Lucille Teasdale, pour la cueillette des données qualitatives, le doctorant en psychologie Gilles Lachaine de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), pour la transcription des entrevues de recherche, la technicienne en informatique Maryse Gaudreau du Centre de recherche industrielle du Québec (CRIQ), et pour l'analyse des entrevues de recherche, la nutritionniste clinicienne Esther Lalonde du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

J'aimerais également témoigner ma plus grande affection à ma mère Irène Desrochers Ferland qui a su me transmettre son désir d'apprendre ainsi que son ardeur et

sa persévérance au travail. C'est en m'appropriant ses belles qualités personnelles que j'ai pu entreprendre et mener à terme de si longues études universitaires.

Enfin, j'aimerais tendrement et spécialement remercier mon époux Gilles Lachaîne pour son appui, son encouragement et son amour sans cesse renouvelés. Nous partageons quotidiennement notre joie de cheminer ensemble à travers nos études universitaires en psychologie. Nous partageons également quotidiennement notre joie d'être parents d'une belle jeune fille prénommée Meggie née au beau milieu de mon parcours doctoral.

Longue vie à ma nouvelle carrière ainsi qu'à ma charmante famille!

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
Figure 1. Modèle de fragilité en interrelation avec l'anorexie associée au vieillissement.....	11
Figure 2. Description structurale des processus psychologiques opérant dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement.....	129
Figure 3. Schéma récapitulatif des dimensions physiques et psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement préparé en fonction d'une évolution séquentielle.....	155

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
Tableau 1. Caractéristiques spécifiques de l'anorexie associée au vieillissement_____	12
Tableau 2. Caractéristiques spécifiques permettant de circonscrire l'anorexie associée au vieillissement et l'anorexie mentale_____	19
Tableau 3. Facteurs étiologiques de l'anorexie associée au vieillissement_____	24
Tableau 4. Modalités descriptives des sujets en fonction des critères d'inclusion des sujets_____	68
Tableau 5. Synthèse des résultats de recherche constituant le concept de l'anorexie associée au vieillissement_____	71
Tableau 6. Synthèse des résultats de recherche constituant les dimensions psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement_____	94
Tableau 7. Portrait intégral du concept de l'anorexie associée au vieillissement_____	120

PROLOGUE

La problématique de recherche de la thèse doctorale intitulée "Le sens et les dimensions psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement" prend origine dans ma pratique professionnelle.

Je travaille comme nutritionniste clinicienne au CHUM depuis près de 25 ans ayant fait partie de l'équipe interdisciplinaire de gériatrie active pendant de nombreuses années. Détentrice d'un baccalauréat en sciences spécialisées de la nutrition, ma formation essentiellement basée sur les sciences biomédicales m'amène à concevoir le phénomène de l'anorexie associée au vieillissement en tant que processus physiologique en évolution concomitante avec diverses maladies et dysfonctions chroniques. Par conséquent, mon expertise clinique tient très peu compte des dimensions psychologiques associées à cette expérience anorexique vécue par les personnes âgées.

Inscrite au doctorat en psychologie et au profil recherche et intervention, je souhaite dans le cadre de ma thèse doctorale améliorer mes connaissances théoriques concernant les dimensions psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement, entreprendre une recherche de type qualitatif m'amenant à une compréhension et à une description plus en profondeur du phénomène de l'anorexie associée au vieillissement et enfin développer une approche clinique beaucoup plus large tenant compte conjointement des aspects physiques et psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement.

INTRODUCTION

L'alimentation joue un rôle central dans l'existence de l'être humain. Essentielle et vitale au point de vue physiologique, elle assure l'énergie nécessaire au maintien de l'ensemble des structures et fonctions du corps humain. Reconnue par la science médicale comme facteur préventif de nombreuses pathologies, elle contribue à la préservation de la santé et de la qualité de vie de l'être humain. Enfin, symbole puissant omniprésent lors des rencontres sociales, elle apporte au point de vue psychologique satisfaction, plaisir et détente.

Malgré cette importance attribuée à l'alimentation dans la vie de l'être humain, une perte d'intérêt, de plaisir et de motivation à s'alimenter peut survenir avec l'avancée en âge dépendante de multiples facteurs influents. Associée à une diminution de l'appétit, elle s'apparente alors clairement aux principales caractéristiques descriptives de l'anorexie associée au vieillissement.

Largement répandue, l'anorexie associée au vieillissement demeure un grave problème de santé non résolu augmentant avec l'accroissement de la population âgée. Divers facteurs d'ordre physiologique, médical, social et psychologique interagissant entre eux semblent être impliqués de façon à ce que l'étiologie de l'anorexie associée au vieillissement se présente comme étant multifactorielle. Certaines dysfonctions organiques associées au vieillissement sont ainsi reconnues pour entraver le fonctionnement du système de régulation de l'appétit et contribuer au développement de l'anorexie associée au vieillissement. Le processus pathologique s'implantant au cours du vieillissement et favorisant l'apparition de nombreuses maladies invalidantes devient également un important générateur de l'état anorexique chez plusieurs personnes âgées. Certaines expériences sociales vécues au cours du vieillissement provoquant de grands

bouleversements dans l'environnement des personnes âgées ne sont pas non plus sans perturber le comportement alimentaire allant même jusqu'à initier un problème d'anorexie. Enfin, les émotions suscitées par les nombreux changements limitatifs et pertes significatives associés au vieillissement sont certainement capables d'entraîner face à l'alimentation des attitudes et des conduites différentes fréquemment impliquées dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement.

Les facteurs étiologiques d'ordre physiologique, médical, social et psychologique cités dans la littérature scientifique n'assurent cependant pas une compréhension entière du phénomène de l'anorexie associée au vieillissement. Les facteurs étiologiques d'ordre psychologique demeurent d'ailleurs quasi inexplorés.

Une recherche qualitative d'approche phénoménologique entreprise dans le cadre d'une thèse doctorale en psychologie s'avère ainsi un choix judicieux pour parfaire les connaissances scientifiques concernant les dimensions psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement. Privilégiant l'étude d'une expérience avec ouverture et profondeur, la méthode de recherche qualitative d'approche phénoménologique se révèle effectivement fort appropriée pour approcher l'expérience anorexique de l'intérieur, découvrir le sens profond caché derrière la conduite anorexique et enfin révéler la structure et l'essence même du phénomène de l'anorexie associée au vieillissement. C'est ainsi qu'une meilleure compréhension du phénomène tout en assurant l'avancement des connaissances scientifiques peut ultérieurement permettre l'amélioration des interventions cliniques posées auprès des personnes âgées présentant un problème d'anorexie par le biais d'actions préventives et curatives plus efficaces.

La thèse doctorale tend donc d'abord à préciser le cadre théorique en présentant une définition formelle du concept de l'anorexie associée au vieillissement, une synthèse

complète des facteurs épidémiologiques et étiologiques impliqués ainsi qu'un bref descriptif des critères diagnostiques établis et des interventions cliniques proposées. La formulation du cadre conceptuel délimité par la problématique, l'objectif et la question de recherche s'avère ensuite essentielle pour bien cerner le sens et la portée de la recherche. La présentation de la méthodologie de recherche notamment du choix de la méthode de recherche, du mode de sélection des sujets, de la procédure de cueillette des données ainsi que du modèle d'analyse des données s'impose ensuite pour bien rendre compte de la conduite adoptée. Enfin, la présentation de l'ensemble des résultats de recherche ainsi que la discussion associée permettent assurément d'ébaucher de nouveaux concepts théoriques et de nouvelles approches cliniques et d'ainsi conclure la thèse doctorale.

CHAPITRE 1 CADRE THÉORIQUE

1.1 Concept de l'anorexie associée au vieillissement

1.1.1 Prévalence

Les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient en 2008 près de 14% de la population canadienne (Statistique Canada, 2008). En fonction des projections démographiques, elles représenteront en 2031 et en 2056 respectivement 24% et 30% de la population canadienne (Statistique Canada, 2008). Les personnes très âgées de plus de 80 ans représentaient en 2008 près de 4% de la population canadienne (Statistique Canada, 2008). En fonction des projections démographiques, elles représenteront en 2031 et en 2056 respectivement 6% et 10% de la population canadienne (Statistique Canada, 2008).

L'accroissement rapide de la population âgée ainsi que l'augmentation importante du nombre de personnes très âgées auront certainement un lourd impact sur le système de soins de santé (Mac Intosh, Morley, & I. Chapman, 2000). De fait, avec l'avancée en âge, la prévalence des pathologies tend rapidement à croître (Wahlqvist, Savige, & Lukito, 1995). Dans le cadre d'une enquête sur la santé effectuée en Ontario au Canada auprès de 5073 personnes âgées vivant à domicile (3044 femmes, 2029 hommes, $M_{\text{âge}} = 72,7$ ans, tranche d'âge: 65 ans - 98 ans), Keller, Ostbye, et Bright-See (1997) rapportaient effectivement une moyenne de 2,4 problèmes de santé par personne âgée.

Et selon Hendricks, et Hendricks (tel que cité par Rajceovich, & Wakefield, 1991), un tiers à près de la moitié des problèmes de santé des personnes âgées sont directement reliés à des désordres nutritionnels. L'anorexie associée au vieillissement demeure le désordre nutritionnel ayant la prévalence la plus élevée chez l'ensemble des personnes âgées (Ferland, 1998).

Dans le cadre d'une étude prospective effectuée en Italie auprès de 364 personnes âgées de plus de 80 ans vivant à domicile (244 femmes, 120 hommes, $M_{\text{âge}} = 85,8$ ans), Landi, Russo, et coll. (2010) estimaient la prévalence de l'anorexie associée au vieillissement à 23% chez les femmes et à 15% chez les hommes avec une moyenne de 20% ($M_{\text{âge}} = 86,8$ ans). Dans le cadre d'une étude transversale effectuée en Italie auprès de 96 personnes âgées admises dans différentes unités de soins gériatriques (66 femmes, 30 hommes, $M_{\text{âge}} = 81,7$ ans), Donini, et coll. (2008) estimaient la prévalence de l'anorexie associée au vieillissement à 33% chez les femmes et à 27% chez les hommes avec une moyenne de 31% ($M_{\text{âge}} = 86,0$ ans). Dans le cadre d'une seconde étude transversale effectuée en Italie auprès de 316 personnes âgées admises dans différentes unités de soins gériatriques (248 femmes, 68 hommes, $M_{\text{âge}} = 78,8$ ans), Cornali, Franzoni, Frisoni, et Trabucchi (2005) estimaient la prévalence de l'anorexie associée au vieillissement à 17% chez les femmes et à 13% chez les hommes avec une moyenne de 16% ($M_{\text{âge}} = 81,0$ ans). Enfin, dans le cadre d'une tierce étude transversale effectuée aux États-Unis auprès de 164 personnes âgées institutionnalisées (124 femmes, 40 hommes, tranche d'âge: 66 ans - 95 ans), B. Bartlett (1990) estimait la prévalence de l'anorexie associée au vieillissement à 49% sans distinction de sexe ($M_{\text{âge}} = 83,3$ ans) et mentionnait qu'environ 35% des personnes âgées présentaient déjà la problématique à leur admission en institution. L'étendue des prévalences dépend évidemment du fait que l'anorexie associée au vieillissement tend grandement à augmenter avec l'avancée en âge ainsi qu'avec la baisse du niveau de santé et d'autonomie.

Les résultats obtenus par Landi, Russo, et coll. (2010) constituent à ce jour les seules données de la littérature scientifique concernant la prévalence de l'anorexie chez les personnes âgées vivant à domicile et ces résultats ne s'appliquent qu'aux personnes

très âgées de plus de 80 ans. De même, les résultats obtenus par Donini, et coll. (2008), Cornali, et coll. (2005) ainsi que B. Bartlett (1990) constituent à ce jour les seules données de la littérature scientifique concernant la prévalence de l'anorexie chez les personnes âgées hospitalisées ou institutionnalisées et ces résultats tendent très certainement à sous-estimer la prévalence du phénomène puisque les personnes âgées présentant un problème d'anorexie secondaire à une pathologie sévère étaient carrément exclues des études.

D'autres études de prévalence de l'anorexie associée au vieillissement sont nécessaires pour compléter ces données et établir un portrait plus complet de la situation. Le fait que la problématique soit multifactorielle et qu'elle soit de plus associée à diverses pathologies concomitantes complexifie toutefois grandement l'exercice. Mais un point demeure actuellement irrévocable soit celui de l'augmentation progressive de l'incidence de l'anorexie associée au vieillissement avec l'accroissement prévue de la population âgée et très âgée.

L'anorexie associée au vieillissement se présente donc comme une condition largement répandue (Landi, Russo, & coll., 2010; Mac Intosh, & coll., 2000; Morley, Silver, Miller, & Rubenstein, 1989). Elle touche expressément les personnes très âgées hospitalisées ou institutionnalisées et se manifeste en nombre quasi-équivalent chez les deux sexes (Donini, & coll., 2008). Par ailleurs, elle ne tient aucunement compte du statut matrimonial et se propage sans distinction au sein des différentes classes sociales (Donini, & coll., 2008; Gorbien, 1994). Enfin, elle a de façon générale des répercussions majeures sur le maintien de la santé (B. Bartlett, 1990).

1.1.2 Définition générale

L'anorexie associée au vieillissement n'est pas un syndrome récent (Morley, & Silver, 1988). Purdon (tel que cité par Morley, & Silver, 1988) y faisait déjà référence en 1868 dans un rapport médical citant les pathologies reliées au vieillissement.

Decay of Nature, or Senile Marasmus, has the greatest number of deaths attributed to it. Their ages vary from 69 to 92 years. The inmates affected with this gradual wasting of body, which approaches very slowly, have usually their mental faculties clear and unclouded till the last, but complain of loss of appetite, bowels costive, pulse small, quick and weak, and sleepless nights, feel no pain, and look on death with seeming indifference and carelessness, in many cases as a happy release. With regards to treatment, medicines are little use (p. 9).

L'anorexie associée au vieillissement s'installe effectivement de façon insidieuse et progressive au cours de la sénescence (P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004) causant différents problèmes de santé (Van Staveren, De Graaf, & De Groot, 2002) et pouvant même directement entraîner la mort (Morley, & Morley, 1995).

Elle se définit précisément comme un syndrome caractérisé par une perte d'appétit (P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004; Van Staveren, & coll., 2002), une diminution d'intérêt (B. Bartlett, 1990), de plaisir et de motivation à s'alimenter (Donini, Savina, & Cannella, 2003) incluant parfois même une incapacité à ressentir la faim (P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004) ainsi qu'une dénéigation du besoin de s'alimenter lequel syndrome entraîne une réduction d'apport alimentaire (Donini, & coll., 2003), une ingestion insuffisante de nutriments, de protéines et d'énergie (B. Bartlett, 1990), une

perte pondérale (Castle, & coll., 1995; Conte, & coll., 2009; Donini, & coll., 2003; Savina, Donini, & Cannella, 2006; Van Staveren, & coll., 2002) et musculaire (Hays, & Roberts, 2006; Morley, 1996) et somme toute une dénutrition protéino-énergétique (B. Bartlett, 1990; Castle, & coll., 1995; Conte, & coll., 2009; Donini, & coll., 2003; Morley, 2002; Van Staveren, & coll., 2002). Enfin, donnant lieu à un changement métabolique dans l'organisme, la dénutrition protéino-énergétique provoque à son tour l'anorexie de façon à s'inscrire autant en tant que cause qu'effet de l'anorexie dans un cercle vicieux débilisant (Amarantos, Martinez, & Dwyer, 2001; B. Bartlett, 1990).

C'est ainsi que les personnes âgées présentant un problème d'anorexie et de dénutrition protéino-énergétique se retrouvent dans un état de quasi jeûne (B. Bartlett, 1990) lequel tend à engendrer une grande lassitude (Viteri, & Torun (tel que cité par B. Bartlett, 1990)), une fatigue, une faiblesse (K. Chapman, & Nelson, 1994) et une fragilité importante (Hays, & Roberts, 2006; Wilson, & coll., 2005), une certaine irritabilité (Viteri, & Torun (tel que cité par B. Bartlett, 1990)), une plus grande prédisposition au stress (Basile-Filler, 1997) et à la limite une certaine confusion (Morley, 1996). Leur aspect physique peut également présenter certaines anomalies telles qu'une apparence beaucoup plus vieille que l'âge réel, une peau érythémateuse^a d'une pâleur extrême, couverte de pétéchiés^b, sèche et tendue, une chéilite^c avec fissures aux angles des lèvres, une glossite^d avec plaies douloureuses et papilles anormales, une gingivite^e alliée à une dentition non saine et à des prothèses dentaires inefficaces ou simplement absentes, des

^a Peau érythémateuse: peau congestionnée avec éruptions

^b Pétéchiés: taches hémorragiques rougeâtres

^c Chéilite: inflammation des lèvres

^d Glossite: inflammation de la langue

^e Gingivite: inflammation des gencives

cheveux secs, fins et cassants souvent marqués d'une alopecie^f, des yeux pâles, ternes et cernés, des ongles cassants et des jointures enflées en plus d'un œdème^g périphérique et d'une sévère fonte musculaire (Rajceвич, & Wakefield, 1991; Silver, 1990). Enfin, une perte de sensations vibratoires, une diminution des réflexes ainsi qu'un pouls cardiaque au-dessus de 100 battements à la minute peuvent s'installer et s'ajouter à leur déclin complétant ainsi la description de ce tableau physique (Rajceвич, & Wakefield, 1991; Silver, 1990).

L'appauvrissement et l'épuisement de leurs réserves corporelles, la détérioration de leur état nutritionnel ainsi que la perte d'intégrité de leur système immunitaire viennent également gravement compromettre leur capacité à résister aux agressions physiques ainsi qu'aux maladies infectieuses et organiques (B. Bartlett, 1990; K. Chapman, & Nelson, 1994; Landi, Laviano, & Cruz-Jentoft, 2010). L'anorexie associée au vieillissement combinée à une dénutrition protéino-énergétique est d'ailleurs fortement impliquée dans le développement et la progression de nombreuses pathologies (I. Chapman, Mac Intosh, Morley, & Horowitz, 2002; Mac Intosh, & coll., 2000; Rolls, 1992, 1993, 1994; Rolls, Dimeo, & Shide, 1995) telles que les maladies cardiaques, pulmonaires et rénales, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) (Ferland, 2003), l'anémie (I. Chapman, 2007; Morley, 1996), l'ostéoporose et le cancer (I. Chapman, & coll., 2002) en plus d'augmenter le risque de chute et de fracture, de favoriser les escarres de décubitus^h (Ferland, 2003; Wilson, & coll., 2005), d'abaisser l'état fonctionnel et de diminuer la qualité de vie (Donini, & coll., 2003). Alourdissant par le fait même le système de santé tout en majorant les coûts des soins de santé (Ferland, 2003), l'anorexie

^f Alopecie: chute localisée des cheveux

^g Œdème: gonflement pathologique des tissus sous-cutanés par infiltration de liquide séreux

^h Escarres de décubitus : plaies chroniques chez les personnes alitées provoquées par une pression constante

associée au vieillissement combinée à une dénutrition protéino-énergétique compromet le traitement de diverses pathologies (Wilson, & coll., 2005), retarde la récupération suite à une chirurgie, allonge le temps de cicatrisation des plaies, prolonge la durée du séjour hospitalier et augmente le nombre d'hospitalisations (Ferland, 2003; Mac Intosh, & coll., 2000).

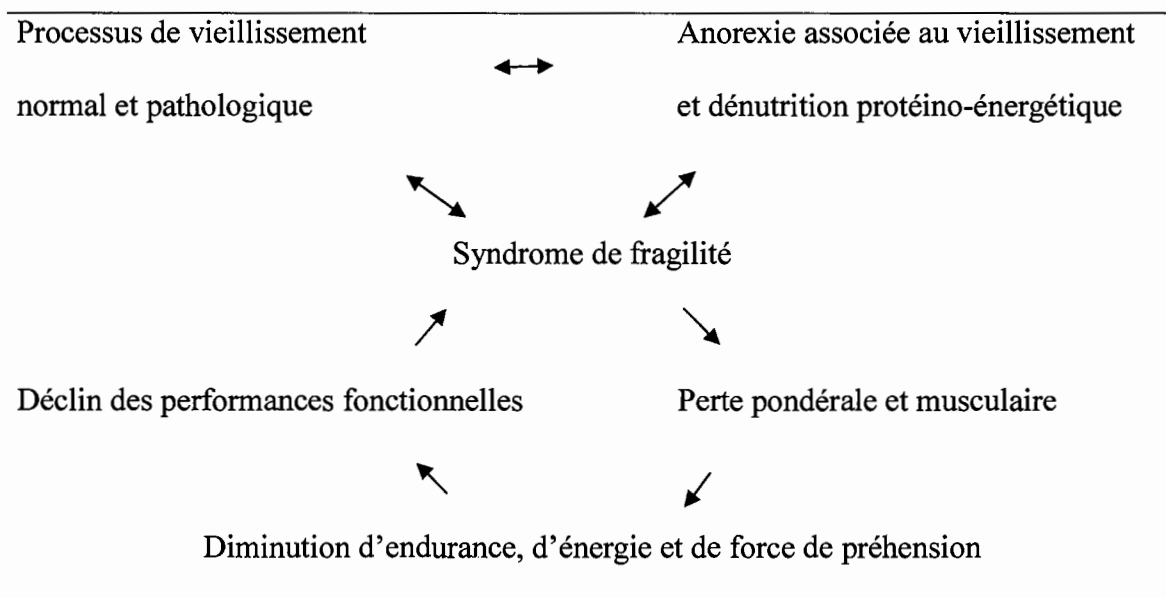
Évidemment, dans ce contexte, les taux de morbidité et de mortalité s'avèrent exhaussés (Ferland, 2003; Mac Intosh, & coll., 2000). Dans le cadre de l'étude effectuée par Cornali, et coll. (2005), l'anorexie associée au vieillissement était d'ailleurs nettement définie comme un facteur prédictif de la mortalité indépendamment de la présence de dénutrition protéino-énergétique ainsi que de la sévérité et de la chronicité de pathologies concomitantes. Le risque de mortalité chez les personnes âgées présentant un problème d'anorexie se révélait ainsi être trois fois plus élevé que chez les personnes âgées en santé.

Enfin, ce tableau général permettant de définir l'anorexie associée au vieillissement rejoint sans contredit le syndrome de fragilité (Fried, & coll., 2001). Effectivement, le syndrome de fragilité, s'installant avec l'avancée en âge, continue de s'imposer avec la présence d'un problème d'anorexie et de dénutrition protéino-énergétique ainsi qu'avec la présence de diverses pathologies concomitantes (Fried, & coll., 2001). Rockwood, et coll. (2000) définissent le syndrome de fragilité comme un état de vulnérabilité qui résulte de l'interaction complexe de différents problèmes médicaux de même que de la diminution de l'habileté à répondre avec l'avancée en âge à ces différents problèmes médicaux et qui finit par entraîner un déclin des performances fonctionnelles. Les critères diagnostiques du syndrome de fragilité sont une diminution d'endurance et d'énergie notifiée, une perte pondérale et musculaire significative de plus de 5% du poids habituel au cours des 12 derniers mois, une diminution de force de

préhension de 20% par rapport au taux normal selon l'âge et le poids, une diminution de vitesse de marche de 20% par rapport au taux normal selon l'âge et le poids ainsi qu'une diminution d'activité physique équivalent à 270 calories par semaine pour les femmes et à 383 calories par semaine pour les hommes (Fried, & coll., 2001). La présence d'au moins trois critères diagnostiques est essentielle pour permettre le diagnostic du syndrome de fragilité (Fried, & coll., 2001).

La figure 1 présente le modèle de fragilité en interrelation avec l'anorexie associée au vieillissement (Fried, & coll., 2001).

Figure 1. Modèle de fragilité en interrelation avec l'anorexie associée au vieillissement



1.1.3 Caractéristiques spécifiques

Le concept général de l'anorexie associée au vieillissement étant à présent rigoureusement défini, il semble à ce point tout à fait approprié de revoir et d'explicitier l'ensemble des caractéristiques spécifiques qui compose ce syndrome. La perte d'appétit et de plaisir face à l'alimentation, la réduction d'apport alimentaire, la perte pondérale

ainsi que la dénutrition protéino-énergétique sont précisément les caractéristiques à l'étude.

Le tableau 1 présente les caractéristiques spécifiques de l'anorexie associée au vieillissement.

Tableau 1. Caractéristiques spécifiques de l'anorexie associée au vieillissement

Anorexie associée au vieillissement

Perte d'appétit et de plaisir face à l'alimentation

Réduction d'apport alimentaire

Perte pondérale

Dénutrition protéino-énergétique

1.1.3.1 Perte d'appétit et de plaisir face à l'alimentation

La perte d'appétit est un facteur central dans la problématique anorexique associée au vieillissement. Elle se traduit essentiellement par une diminution du plaisir de s'alimenter puisque l'appétit s'exprime, en tant qu'évènement psychologique, par le plaisir de s'alimenter (Morley, 2002; D. Thomas, 2005, 2009). Elle se traduit également par une incapacité à ressentir la faim puisque l'appétit s'exprime, en tant qu'évènement physiologique, par le fait de ressentir la faim (Shock, 1988). L'élément psychologique est toutefois essentiel et suffisant pour permettre l'engagement dans l'expérience de l'appétit et dans l'initiation de l'acte alimentaire (Roe, 1987). D'ailleurs, c'est ce qui explique pourquoi les personnes âgées présentant un problème d'anorexie se plaignent constamment d'une perte d'appétit, mais ne se plaignent pas toujours d'une incapacité à ressentir la faim (Morley, Silver, Fiatarone, & Mooradian (tel que cité par Roe, 1990)).

En fait, la sensation de la faim tend plutôt à disparaître lorsque l'apport alimentaire devient nettement insuffisant (Roe, 1990).

C'est ainsi que la perte d'appétit se présente comme un symptôme fréquemment rapporté chez l'ensemble des personnes âgées (Ferland, 2003) particulièrement chez celles qui sont hospitalisées (Sullivan, & L. Johnson (tel que cité par Lee, & coll., 2006)). Dans le cadre d'une étude transversale effectuée en Norvège auprès de 103 personnes âgées vivant à domicile ($M_{\text{âge}} = 79,3$ ans) et de 248 personnes âgées hospitalisées ($M_{\text{âge}} = 78,8$ ans), Mowe, et Bohmer (2002) rapportaient une perte d'appétit chez 15% des personnes âgées vivant à domicile et chez 43% des personnes âgées hospitalisées. Dans le cadre d'une seconde étude transversale effectuée au Québec au Canada auprès de 145 personnes âgées vivant à domicile et recevant des soins à domicile (103 femmes, 42 hommes), Payette, Gray-Donald, Cyr, et Boutier (1995) rapportaient une perte d'appétit occasionnelle chez 20% des femmes et 12% des hommes et une perte d'appétit constante chez 23% des femmes et 10% des hommes. Enfin, dans le cadre d'une tierce étude transversale effectuée aux États-Unis auprès de 2169 personnes âgées vivant à domicile (1110 femmes, 1059 hommes, $M_{\text{âge}} = 73,9$ ans, tranche d'âge: 70 ans - 79 ans), Lee, et coll. (2006) rapportaient une perte d'appétit chez 12% d'entre elles. Ces résultats notables doivent être pris en compte puisqu'une perte d'appétit récurrente chez les personnes âgées peut directement mener au développement d'une problématique anorexique.

1.1.3.2 Réduction d'apport alimentaire

La réduction d'apport alimentaire chez les personnes âgées est manifestement un facteur conséquent de la perte d'appétit. Les personnes âgées rapportant une perte d'appétit présentent effectivement un apport alimentaire moins élevé que celles rapportant un bon appétit (Payette, & coll., 1995).

La réduction d'apport alimentaire est largement répandue chez l'ensemble des personnes âgées (Davis, Murphy, & Neuhaus, 1988; Davis, Murphy, Neuhaus, & Lein, 1990; De Groot, & coll. (tel que cité par Hays, & Roberts, 2006); Griep, & coll., 1996). Keller, et coll. (1997) constataient d'ailleurs, dans le cadre de leur enquête sur la santé, que 42% des femmes âgées et 30% des hommes âgés ne répondaient pas de façon adéquate à leurs besoins énergétiques. D. Thomas (2005) ainsi que Ryan, Bryant, Eleazer, Rhodes, et Guest (tel que cité par Clarke, Wahlqvist, & Strauss, 1998) statuent sur un pourcentage semblable en mentionnant respectivement que 33% et 40% des personnes âgées ne répondent pas de façon adéquate à leurs besoins énergétiques. Petersen, et coll. (tel que cité par D. Thomas, 2005) ajoutent même que 16% à 18% des personnes âgées consomment régulièrement moins de 1000 calories par jour. Ce sont les personnes âgées aux prises avec des maladies chroniques et des incapacités fonctionnelles qui présentent bien souvent un tel apport alimentaire d'ailleurs nettement insuffisant (Payette, & coll., 1995; D. Thomas, 2005). Enfin, Volpi, Sheffield-Moore, Rasmussen, et Wolfe (tel que cité par D. Thomas, 2005) précisent que, le mois précédent une hospitalisation, plus du deux tiers des personnes âgées rapportent un apport alimentaire insuffisant. N'ayant pas tendance à s'améliorer en cours d'hospitalisation (D. Thomas, 2005), cet apport alimentaire insuffisant entraîne alors un déficit énergétique (Elia, Ritz, & Stubbs (tel que cité par Hays, & Roberts, 2006)) qui devient à son tour le moteur d'un déficit nutritionnel toujours plus grand (Payette, & coll., 1995). Ces résultats notables doivent être pris en compte puisqu'une réduction substantielle d'apport alimentaire chez les personnes âgées peut à longue échéance faire partie inhérente d'une problématique anorexique.

1.1.3.3 Perte pondérale

La perte pondérale chez les personnes âgées dépend bien souvent de la réduction d'apport alimentaire. D'ailleurs, Hays, et Roberts (2006) reconnaissent l'insuffisance d'apport alimentaire comme la principale cause de perte pondérale chez les personnes âgées. Entraînant en plus une perte de masse musculaire, la perte pondérale peut devenir fort préjudiciable surtout pour les personnes âgées déjà frêles et vulnérables (Savina, & coll., 2006). De plus, Payette, et coll. (tel que cité par Keller, & Ostbye, 2003) ainsi que Morley (2010) mentionnent que la perte pondérale chez les personnes âgées est un facteur significatif et indépendant prédictif de la mortalité. Potter, Schafer, et Bohi (tel que cité par I. Chapman, 2007) précisent même que ce facteur est de plus en plus puissant avec l'avancée en âge. Quant à Newman, et coll. (tel que cité par Morley, 2003), ils stipulent qu'une légère perte pondérale s'avère même suffisante pour être associée à une augmentation du taux de mortalité. Une perte pondérale de 10% sur une période de 10 ans peut être associée à une augmentation du taux de mortalité (Gazewood, & Mehr (tel que cité par Donini, & coll., 2003)). Enfin, Kant, et coll. (tel que cité par Keller, & Ostbye, 2003) expliquent qu'une perte pondérale chez des personnes âgées présentant déjà une insuffisance pondérale est un facteur hautement prédictif de la mortalité.

Malheureusement, la perte pondérale chez les personnes âgées est fréquemment rapportée (Savina, & coll., 2006). Launer, Harris, Rumpel, et Madans (tel que cité par Horwitz, Blanton, & Mac Donald, 2002) estiment qu'elle touche 35% des personnes âgées vivant à domicile. Ces résultats notables doivent être pris en compte puisqu'une perte pondérale même légère chez les personnes âgées peut être le signe de l'implantation d'une problématique anorexique.

1.1.3.4 Dénutrition protéino-énergétique

La dénutrition protéino-énergétique se caractérise, à l'image de l'anorexie, par une perte d'appétit, une réduction d'apport alimentaire ainsi qu'une perte pondérale (Wikby, & Fagerskiold, 2004). Une perte pondérale de 5% en un mois ou de 10% en six mois est d'ailleurs un excellent indicateur de dénutrition protéino-énergétique (Van Staveren, & coll., 2002). Chez les personnes âgées présentant déjà une insuffisance pondérale, une perte pondérale même légère s'avère un excellent indicateur de dénutrition protéino-énergétique (I. Chapman, 2006; Van Staveren, & coll., 2002). Enfin, la dénutrition protéino-énergétique chez les personnes âgées, tout comme la perte pondérale, est un puissant facteur indépendant prédictif de la mortalité (I. Chapman, 2007). Dans le cadre d'une étude corrélationnelle effectuée en Ontario au Canada auprès de 367 personnes âgées vivant à domicile (270 femmes, 97 hommes, $M_{\text{âge}} = 79,3$ ans, tranche d'âge: 54 ans - 100 ans), Keller, et Ostbye (2003) déclaraient effectivement que les personnes âgées présentant un risque nutritionnel élevé avaient une diminution significative de leur durée de vie.

De nombreuses études permettent l'évaluation de la prévalence de la dénutrition protéino-énergétique chez les personnes âgées lesquelles peuvent évidemment représenter, en partie du moins, la problématique anorexique. Ainsi, Ferland (2003) situe la prévalence de la dénutrition protéino-énergétique chez les personnes âgées vivant à domicile entre 5% et 15%. Mion, Mac Dowell, et Heaney (tel que cité par I. Chapman, 2004) l'estiment de même à près de 15%. Covinsky, et coll. (tel que cité par Donini, & coll., 2008) situent la prévalence de la dénutrition protéino-énergétique chez les personnes âgées hospitalisées entre 20% et 60%. Ferland (2003) l'estime de même entre 20% et 65%. L'étendue des prévalences dépend évidemment des paramètres d'évaluation

utilisés dans les différentes études ainsi que des valeurs seuils retenues pour définir la dénutrition protéino-énergétique (Ferland, 2003; Visvanathan, & I. Chapman, 2009). Plusieurs autres études confirment ces prévalences, mais Guigoz, et Vellas (tel que cité par Donini, & coll., 2008) ainsi que Visvanathan, et I. Chapman (2009) présument que la dénutrition protéino-énergétique chez l'ensemble des personnes âgées peut même atteindre jusqu'à 85%. Effectivement, Mowe, et Bohmer (tel que cité par Donini, & coll., 2008) expliquent que plusieurs personnes âgées présentant une dénutrition protéino-énergétique demeurent encore non diagnostiquées. D'autres résultats tout aussi percutants témoignent de la gravité de la problématique. Ainsi, D. Thomas (2005) confirme que 27% des personnes âgées développent une dénutrition protéino-énergétique durant leur hospitalisation et Wittert, et coll. (tel que cité par D. Thomas, 2005) ajoutent que 90% des personnes âgées admises en soins de convalescence après une hospitalisation présentent une dénutrition protéino-énergétique ou sont à risque élevé de développer une dénutrition protéino-énergétique. Les personnes âgées retournant à domicile après une hospitalisation sont également à risque élevé de développer une dénutrition protéino-énergétique (D. Thomas, 2005). Ces résultats notables doivent être pris en compte puisque le risque de dénutrition protéino-énergétique chez les personnes âgées présentant un problème d'anorexie est très élevé (Morley, 1997). D'ailleurs, Clarkston, et coll. (1997) désignent l'anorexie comme la principale cause de dénutrition protéino-énergétique chez les personnes âgées.

Ainsi, lorsque les personnes âgées se plaignent d'une perte d'appétit, ne répondent pas de façon adéquate à leurs besoins énergétiques, accusent une perte pondérale et développent de surcroît une dénutrition protéino-énergétique, elles sont grandement à risque de présenter une problématique anorexique.

1.2 Distinction entre l'anorexie associée au vieillissement, l'anorexie mentale et l'anorexie mentale tardive

Le phénomène de l'anorexie associée au vieillissement présente certains traits communs avec la pathologie classique de l'anorexie mentale (P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004). Il s'agit toutes deux d'une condition discrète, facile à dissimuler et résolument marquée par un développement insidieux et sournois qui mène inmanquablement à une maigreur extrême (P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004), à une altération des systèmes biologiques et physiques ainsi qu'à une détérioration de l'état nutritionnel (Pobee, & Lapalio, 1996). Toutefois, en tant que manifestation clinique typique (Berry, & Marcus, 2000), l'anorexie associée au vieillissement diffère de l'anorexie mentale sur plusieurs points majeurs tant au niveau des traits psychopathologiques qu'au niveau des composantes comportementales (Pellerin, Mure-Petitjean, & Boiffin, 2000).

L'anorexie associée au vieillissement ayant préalablement été définie, il semble à ce point essentiel, pour bien comprendre ce qui distingue ces deux états pathologiques, de succinctement présenter les caractéristiques spécifiques qui composent l'anorexie mentale. L'anorexie mentale est une pathologie chronique qui se caractérise par une perte pondérale auto-infligée à l'aide d'épisodes de jeûne et de privation alimentaire qui briment l'appétit et qui laissent la faim inassouvie ainsi que par une distorsion de l'image corporelle (Pobee, & Lapalio, 1996). Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR) présente les quatre critères diagnostiques de l'anorexie mentale notamment le refus de maintenir un poids à un niveau normal, la peur intense de présenter un surplus de poids malgré une insuffisance pondérale, la distorsion de l'image corporelle et l'aménorrhée (American Psychiatric Association, 2003).

Le tableau 2 présente en parallèle certaines caractéristiques spécifiques permettant de circonscrire l'anorexie associée au vieillissement et l'anorexie mentale (Silver, 1990).

Tableau 2. Caractéristiques spécifiques permettant de circonscrire l'anorexie associée au vieillissement et l'anorexie mentale

Anorexie associée au vieillissement	Anorexie mentale
65 ans et plus	13 à 20 ans (85%)
Sexe féminin et masculin	Sexe féminin (95%)
Classes sociales diverses	Classes sociales moyennes et élevées
Perte d'appétit précoce +++	Perte d'appétit tardive
Perte pondérale +++	Perte pondérale +++
Pathologies physiques associées +++	Pathologies physiques associées +
Prédisposition au stress ++	Prédisposition au stress ++
Peur de l'obésité -	Peur de l'obésité +++
Distorsion de l'image corporelle -	Distorsion de l'image corporelle +++

Ainsi, la perte d'appétit apparaît chez les personnes âgées dès les premiers symptômes du syndrome anorexique alors qu'elle se manifeste plutôt chez les jeunes adolescentes vers la fin du processus évolutif de la pathologie. La perte pondérale chez les personnes âgées devient par conséquent le résultat de la perte d'appétit alors qu'elle semble plutôt consciemment auto-infligée chez les jeunes adolescentes (Crisp (tel que cité par Gowers, & Crisp, 1990)). Dans le même sens, la réduction d'apport alimentaire chez les personnes âgées peut se qualifier de non intentionnelle (Donini, & coll., 2003; Ferland, 2003; Horwitz, & coll., 2002; Savina, & coll., 2006; P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004) alors qu'elle tend plutôt à se qualifier de volontaire chez les jeunes

adolescentes (Crisp (tel que cité par Gowers, & Crisp, 1990)). Enfin, la distorsion de l'image corporelle s'avère pratiquement absente chez les personnes âgées alors qu'elle s'avère plutôt omniprésente chez les jeunes adolescentes. Les personnes âgées entretiennent d'ailleurs généralement une faible préoccupation face à leur image corporelle alors que les jeunes adolescentes sont plutôt reconnues pour l'obsession de leur image corporelle (B. Bartlett, 1990).

Certaines attitudes alimentaires spécifiquement associées à l'anorexie mentale semblent cependant se retrouver chez certaines personnes âgées aux prises avec une dénutrition protéino-énergétique à risque de présenter un problème d'anorexie. Dans le cadre d'une étude transversale effectuée auprès 183 hommes âgés de plus de 70 ans recrutés dans une unité de soins gériatriques pour vétérans aux États-Unis, Miller, Morley, Rubenstein, et Pietruszka (1991) étudiaient les attitudes alimentaires des hommes âgés en fonction de leur état nutritionnel et à l'aide de l'échelle des attitudes alimentaires permettant de diagnostiquer l'anorexie mentale soit le Eating Attitudes Test (EAT). Ainsi, 10% des 39 hommes âgés classifiés comme présentant une dénutrition protéino-énergétique démontraient des attitudes restrictives face à l'alimentation notamment en préférant garder leur estomac vide et en s'engageant dans un régime alimentaire restrictif et 7% d'entre eux entretenaient une distorsion de l'image corporelle notamment en étant préoccupés par le désir d'être mince et en étant terrifiés par la perspective d'un surplus de poids. L'ensemble des hommes âgés classifiés comme présentant une dénutrition protéino-énergétique obtenait de surcroît un score significativement élevé à la sous-échelle d'attitudes de contrôle face à l'alimentation laquelle évalue les items décrits par le fait de prendre plus de temps que les autres pour s'alimenter, d'avoir l'habitude de couper ses aliments en petits morceaux, de choisir de ne pas s'alimenter même en ressentant la

faim, de démontrer une capacité à contrôler son alimentation, de sentir que les autres aimeraient ou exercent de la pression pour une alimentation en plus grande quantité et de savoir que les autres considèrent leur minceur comme étant démesurée. Les résultats obtenus par Miller, et coll. (1991) ne permettent pas de conclure à un diagnostic d'anorexie mentale chez ces hommes âgés présentant une dénutrition protéino-énergétique. Toutefois, ils permettent de mettre en lumière certaines attitudes alimentaires inappropriées pouvant se retrouver chez certaines personnes âgées présentant une dénutrition protéino-énergétique. Pinkerton (1992) supporte d'ailleurs ces données en mentionnant que certaines personnes âgées présentant une dénutrition protéino-énergétique préfèrent garder leur estomac vide, expriment la peur de présenter un surplus de poids et continuent de s'engager dans un régime alimentaire restrictif malgré une sévère perte pondérale. Parallèlement, Pellerin, et coll. (2000) dénotent, autant chez les personnes présentant un problème d'anorexie associée au vieillissement que chez celles présentant un problème d'anorexie mentale, des préoccupations incessantes et paradoxales pour l'alimentation, des manières obsessionnelles très particulières de s'alimenter avec tri, découpage et mâchonnement des aliments ainsi que des vols et accumulations sélectives d'aliments. Enfin, Hetherington (1998) souligne simplement la façon particulière des personnes âgées présentant un problème d'anorexie de s'alimenter très lentement et uniquement lors de petits repas non complétés par des collations.

D'autres études scientifiques sont nécessaires pour valider et généraliser ces conclusions. Toutefois, ces résultats indiquent clairement l'importance de s'attarder plus spécifiquement aux facteurs psychologiques impliqués dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement.

Quant à l'anorexie mentale tardive, elle ne présente pas de différence clinique avec l'anorexie mentale survenant au cours de l'adolescence à part évidemment l'absence du symptôme d'aménorrhée et le critère d'âge situé au-dessus de 50 ans (Nicholson, & Ballance, 1998). En fait, il s'agit d'une notion contemporaine introduite par Dally en 1984 (Wills, & Olivieri, 1998) qui demeure à ce jour non répertoriée par le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003) et qui se diagnostique à partir des critères diagnostiques de l'anorexie mentale (Pellerin, & coll., 2000). L'anorexie mentale tardive se distingue toutefois légèrement de l'anorexie mentale par des préoccupations alimentaires moins présentes ainsi qu'une distorsion de l'image corporelle moins prédominante (Mermelstein, & Basu, 2001). Seulement quelques cas sont décrits dans la littérature scientifique lesquels semblent d'ailleurs provenir d'une anorexie ancienne évolutive ou d'une conduite répétée de restrictions alimentaires (Pellerin, & coll., 2000; Wills, & Olivieri, 1998). Effectivement, il semble que les jeunes adolescentes présentant un problème d'anorexie mentale tendent à maintenir leurs attitudes alimentaires inappropriées tout au long de leur vie laissant présupposer qu'elles peuvent encore être aux prises au grand âge avec un désordre nutritionnel (Cosford, & Arnold, 1991). Le fait que la plupart des études scientifiques concernant l'anorexie mentale éludent les personnes âgées laisse à ce jour l'anorexie mentale tardive pratiquement méconnue et rarement évoquée (P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004). Pourtant, son incidence devrait actuellement être à la hausse (Gupta, 1995; Hall, & Driscoll, 1993) puisque l'incidence de l'anorexie mentale augmente constamment avec les jeunes adolescentes qui succombent de plus en plus à la pression sociale de la minceur (Jones, & coll. (tel que cité par Hsu, & Zimmer, 1988)). L'anorexie mentale tardive demeure donc une pathologie

envisageable à inclure dans le diagnostic différentiel de l'anorexie associée au vieillissement (Price, Giannini, & Colella, 1985).

1.3 Étiologie de l'anorexie associée au vieillissement

À prime abord, aucune raison apparente ne semble expliquer cet état anorexique développé par les personnes âgées (B. Bartlett, 1990). La communauté scientifique affiche même une compréhension limitée des éléments causals (Conte, & coll., 2009) et poursuit à ce jour rigoureusement son investigation (Hays, & Roberts, 2006). Divers facteurs d'ordre physiologique, médical, social et psychologique interagissant entre eux semblent cependant être impliqués (Benelam, 2009; Blundell, 1988; Conte, & coll., 2009) et produire un effet anorexique franchement exponentiel avec l'avancée en âge (I. Chapman, & coll., 2002). L'étiologie de l'anorexie associée au vieillissement se présente donc comme étant multifactorielle et par conséquent très complexe (Fischer, & M. A. Johnson (tel que cité par Rayner, Mac Intosh, I. Chapman, Morley, & Horowitz, 2000); Morley, 1987, 2001a, 2001b; Rolls, 1989).

Le tableau 3 présente les différents facteurs étiologiques de l'anorexie associée au vieillissement.

Tableau 3. Facteurs étiologiques de l'anorexie associée au vieillissement

Facteurs d'ordre physiologique
Altération du métabolisme énergétique
Altération de la perception sensorielle
Altération de la fonction digestive
Altération du système neurologique
Facteurs d'ordre médical
Maladies chroniques
Incapacités fonctionnelles
Médicaments anorexigènes
Facteurs d'ordre social
Pauvreté
Isolement social
Institutionnalisation
Facteurs d'ordre psychologique
Troubles cognitifs
Troubles dépressifs
Deuil

1.3.1 Facteurs d'ordre physiologique

Le processus de vieillissement normal implique de nombreux changements physiologiques dont plusieurs ont assurément un lourd impact nutritionnel (Ferland, 2003). La diminution progressive de l'appétit, de l'apport alimentaire et du poids sont d'ailleurs des effets du processus de vieillissement normal (Conte, & coll., 2009; Donini,

& coll., 2003; Ferland, 2003; Morley, 1996; Rolls, 1999). Donini, et coll. (2003) et Morley (1996) qualifient même ces effets d'anorexie physiologique associée au vieillissement. L'anorexie physiologique associée au vieillissement, en présence d'autres conditions physiques et psychosociologiques aggravantes, peut devenir un facteur prédisposant au développement de l'anorexie associée au vieillissement (Morley, 1996).

Ainsi, plusieurs facteurs d'ordre physiologique peuvent intervenir de diverses façons pour modifier à la baisse l'appétit, l'apport alimentaire et le poids des personnes âgées. Selon la littérature scientifique, les principaux facteurs influents sont ceux reliés au métabolisme énergétique, à la perception sensorielle, à la fonction digestive et au système neurologique. D'autres facteurs d'ordre physiologique impliquant le système immunitaire et les cytokines (Arnalich, Hernanz, Vazquez, & Amores, 1994; I. Chapman, 2007), le système hormonal et la testostérone (I. Chapman, 2007) ainsi que la masse adipeuse et la leptine (Di Francesco, & coll., 2006) sont actuellement sous investigation. Les conclusions émises ne sont toutefois pas suffisamment révélatrices pour les inclure dans la thèse doctorale.

1.3.1.1 Altération du métabolisme énergétique

À propos du métabolisme énergétique, Blundell, Lawton, et King (1997), Ferland (2003), et Morley (1996) expliquent, qu'avec l'avancée en âge, l'organisme tend habituellement vers une réduction graduelle de l'apport alimentaire en parallèle et en réponse à une réduction graduelle du métabolisme basal et de la dépense énergétique. Le métabolisme basal est précisément réduit de 13% chez les femmes âgées et de 20% chez les hommes âgés (Durnin (tel que cité par Morley, Miller, & Flood, 1993)). L'apport alimentaire est conséquemment réduit de 30% chez les femmes âgées et de 43% chez les hommes âgés (Morley, & D. Thomas, 1999). Le National Health and Nutrition

Examination Survey III (NHANES III) effectué entre 1999 et 2002 aux États-Unis rapportait une diminution moyenne de l'apport alimentaire entre l'âge de 20 ans et 80 ans de 629 calories par jour pour les femmes et de 1321 calories par jour pour les hommes (Conte, & coll., 2009; Di Francesco, & coll., 2007; Morley, 2002). Cette adaptation physiologique de l'organisme nécessitant une réduction de l'apport alimentaire s'avère parfaitement saine et répond de façon tout à fait adéquate au processus de vieillissement normal.

Toutefois, d'autres changements physiologiques liés au métabolisme énergétique émanent plutôt d'une difficulté d'adaptation qui peut évidemment devenir fort préjudiciable. Ainsi, dans le cadre d'une étude prospective effectuée aux États-Unis auprès de 18 hommes âgés en santé ($M_{\text{âge}} = 68,0$ ans) et de 17 jeunes hommes en santé ($M_{\text{âge}} = 22,7$ ans), Roberts (1995) et Roberts, et coll. (1994) démontraient que, suite à une période imposée de restriction alimentaire de 21 jours ayant déclenché une perte pondérale, les hommes âgés étaient incapables de s'alimenter suffisamment pour reprendre le poids perdu contrairement aux jeunes hommes qui le reprenaient rapidement. Le métabolisme basal qui usuellement augmente en période de suralimentation et diminue en période de sous-alimentation ne semblait tout simplement pas fluctuer chez les hommes âgés. Cette diminution de l'habileté à contrôler de façon juste l'apport alimentaire, à compenser pour les fluctuations quotidiennes et à maintenir constante la balance énergétique suppose qu'une perte pondérale potentielle peut à long terme se produire (Roberts, 1995; Roberts, & coll., 1994). Dans ce contexte, Roberts (1995) et Roberts, et coll. (1994) concluent que certaines dysfonctions organiques associées au métabolisme énergétique perturbent grandement les mécanismes physiologiques qui sous-tendent la régulation de l'appétit chez les personnes âgées les prédisposant ainsi à

développer, particulièrement en présence d'autres facteurs aggravants, un problème d'anorexie.

1.3.1.2 Altération de la perception sensorielle

À propos de la perception sensorielle, Alspach (1998), I. Chapman (2007), Di Francesco, et coll. (2007), Ferland (2003), Morley (2010), Savina, Donini, et Cannella (2006), Schiffman (1994), Schiffman, et Warwick (1988, 1991), Winkler, Garg, Mekayarajjanonh, Bakaeen, et Khan (1999) ainsi que Yen (1996) confirment la présence d'une altération du sens gustatif et du sens olfactif avec le vieillissement. Ce changement physiologique dans la perception sensorielle semble malheureusement irréversible (Beaven, & Brooks (tel que cité par Winkler, Garg, Mekayarajjanonh, Bakaeen, & Khan, 1999)). Causé, entre autres, par une détérioration du fonctionnement des récepteurs gustatifs et par une dégénérescence structurale du bulbe et des nerfs olfactifs (Schiffman (tel que cité par Hays, & Roberts, 2006)), il tend à augmenter le seuil de détection du goût et de l'odorat et à réduire la sensibilité à discriminer les sensations gustatives et olfactives (Schiffman, & Graham, 2000). Ferland (2003) ainsi que Schiffman, et Graham (2000) précisent cependant que le degré d'altération du sens olfactif est généralement beaucoup plus marqué et plus fréquent que celui du sens gustatif. Ainsi, le seuil de détection du goût et de l'odorat des personnes âgées s'avère respectivement deux fois et douze fois plus élevé que celui des jeunes adultes (Schiffman, & Warwick, 1988, 1991). Quant à l'ampleur du déficit, il semble extrêmement variable au niveau gustatif avec des personnes âgées peu, pas ou très affectées (Ferland, 2003) alors qu'il se démarque nettement au niveau olfactif avec une forte atteinte chez 60% des personnes âgées de 65 ans à 80 ans et chez 80% des personnes âgées de plus de 80 ans (Doty, & coll. (tel que cité par I. Chapman, 2007)). De plus, l'impact du déficit olfactif

s'intensifie en reconnaissant la contribution essentielle de l'odorat à la perception du goût et de la saveur des aliments (Morley, 2002; Winkler, & coll., 1999). Encore plus, l'impact de l'ensemble du déficit sensoriel prend de l'ampleur en reconnaissant le rôle du déclin du sens gustatif et du sens olfactif dans la baisse d'efficacité de la fonction de satiété sensorielle spécifique laquelle permet, dans des conditions normales, la consommation de différents aliments lors d'un même repas (Chapman, 2007; Di Francesco, & coll., 2007). Effectivement, en agissant, la fonction de satiété sensorielle spécifique atténuée le plaisir procuré par un aliment après sa consommation pour laisser la place à la consommation d'un nouvel aliment. Par conséquent, une baisse de son efficacité conduit directement à un effet de satiété après la consommation d'un seul aliment.

Évidemment, cette diminution de l'habileté à répondre aux propriétés sensorielles des aliments n'est pas sans entraîner de lourdes conséquences chez les personnes âgées (Gift, & Redford (tel que cité par Elsner, 2002)). L'altération de la perception sensorielle est effectivement associée à une baisse d'appétit (De Jong, Mulder, De Graaf, & Van Staveren, 1999; Morley, 2002; Savina, & coll., 2006; Schiffman, 1999; Winkler, & coll., 1999), d'intérêt, de motivation, de désir (Alspach, 1998) et de plaisir face à l'alimentation et conséquemment à une réduction de l'apport alimentaire (Savina, & coll., 2006; Yen, 1996), à une perte pondérale et même à une détérioration de l'état nutritionnel (Schiffman (tel que cité par Schiffman, & Graham, 2000)). Ferland (2003) explique d'ailleurs que les dysfonctions organiques associées à la fonction sensorielle perturbent grandement les mécanismes physiologiques qui sous-tendent la régulation de l'appétit chez les personnes âgées. Dans ce contexte, Morley (2010) et Schiffman, et Warwick (1988) concluent que le déclin du sens gustatif et du sens olfactif joue un rôle déterminant dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement. I. Chapman (2007) formule des

propos plus modérés, mais confirme tout de même l'implication de ce changement physiologique dans la pathogénèse de l'anorexie associée au vieillissement.

1.3.1.3 Altération de la fonction digestive

À propos de la fonction digestive, de multiples changements physiologiques associés au vieillissement interfèrent dans le contrôle fort complexe du système périphérique de régulation de l'appétit (Beckoff, & coll., 2001; Leibowitz, 1988; Mac Intosh, & coll., 2000; Martinez, Arnalich, & Hernanz, 1993; Martinez, Arnalich, Vazquez, & Hernanz, 1993). Le système périphérique de régulation de l'appétit est responsable du déclenchement de la satiété (Read, French, & Cunningham (tel que cité par Cook, & coll., 1997)). Il régule l'acte alimentaire et dicte l'arrêt de l'alimentation en modulant l'activité des centres intégrateurs de l'appétit à l'aide de différents organes corporels tels que l'estomac, l'intestin et le pancréas (Ferland, 2003; Morley, 2001c, 2002).

Ainsi, au niveau du système périphérique de régulation de l'appétit, des perturbations majeures dans l'activité digestive entraînant une atteinte précoce du niveau de satiété sont formellement reconnues comme étant des éléments causals de l'anorexie associée au vieillissement. L'altération de la fonction de relâchement du muscle du fundus de l'estomacⁱ ainsi que l'augmentation des hormones de satiété gastro-intestinales et pancréatiques sont les principaux facteurs étiologiques à l'étude. D'autres perturbations dans l'activité digestive agissant au niveau du système périphérique de régulation de l'appétit et impliquant notamment la ghreline (Sturm, & coll., 2003) et le glucagon (Mac Intosh, & coll., 2000) sont actuellement sous investigation. Les conclusions émises ne sont toutefois pas suffisamment révélatrices pour les inclure dans la thèse doctorale.

ⁱ Fundus de l'estomac: portion supérieure de l'estomac

À propos de l'atteinte précoce du niveau de satiété causée par une altération de la fonction de relâchement du muscle du fundus de l'estomac (I. Chapman, 2007; Morley, 2002; Morley, & coll., 1999; Savina, & coll., 2006), une accélération consécutive du transfert des aliments du fundus de l'estomac à l'antré de l'estomac^j entraîne à son tour une distension plus rapide de l'antré de l'estomac, un ralentissement de la vidange gastrique (I. Chapman, 2007; Savina, & coll., 2006) imposant un temps d'évacuation deux à trois fois plus élevé (Ferland, 2003) et ainsi un déclenchement hâtif du signal de fin de repas (Morley, & coll., 1999). La distension de l'antré de l'estomac s'avère d'ailleurs le signal de fin de repas le plus influent (Morley, 2002). Dans ce contexte, Morley, et coll. (1999) considèrent l'atteinte précoce du niveau de satiété causée par une altération de la fonction de relâchement du muscle du fundus de l'estomac comme un des facteurs physiologiques responsable de l'anorexie associée au vieillissement.

À propos de l'atteinte précoce du niveau de satiété causée par une augmentation des hormones de satiété gastro-intestinales, l'implication de la cholécystokinine est primordiale (I. Chapman, 2004; Mac Intosh, & coll., 1999; Mac Intosh, Morley, & coll., 2001; Martinez, Hernanz, & coll., 1993; Morley, 2010; Morley, & coll., 1993; Sturm, & coll., 2003). La cholécystokinine est une hormone sécrétée par le tractus gastro-intestinal ayant pour fonction le déclenchement de 20% des signaux de satiété (Donini, & coll., 2003). Elle est également responsable d'une réduction d'apport alimentaire dans une proportion de 14% à 16% (Basile-Filler, 1997). Selon I. Chapman (2004), les taux plasmatiques de cholécystokinine sont nettement augmentés avec l'avancée en âge. Ils entraînent par conséquent une prolongation de la distension de l'antré de l'estomac, un ralentissement de la vidange gastrique et ainsi une augmentation de l'effet de satiété de la

^j Antré de l'estomac: portion terminale de l'estomac

cholécystokinine (I. Chapman, 2004; Morley, & coll., 1999). Dans le cadre d'une étude prospective effectuée en Australie auprès de huit hommes âgés en santé ($M_{\text{âge}} = 70,0$ ans, tranche d'âge: 65 ans - 80 ans) et de sept jeunes hommes en santé ($M_{\text{âge}} = 27,0$ ans, tranche d'âge: 20 ans - 34 ans), Mac Intosh, et coll. (1999) découvraient effectivement des taux plasmatiques de cholécystokinine significativement plus élevés chez les personnes âgées. Dans le cadre d'une seconde étude prospective effectuée en Australie auprès de 12 personnes âgées en santé ($M_{\text{âge}} = 71,2$ ans, tranche d'âge: 67 ans - 83 ans) et de 12 jeunes adultes en santé ($M_{\text{âge}} = 22,6$ ans, tranche d'âge: 18 ans - 33 ans), Mac Intosh, Morley, et coll. (2001) parvenaient à la même conclusion et ajoutaient même que, deux heures après l'administration intraveineuse de cholécystokinine, les personnes âgées présentaient un apport alimentaire 32% moins élevé comparativement aux jeunes adultes qui présentaient un apport alimentaire 16% moins élevé. Par ailleurs, dans le cadre d'une étude prospective effectuée en Espagne auprès de 14 personnes âgées présentant un problème d'anorexie ($M_{\text{âge}} = 78,0$ ans) et de 10 personnes âgées en santé ($M_{\text{âge}} = 74,0$ ans), Martinez, Hernanz, et coll. (1993) découvraient des taux plasmatiques de cholécystokinine plus élevés chez les personnes âgées présentant un problème d'anorexie. Toutefois, dans le cadre d'une seconde étude prospective effectuée en Australie auprès de huit femmes âgées présentant une dénutrition protéino-énergétique ($M_{\text{âge}} = 80,4$ ans, tranche d'âge: 69 ans - 87 ans), de huit femmes âgées en santé ($M_{\text{âge}} = 77,0$ ans, tranche d'âge: 72 ans - 80 ans) et de huit jeunes femmes en santé ($M_{\text{âge}} = 22,0$ ans, tranche d'âge: 18 ans - 29 ans), Sturm, et coll. (2003) découvraient des taux plasmatiques de cholécystokinine significativement plus élevés chez l'ensemble des femmes âgées, mais non significativement plus élevés chez les femmes âgées présentant une dénutrition protéino-énergétique laissant présupposer que d'autres facteurs étiologiques sont

concurrentement impliqués dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement. Mac Intosh, Morley, et coll. (2001), Martinez, Hernanz, et coll. (1993), Morley (2010) ainsi que Sturm, et coll. (2003) considèrent tout de même l'atteinte précoce du niveau de satiété causée par une augmentation des hormones de satiété gastro-intestinales notamment de la cholécystokinine comme un des facteurs physiologiques responsable de l'anorexie associée au vieillissement. Quant à I. Chapman (2007), il s'appuie sur les études expérimentales de Mac Intosh, Morley, et coll. (2001) pour soutenir cette conclusion.

À propos de l'atteinte précoce du niveau de satiété causée par une augmentation des hormones de satiété pancréatiques, l'étude de l'amyline et de l'insuline s'impose (Morley, 2001c). L'amyline et l'insuline sont toutes deux des hormones de satiété sécrétées par les îlots de Langerhans situés dans le pancréas (Edwards, & Morley (tel que cité par Morley, 2001c)) en réponse à l'ingestion alimentaire (Koda, & coll. (tel que cité par Mac Intosh, & coll., 2000)). Toutefois, l'amyline est plutôt reconnue pour son rôle déterminant dans le déclenchement à court terme des signaux de satiété (Morley, 2001c) alors que l'insuline est plutôt reconnue pour son rôle prépondérant dans la régulation de la balance énergétique ayant tout de même un rôle secondaire dans le déclenchement à long terme des signaux de satiété (Di Francesco, & coll., 2007). Les conclusions émises par les différents auteurs scientifiques quant à l'augmentation des taux plasmatiques d'amyline et d'insuline chez les personnes âgées sont contradictoires. Concernant l'amyline, Edwards, et coll. (tel que cité par Morley, 2001c) soutiennent que les taux plasmatiques des personnes âgées sont plus élevés que ceux des jeunes adultes alors que Mitsukawa, et coll. (tel que cité par Mac Intosh, & coll., 2000) soutiennent qu'ils sont identiques. Par conséquent, Morley (2001c) considère l'atteinte précoce du niveau de satiété causée par

une augmentation des hormones de satiété pancréatiques notamment de l'amyline comme un des facteurs physiologiques responsable de l'anorexie associée au vieillissement alors que Mac Intosh, et coll. (2000) affirment l'inverse. De nouvelles études expérimentales sont nécessaires pour réellement confirmer le rôle de l'amyline dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement. Concernant l'insuline, Di Francesco, et coll. (2007) soutiennent que les taux plasmatiques des personnes âgées sont plus élevés que ceux des jeunes adultes. Pourtant, dans le cadre d'une étude prospective effectuée en Australie auprès de 13 hommes âgés en santé ($M_{\text{âge}} = 72,1$ ans, tranche d'âge: 65 ans - 84 ans) et de 13 jeunes hommes en santé ($M_{\text{âge}} = 23,7$ ans, tranche d'âge: 18 ans - 32 ans), Mac Intosh, Horowitz, et coll. (2001) démontraient qu'ils étaient identiques. De toute façon, étant donné le rôle limité de l'insuline dans le déclenchement à court terme des signaux de satiété, Mac Intosh, et coll. (2000), Mac Intosh, Horowitz, et coll. (2001) ainsi que Morley (1997) s'entendent pour exclure le facteur insulinique en tant qu'élément causal de l'anorexie associée au vieillissement.

1.3.1.4 Altération du système neurologique

À propos du système neurologique, de multiples changements physiologiques associés au vieillissement interfèrent dans le contrôle fort complexe du système central de régulation de l'appétit (Beckoff, & coll., 2001; Leibowitz, 1988; Mac Intosh, & coll., 2000; Martinez, Arnalich, & Hernanz, 1993; Martinez, Arnalich, & coll., 1993). Le système central de régulation de l'appétit est responsable de l'initiation de l'acte alimentaire (Morley, & Levine (tel que cité par Morley, & Silver, 1988)). Il régit l'appétit à l'aide de plusieurs centres intégrateurs situés dans l'hypothalamus (Ferland, 2003) lesquels possèdent la capacité de réagir aux effets stimulateurs et inhibiteurs des différents neurotransmetteurs et neuromédiateurs (Mac Intosh, & coll., 2000).

Ainsi, au niveau du système central de régulation de l'appétit, des perturbations dans l'activité neurologique réduisant l'action orexigène de certains neurotransmetteurs et neuromédiateurs pourraient être en cause dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement. La diminution des concentrations hypothalamiques d'opioïde ainsi que de neuropeptide Y sont les principaux facteurs à l'étude. D'autres perturbations dans l'activité neurologique agissant au niveau du système central de régulation de l'appétit et impliquant notamment la galanine et l'orexine (I. Chapman, 2004) sont actuellement sous investigation. Les conclusions émises ne sont toutefois pas suffisamment révélatrices pour les inclure dans la thèse doctorale.

L'opioïde est un neurotransmetteur possédant une action orexigène qui stimule l'appétit (I. Chapman, 2004; Ferland, 2003; Mac Intosh, & coll., 2000). Chez l'animal âgé, une diminution des concentrations hypothalamiques d'opioïde (I. Chapman, 2006; Ferland, 2003; Mac Intosh, Sheehan, & coll., 2001), causée par une diminution des récepteurs de neurotransmetteurs, entraîne une baisse d'appétit (I. Chapman, & coll., 2002; Ferland, 2003). Chez l'humain, l'atténuation de l'effet opioïde n'est pas encore démontrée. En fait, dans le cadre d'une étude prospective effectuée en Australie auprès de 12 personnes âgées en santé ($M_{\text{âge}} = 72,0$ ans, tranche d'âge: 65 ans - 84 ans) et de 12 jeunes adultes en santé ($M_{\text{âge}} = 23,0$ ans, tranche d'âge: 20 ans - 26 ans), Mac Intosh, Sheehan, et coll. (2001) découvraient même, après l'administration intraveineuse d'un antagoniste de l'opioïde, qu'il n'y avait aucune différence significative entre la diminution d'apport alimentaire des personnes âgées et celles des jeunes adultes. Le rôle de l'opioïde dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement reste donc toujours à confirmer (I. Chapman, 2004).

Le neuropeptide Y est un neuromédiateur possédant un puissant potentiel orexigène qui stimule l'appétit (Donini, & coll., 2003; Ferland, 2003; Martinez, Hernanz, & coll., 1993). Chez l'animal âgé, une diminution des concentrations hypothalamiques de neuropeptide Y (Blanton, Horwitz, & Mc Donald, 1999; Donini, & coll., 2003; Ferland, 2003), causée par une baisse de la production (I. Chapman, & coll., 2002; Mac Intosh, & coll., 2000) et de la réponse orexigène (Ferland, 2003), entraîne une réduction d'apport alimentaire (Pich, & coll. (tel que cité par Horwitz, & coll., 2002)). Selon Pich, et coll. (tel que cité par Horwitz, & coll., 2002), cette diminution des concentrations hypothalamiques de neuropeptide Y chez l'animal âgé est même nettement associée au développement d'un problème d'anorexie. Chez l'humain, l'atténuation de l'effet du neuropeptide Y n'est pas encore démontrée. En fait, dans le cadre de l'étude effectuée par Martinez, Hernanz, et coll. (1993), les concentrations hypothalamiques ainsi que les taux plasmatiques de neuropeptide Y étaient même plus élevés chez les personnes âgées présentant un problème d'anorexie. Ces résultats inattendus et déconcertants semblaient s'expliquer par une sécrétion de neuropeptide Y augmentée en réaction à la réduction d'apport alimentaire des personnes âgées présentant un problème d'anorexie qui sert tout simplement d'action compensatoire. Le rôle du neuropeptide Y dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement reste donc toujours à confirmer (I. Chapman, 2004; Mac Intosh, & coll., 2000).

De nouvelles études expérimentales doivent être effectuées pour confirmer l'implication d'un déséquilibre dans le fonctionnement du système neurologique et du système central de régulation de l'appétit pouvant induire un état anorexique chez les personnes âgées (Blanton, & coll., 1999; Ferland, 2003).

Mais tout de même, plusieurs changements physiologiques associés au processus de vieillissement normal sont déjà en place pour favoriser le développement d'une condition pathologique (Kaiser (tel que cité par Basile-Filler, 1997)). Évidemment, le développement d'une condition pathologique diffère du simple processus de vieillissement normal (Kaiser (tel que cité par Basile-Filler, 1997)). L'anorexie associée au vieillissement en tant que condition pathologique (Morley, 1996) se confirme précisément lorsque la perte d'appétit se présente comme une plainte incessante (Morley, Silver, Fiatarone, & Mooradian (tel que cité par Roe, 1990)), lorsque la réduction de l'apport alimentaire dépasse la réduction de la dépense énergétique (Landi, Russo, & coll., 2010), lorsque la perte pondérale devient plutôt disproportionnée (Evans (tel que cité par I. Chapman, & coll., 2002)) et lorsqu'un état carrément anormal tend à s'installer (K. Chapman, & Nelson, 1994).

1.3.2 Facteurs d'ordre médical

Le processus pathologique s'implantant au cours du vieillissement contribue à l'apparition et à l'évolution de nombreuses maladies invalidantes (Ferland, 2003) dont plusieurs sont impliquées dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement (Donini, & coll., 2008). Selon la littérature scientifique, les principaux facteurs d'ordre médical en mesure de causer un état anorexique sont les maladies chroniques, les incapacités fonctionnelles ainsi que les médicaments anorexigènes.

1.3.2.1 Maladies chroniques

Quatre personnes âgées sur cinq sont atteintes d'une ou de plusieurs maladies chroniques (Monson, 1986). De nombreuses maladies chroniques sont considérées comme des causes organiques de l'anorexie associée au vieillissement notamment les maladies systémiques telles que les maladies infectieuses (Bourquin, & Giacomini,

1998), les insuffisances cardiaques, respiratoires et rénales et les tumeurs cancéreuses (I. Chapman, 2004, 2007; Morley, 2010), les maladies digestives (Donini, & coll., 2003; Olsen-Noll, & Bosworth, 1989) telles que les syndromes de malabsorption (I. Chapman, 2004, 2007), les inflammations gastro-intestinales et les insuffisances hépatiques et pancréatiques (Bourquin, & Giacomini, 1998) ainsi que les maladies neuro-dégénératives telles que les troubles parkinsoniens (Savina, & coll., 2006). Les problèmes de dysphagie incluant les problèmes oraux reliés à une piètre dentition, à une dentition absente ou à des prothèses dentaires mal ajustées sont également considérés comme des causes organiques de l'anorexie associée au vieillissement (I. Chapman, 2004, 2007).

1.3.2.2 Incapacités fonctionnelles

Se développant parallèlement à ces différentes maladies chroniques, de nombreuses incapacités fonctionnelles peuvent s'installer, affecter de diverses façons les activités de la vie quotidienne et domestique (Verbrugge, & Jette (tel que cité par Van Staveren, & coll., 2002)) et par conséquent causer un problème d'anorexie (Morley, 2002). De redoutables difficultés dans l'approvisionnement, la préparation et la consommation des aliments peuvent ainsi survenir et entraîner une réduction de l'apport alimentaire (Donini, & coll., 2008), une perte pondérale (Guralnik, & Simonick (tel que cité par Van Staveren, & coll., 2002)) ainsi qu'une détérioration de l'état nutritionnel (Eisinger (tel que cité par Lee, & Frongillo, 2001)). Selon Ferland (2003), près de 50% des personnes âgées de 65 ans à 85 ans et près de 80% des personnes âgées de plus de 85 ans présentent des incapacités fonctionnelles. Plus précisément, 29% des personnes âgées de 75 ans à 85 ans nécessitent de l'aide pour l'approvisionnement des aliments, 16% pour la préparation des aliments et 2% pour la consommation des aliments et 73% des personnes âgées de plus de 85 ans nécessitent de l'aide pour l'approvisionnement des

aliments, 50% pour la préparation des aliments et 7% pour la consommation des aliments (Morley, & Morley, 1995). Dans ce contexte, Morley, et Silver (1988) reconnaissent les incapacités fonctionnelles reliées à l'immobilité et à l'inhabileté à s'alimenter comme des causes physiques majeures de l'anorexie associée au vieillissement.

1.3.2.3 Médicaments anorexigènes

La prise de médicaments prescrits dans le traitement de ces différentes maladies invalidantes peut de surcroît exacerber un état anorexique déjà présent (Ferland, 2003). Effectivement, 85% des personnes âgées prennent régulièrement des médicaments (Monson, 1986) et plusieurs de ces médicaments sont carrément anorexigènes agissant en altérant directement l'appétit ou en entraînant indirectement des effets indésirables tels que les nausées, les vomissements, les dommages à la muqueuse intestinale (Conte, & coll., 2009; Ferland, 2003) ainsi que les pertes de fonction sensorielle gustative et olfactive (Donini, & coll., 2003). De même, une grande majorité de personnes âgées prend de multiples médicaments et plusieurs de ces médicaments peuvent interagir ensemble (Conte, & coll., 2009; Walter, 1987), causer de sévères intoxications et ainsi présenter un grave potentiel anorexigène (Yen, 1994).

De nombreux facteurs d'ordre médical peuvent donc provoquer ou aggraver un état anorexique. Malheureusement, un état anorexique bien implanté continue d'entretenir le processus pathologique et d'ainsi nuire au processus thérapeutique.

1.3.3 Facteurs d'ordre social

Les expériences sociales vécues au cours du vieillissement provoquent des changements importants dans l'environnement des personnes âgées dont plusieurs peuvent grandement perturber l'alimentation (Ferland, 2003) allant même jusqu'à éveiller et initier une conduite anorexique (I. Chapman, 2004; Hays, & Roberts, 2006; Mac

Intosh, & coll., 2000; Morley, 2003; P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004). Selon la littérature scientifique, les principaux facteurs d'ordre social en mesure d'instaurer un problème d'anorexie sont la pauvreté, l'isolement social ainsi que l'institutionnalisation.

1.3.3.1 Pauvreté

Les personnes âgées vivant sous le seuil de la pauvreté et ayant de graves difficultés financières sont beaucoup plus à risque de développer un problème d'anorexie (Donini, & coll., 2008; Hays, & Roberts, 2006; Mac Intosh, & coll., 2000). Le plus haut taux d'anorexie se retrouve d'ailleurs chez les personnes âgées ayant de faibles ressources financières (Lowenstein (tel que cité par B. Bartlett, 1990)) nonobstant le fait que l'anorexie touche tous les niveaux socio-économiques (Basile-Filler, 1997). C'est ainsi que Donini, et coll. (2008), Ferland (2003), Hays, et Roberts (2006), Mac Intosh, et coll. (2000), Morley, et Morley (1995), et Spangler, et Eigenbrod (1995) stipulent que la pauvreté est nettement associée à une réduction de l'apport alimentaire. Hendricks, et Hendricks (tel que cité par Rajceвич, & Wakefield, 1991) ajoutent même que 20% des personnes âgées s'imposent des restrictions alimentaires par manque de ressources financières. Dans ce contexte, Donini, et coll. (2008), Hays, et Roberts (2006) ainsi que Mac Intosh, et coll. (2000) confirment l'impact de la pauvreté dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement. Quant à Morley (1996), il qualifie même la pauvreté de cause sociale majeure de l'anorexie associée au vieillissement.

1.3.3.2 Isolement social

L'isolement social, bien souvent conséquent d'une détérioration graduelle du réseau social, est fréquemment à l'origine d'une problématique anorexique associée au vieillissement (I. Chapman, 2004; Donini, & coll., 2008; Hays, & Roberts, 2006; Mac Intosh, & coll., 2000; Savina, & coll., 2006; P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004).

Associé à une réduction de l'appétit (Mac Intosh, & coll., 2000) et de l'apport alimentaire, à une perte pondérale ainsi qu'à une détérioration de l'état nutritionnel (Savina, & coll., 2006), l'isolement social s'avère un obstacle extrêmement difficile à surmonter puisqu'il confine les personnes âgées et entretient l'indifférence sociale permettant ainsi le développement de l'anorexie (P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004). Pourtant, les personnes âgées seules et isolées peuvent augmenter leur apport alimentaire de 23% à 50% lorsqu'elles s'alimentent en compagnie d'autres personnes (I. Chapman, 2007; Donini, & coll., 2003; Savina, & coll., 2006). Les interactions et les échanges sociaux font effectivement partie intégrante du processus alimentaire et permettent par conséquent une nette amélioration de l'appétit et de l'apport alimentaire (Ferland, 2003). Mais en tant que facteur social emmurant, l'isolement social demeure un élément causal de l'anorexie associée au vieillissement fort contraignant (I. Chapman, 2004; Donini, & coll., 2008; Hays, & Roberts, 2006; Mac Intosh, & coll., 2000; Savina, & coll., 2006; P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004).

1.3.3.3 Institutionnalisation

Le changement dans les conditions d'hébergement, plus précisément le déménagement en milieu institutionnel, peut parfois provoquer des comportements alimentaires en mesure d'initier un problème d'anorexie (Savina, & coll., 2006; Wiederman, 1995). Ainsi, menant à une perte de l'environnement familial, l'institutionnalisation peut être à l'origine d'une perturbation des habitudes alimentaires et par conséquent d'une réduction de l'apport alimentaire (Savina, & coll., 2006). De plus, menant à une perte du pouvoir décisionnel, l'institutionnalisation peut provoquer des attitudes alimentaires anormales (S. Bartlett, Shrimanker, & Ballard, 2000) visant notamment à assurer un certain contrôle sur l'environnement et ainsi nuire au processus

alimentaire (Savina, & coll., 2006; Wiederman, 1995). Principalement pour ces raisons, Savina, et coll. (2006) confirment l'importance de l'institutionnalisation dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement.

C'est ainsi que certaines conditions et expériences sociales peuvent favoriser l'apparition d'une conduite anorexique chez les personnes âgées.

1.3.4 Facteurs d'ordre psychologique

Les émotions suscitées par les nombreux changements limitatifs et pertes significatives associés au vieillissement sont certainement capables d'entraîner face à l'alimentation des attitudes et des conduites différentes pouvant favoriser le développement de l'anorexie associée au vieillissement. Pourtant, la littérature scientifique ne reconnaît pas explicitement et littéralement l'aspect émotionnel en tant que facteur étiologique de l'anorexie associée au vieillissement. Elle s'attarde tout de même aux effets de certains troubles mentaux et de certaines conditions particulières pouvant être à l'origine de difficultés émotionnelles. Selon la littérature scientifique, les principaux facteurs d'ordre psychologique en mesure d'initier une conduite anorexique sont les troubles cognitifs, les troubles dépressifs et le deuil.

1.3.4.1 Troubles cognitifs

Les troubles cognitifs tels que la démence de type alzheimer, la démence vasculaire ainsi que la démence secondaire à d'autres affections médicales générales se manifestent chez près de 3% des personnes âgées de 65 ans à 74 ans et chez le tiers des personnes âgées de plus de 85 ans (Statistique Canada, 1996). Entraînant progressivement de multiples déficits cognitifs telles qu'entre autres, une altération de la mémoire (Donini, & coll., 2003; Savina, & coll., 2006), une perturbation des fonctions

exécutives (Morley, & Silver, 1988), une agnosie^k ainsi qu'une apraxie^l, la démence tend nécessairement à interférer avec la plupart des activités de la vie quotidienne et domestique (Donini, & coll., 2003; Savina, & coll., 2006) provoquant même une désorganisation du comportement alimentaire fréquemment à l'origine de l'anorexie associée au vieillissement (Kay, 1987; P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004). L'oubli et l'indifférence face à l'alimentation (Morley, & Silver, 1988) ainsi que l'inadéquation dans la conduite alimentaire (Donini, & coll., 2003; Savina, & coll., 2006) sont d'ailleurs les principaux facteurs susceptibles de contribuer à une perturbation de l'appétit (Kay, 1987, D. Thomas, 2009), une réduction de l'apport alimentaire (Mac Intosh, & coll., 2000; P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004), une perte pondérale ainsi qu'une détérioration de l'état nutritionnel (Savina, & coll., 2006). Dans ce contexte, Mac Intosh, et coll. (2000), Morley (2010), D. Thomas (2009) ainsi que P. Thomas, et C. Hazif-Thomas (2004) confirment l'impact de la démence dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement.

1.3.4.2 Troubles dépressifs

Les troubles dépressifs se manifestent chez plus de 2% des personnes âgées (Statistique Canada, 1999) et peuvent même atteindre jusqu'à 10% des personnes âgées institutionnalisées (Evers, & Marin (tel que cité par I. Chapman, 2007)). Caractérisée par une grande tristesse (Basile-Filler, 1997) ainsi qu'un désintérêt général pour la vie (Bourquin, & Giacomini, 1998), la dépression entraîne fréquemment un problème d'anorexie (Giannini, 1988; P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004; Morley, 2002). D'ailleurs, l'anorexie est l'une des manifestations principales de la dépression (P. Thomas,

^k Agnosie: incapacité de reconnaître des objets en dépit de l'adéquation de la fonction sensorielle

^l Apraxie: incapacité d'effectuer des mouvements coordonnés en dépit de l'adéquation de la fonction motrice

& C. Hazif-Thomas, 2004) tout comme la perte d'appétit est l'un des symptômes classiques de la dépression et la perte pondérale l'un des critères diagnostiques formels de la dépression (Peat, Peyerl, & Muehlenkamp, 2008). Par conséquent, la dépression chez les personnes âgées s'avère très difficile à dissocier de l'anorexie associée au vieillissement (P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004). Les nombreuses plaintes somatiques accompagnant fréquemment la dépression chez les personnes âgées notamment la constipation, l'asthénie, la dyspnée, les palpitations, les céphalées, les vertiges et les douleurs peuvent également aisément s'apparenter aux différents symptômes physiques de l'anorexie associée au vieillissement compliquant ainsi davantage le diagnostic différentiel (P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004). P. Thomas, et C. Hazif-Thomas (2004) expliquent d'ailleurs que la dépression chez les personnes âgées reste souvent masquée par différents symptômes physiques ajoutant même que 60% à 70% des troubles dépressifs chez les personnes âgées sont carrément négligés, méconnus, ou tout simplement, mal traités. Une dépression masquée, non diagnostiquée et non traitée peut évidemment causer, entretenir et aggraver un problème d'anorexie (P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004). Dans ce contexte, Basile-Filler (1997), Bourquin, et Giacomini (1988) ainsi que I. Chapman (2007) reconnaissent la dépression comme un élément causal fort important de l'anorexie associée au vieillissement. D. Thomas, et Morley (tel que cité par Morley, 2002) indiquent même que la dépression est le principal élément causal de l'anorexie associée au vieillissement. Quant à P. Thomas, et C. Hazif-Thomas (2004), ils soutiennent que la dépression masquée, non diagnostiquée et non traitée est spécifiquement responsable de l'anorexie associée au vieillissement.

1.3.4.3 Deuil

Le deuil se manifeste à diverses périodes de la vie affectant des personnes de tous les niveaux d'âge (Cohen, 2000). Toutefois, avec l'avancée en âge, sa prévalence tend grandement à augmenter obligeant les personnes âgées à régulièrement faire face à différentes pertes définitives telles que celles d'un conjoint (Cohen, 2000), d'un parent, d'un enfant, d'un membre de la fratrie (De Vries, & coll. (tel que cité par Fitzpatrick, 1998), d'un membre de la famille élargie, d'un ami ou d'un voisin (Cohen, 2000). Ainsi, à l'âge de 65 ans, plus de 50% des femmes et plus de 10% des hommes sont endeuillés d'un conjoint et, à l'âge de 85 ans, plus de 80% des femmes et plus de 40% des hommes sont endeuillés d'un conjoint (Rosenzweig, Prigerson, Miller, & Reynolds, 1997). Considéré comme une source de stress majeure (Shear, 2005), le deuil endommage visiblement l'état de santé physique, mental (Rosenzweig, & coll., 1997), émotionnel (C. Johnson, 2002) et social des personnes âgées (Lund, & coll., 1985). Les plaintes somatiques, les symptômes dépressifs ainsi que les problèmes d'isolement social émergent d'ailleurs couramment en période de deuil ayant même tendance à persister sur une période relativement longue (Parkes, 1997; Sanders (tel que cité par Lund, & coll., 1985)). C'est dans ce contexte que les personnes âgées endeuillées rapportent fréquemment une baisse d'intérêt pour l'alimentation (Rosenbloom, & Whittington, 1993) ainsi qu'une perte d'appétit et de plaisir à s'alimenter (Donini, & coll., 2003; Savina, & coll., 2006). Réduisant conséquemment leur apport alimentaire, elles subissent alors une perte pondérale (Rosenbloom, & Whittington, 1993) et développent, parfois temporairement (Morley, & Morley, 1995) et parfois durablement, un problème d'anorexie (I. Chapman, 2004; Morley, 2002). Évidemment, la présence de symptômes dépressifs chez les personnes âgées endeuillées entretient grandement la conduite anorexique (Morley, & Morley,

1995). D'ailleurs, près du tiers des personnes âgées, un mois après le décès de leur conjoint, jusqu'à un quart des personnes âgées, deux mois à sept mois après le décès de leur conjoint et de 10% à 17% des personnes âgées, 13 mois après le décès de leur conjoint, rapportent des symptômes dépressifs suffisamment sévères pour permettre le diagnostic d'un épisode dépressif majeur (Zisook, & Shuchter (tel que cité par Rosenzweig, & coll., 1997)). Mais avec ou sans présence de symptômes dépressifs, I. Chapman (2004) et Morley (2002) confirment l'importance du deuil dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement.

Nonobstant la priorité accordée par la littérature scientifique aux trois problématiques précitées, Clarke, Wahlqvist, Rassias, et Strauss (1999) affirment clairement que les facteurs d'ordre psychologique responsables de l'anorexie associée au vieillissement sont en réalité beaucoup plus larges. P. Thomas, et C. Hazif-Thomas (2004) précisent même que l'anorexie associée au vieillissement s'inscrit au-delà du cadre nosographique dans lequel le domaine médical tente de l'enfermer et renvoie plutôt en grande partie à l'histoire même des personnes âgées en mesure de traduire des situations et des circonstances de toute une vie. Clarke, et coll. (1999) et P. Thomas, et C. Hazif-Thomas (2004) n'explicitent toutefois pas de façon plus approfondie leur point de vue d'où l'importance de la thèse doctorale.

1.4 Diagnostic de l'anorexie associée au vieillissement

Actuellement, aucun critère diagnostique formel ne permet la classification de l'anorexie associée au vieillissement (Cornali, Franzoni, Frisoni, & Trabucchi, 2005; Donini, & coll., 2008). Se présentant comme une manifestation physiologique multifactorielle du vieillissement plutôt qu'un trouble mental ou une maladie physique (Donini, & coll., 2008), le syndrome reste complètement absent du DSM-IV-TR

(American Psychiatric Association, 2003) ainsi que du manuel de classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) (Organisation Mondiale de la Santé, 2008).

K. Chapman, et Nelson (1994) proposent tout de même certains critères diagnostiques très pertinents soit une perte d'appétit notifiée, un apport alimentaire insuffisant par rapport aux apports nutritionnels de référence (ANR), une perte pondérale significative de plus de 10% du poids habituel au cours des six derniers mois ainsi qu'une perte de masse musculaire intercostale. Landi, Russo, et coll. (2010) proposent sensiblement les mêmes critères diagnostiques soit une perte d'appétit notifiée, un apport alimentaire insuffisant par rapport aux ANR ainsi qu'une perte pondérale significative de plus de 5% du poids habituel au cours du dernier mois ou de plus de 10% du poids habituel au cours des six derniers mois. C'est par le biais d'un examen médical complet et d'une évaluation nutritionnelle détaillée que l'anorexie associée au vieillissement peut être diagnostiquée (K. Chapman, & Nelson, 1994). Évidemment, comme l'anorexie est le symptôme de diverses pathologies (Wilson, & coll., 2005), un diagnostic différentiel doit clairement être établi de façon à bien cerner toute pathologie psychiatrique ou organique sous-jacente (I. Chapman, 2007).

Wilson, et coll. (2005) recommandent comme outils diagnostiques validés le Council of Nutrition Appetite Questionnaire (CNAQ) et le Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ) lesquels permettent l'identification des personnes âgées aux prises avec un problème d'anorexie et présentant un risque significatif de perdre 5% de leur poids en six mois. Wilson, et coll. (2005) recommandent également comme outil diagnostique validé le Mini Nutritional Assessment (MNA) lequel permet l'identification des personnes âgées aux prises avec une dénutrition protéino-énergétique ou à risque de

l'être et peut, par le biais de ses différentes questions sur l'anorexie, la perte d'appétit, l'apport alimentaire et la perte pondérale, permettre l'identification des personnes âgées aux prises avec un problème d'anorexie. Enfin, Wilson, et coll. (2005) recommandent comme outils diagnostiques moins spécifiques le Seniors in the Community Risk Evaluation for Eating and Nutrition Tool (SCREEN) et le The Appetite, Hunger, and Sensory Perception Questionnaire (AHSP) lesquels permettent le repérage des personnes âgées présentant différents problèmes nutritionnels et étant potentiellement à risque de présenter un problème d'anorexie.

K. Chapman, et Nelson (1994), Donini, et coll. (2003), Hays, et Roberts (2006), Morley (1995), Savina, et coll. (2006) ainsi que Wilson, et coll. (2005) mentionnent toutefois l'importance de prévenir le développement de l'anorexie associée au vieillissement avant l'officialisation du diagnostic et l'apparition de graves problèmes de santé. Morley (2002) suggère ainsi de détecter précocement toute anomalie de l'appétit, symptôme précurseur de l'anorexie alors que Hays, et Roberts (2006) recommandent de prendre en compte toute perte pondérale non intentionnelle et non expliquée, indicateur potentiel de l'implantation du syndrome pathologique. Donini, et coll. (2003) ainsi que Savina, et coll. (2006) conseillent même de systématiquement évaluer l'état nutritionnel de toutes les personnes âgées admises en centre hospitalier ou à tout le moins de toutes les personnes âgées admises à l'unité de soins gériatriques. Évidemment, les personnes âgées recevant un diagnostic d'anorexie associée au vieillissement et présentant de surcroît un risque de dénutrition protéino-énergétique doivent formellement être priorisées (Gazewood, & Mehr (tel que cité par Donini, & coll., 2008); Hays, & Roberts, 2006).

1.5 Traitement de l'anorexie associée au vieillissement

Actuellement, le traitement de l'anorexie associée au vieillissement vise essentiellement une amélioration de l'état médical et nutritionnel dans le but de favoriser le mieux-être, de ralentir la perte des capacités fonctionnelles (Savina, & coll., 2006) et d'augmenter la survivance (Boult, & coll. (tel que cité par Keller, & Ostbye, 2003)). L'intervention clinique d'une équipe interdisciplinaire spécialisée en gériatrie active est primordiale pour permettre une prise en charge globale tenant compte des multiples aspects de la problématique (Visvanathan, & I. Chapman, 2009). Évidemment, étant donné l'objet de la thèse doctorale, le traitement de l'anorexie associée au vieillissement n'est abordé que très brièvement.

Ainsi, les pathologies physiques, les troubles mentaux, les incapacités fonctionnelles et les problèmes sociaux pouvant provoquer, entretenir ou aggraver un état anorexique doivent clairement être identifiés et pris en charge (I. Chapman, 2007; Savina, & coll., 2006). Un traitement nutritionnel doit rapidement être instauré pour permettre l'augmentation de l'apport alimentaire, l'atteinte des différents besoins nutritionnels et idéalement la hausse du poids (K. Chapman, & Nelson, 1994; Council for nutritional clinical strategies in long-term care, 1999; Donini, Savina, & Cannella, 2010; Visvanathan, & I. Chapman, 2009). Dans ce contexte, certaines conditions doivent absolument être respectées notamment celles permettant d'offrir un nombre suffisant de repas et de collations, de maximiser le meilleur repas, d'accéder aux aliments favoris de façon illimitée, d'éviter les restrictions alimentaires et de fournir les suppléments nutritionnels et vitaminiques requis (K. Chapman, & Nelson, 1994; Council for nutritional clinical strategies in long term care, 1999; Donini, & coll., 2010; Visvanathan, & I. Chapman, 2009). Évidemment, l'utilisation d'un stimulant de l'appétit tel que

l'acétate de megestrol, connu sous la dénomination commerciale megace, doit être considérée même si la prise d'une médication dans le traitement de l'anorexie associée au vieillissement n'est pas spécifiquement recommandée (Morley, 1996; Visvanathan, & I. Chapman, 2009). Enfin, toute intervention clinique pouvant potentiellement menée à une amélioration de l'état médical et nutritionnel doit être envisagée.

Cependant, malgré une judicieuse prise en charge, certaines personnes âgées présentant un problème d'anorexie peuvent continuer de ne ressentir aucun plaisir à s'alimenter, de présenter un apport alimentaire insuffisant et de subir une perte pondérale ne parvenant tout simplement pas à adhérer au traitement médical et nutritionnel proposé (Wood, & Vogen, 1998). Un support nutritionnel par voie entérale peut alors en dernier recours être organisé pour suppléer aux différents déficits nutritionnels (Berry, & Marcus, 2000; Morley, 1990). Évidemment, certaines personnes âgées peuvent catégoriquement refuser le support nutritionnel par voie entérale (Berry, & Marcus, 2000). Certaines d'entre elles peuvent même carrément refuser de s'alimenter (Wood, & Vogen, 1998). Pour ces raisons, les membres de l'équipe interdisciplinaire doivent absolument être en mesure de faire face aux problèmes éthiques de nature conflictuelle qui confrontent leur obligation morale d'offrir les traitements médicaux et nutritionnels appropriés avec leur devoir légal de respecter les droits individuels et les choix personnels liés au refus de s'alimenter (Berry, & Marcus, 2000).

Le traitement de l'anorexie associée au vieillissement s'avère donc très complexe d'autant plus que le syndrome anorexique se développe dans un contexte physiologique et somatique qui favorise largement sa persistance (P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004). La communauté scientifique doit continuer d'élucider les facteurs étiologiques impliqués dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement dans le but d'offrir des

interventions cliniques sans cesse plus efficaces (I. Chapman, 2007). Les dimensions psychologiques du syndrome anorexique doivent être attentivement étudiées de façon à ce que le traitement de l'anorexie associée au vieillissement, actuellement basé principalement sur le savoir des sciences biomédicales, s'enrichisse de ce nouvel apport.

CHAPITRE 2 CADRE CONCEPTUEL

2.1 Problématique de recherche

L'anorexie associée au vieillissement est un domaine de recherche d'une ampleur et d'une complexité considérable en raison de la multiplicité de ses composantes. À ce jour, seules les dimensions physiologiques et pathologiques de l'anorexie associée au vieillissement sont notablement représentées dans la littérature scientifique quoiqu'elles demeurent toujours partiellement élucidées. Les dimensions psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement sont tout simplement très peu étudiées et même rarement évoquées. La pratique clinique se bute d'ailleurs régulièrement à des impasses thérapeutiques qui laissent la problématique anorexique associée au vieillissement inexplicite et non résolue. C'est ainsi que plusieurs personnes âgées aux prises avec un problème d'anorexie présentent, malgré des interventions cliniques judicieuses, des symptômes anorexiques récurrents qui continuent d'être préjudiciables.

L'élucidation des processus psychologiques structurant le développement de l'anorexie associée au vieillissement de façon à mieux comprendre les composantes psychologiques sous-jacentes qui provoquent, entretiennent et donnent un sens à la conduite anorexique s'avère essentielle pour optimiser les interventions cliniques posées auprès des personnes âgées aux prises avec un problème d'anorexie et traiter plus efficacement celles qui présentent toutes les conditions nécessaires pour s'alimenter adéquatement sans pour autant y parvenir.

2.2 Objectif de recherche

L'objectif de recherche vise l'élucidation des processus psychologiques structurant le développement de l'anorexie associée au vieillissement de façon à mieux comprendre les

composantes psychologiques sous-jacentes qui provoquent, entretiennent et donnent un sens à la conduite anorexique.

2.3 Question de recherche

La question de recherche se présente comme suit: "Quels sont les processus psychologiques structurant le développement de l'anorexie associée au vieillissement en regard des composantes psychologiques sous-jacentes qui provoquent, entretiennent et donnent un sens à la conduite anorexique"?

CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

3.1 Méthode de recherche qualitative d'approche phénoménologique

L'identification de la problématique, de l'objectif et de la question de recherche permet habituellement de préciser et de confirmer le choix de la méthode de recherche (Bachelor, & Joshi, 1986). Seule une méthode de recherche qualitative d'approche phénoménologique, capable de bien saisir la complexité de l'expérience humaine (Mucchielli, 1996) et d'en permettre l'expansion, l'articulation et la clarification (Leahey, Marcoux, Sauvageau, & Spain, 1989), pouvait répondre avec justesse aux visées de la recherche doctorale.

En effet, les méthodes de recherche qualitative tendent généralement à s'inscrire dans le cadre d'une perspective compréhensive, inductive et naturaliste qui privilégie l'étude d'une expérience avec ouverture et profondeur, sans l'imposition d'attentes pré-existantes et dans un contexte naturel et spontané (Bachelor, & Joshi, 1986; Mucchielli, 1996). En tant que méthode de recherche qualitative, l'approche phénoménologique partage ces qualités méthodologiques (Bachelor, & Joshi, 1986). Elle possède de surcroît certaines caractéristiques distinctives (Giorgi, 1997a) la rendant encore plus près des préoccupations actuelles de la recherche doctorale.

Ainsi, l'aspect descriptif de l'approche phénoménologique, visant l'expression détaillée d'une expérience à travers l'exploration et la révélation, à l'intérieur d'un espace dialogique et sous le mode intersubjectif, permet une compréhension plus large et étendue de la façon dont un phénomène se déploie au cours d'une expérience dans ses dimensions explicites autant que dans ses dimensions implicites (Deschamps, 1993; Giorgi, 1986, 1994; Mucchielli, 1996; Walsh, 1995). L'attitude de réduction phénoménologique, exigeant un effort conscient d'ouverture et de réceptivité dans le but d'une mise entre

parenthèses des théories, connaissances et hypothèses relatives au phénomène, permet l'émergence d'une expérience selon ses propres significations sans en modifier le sens profond (Giorgi, 1992; Giorgi, & Giorgi, 2003; Hein, & Austin, 2001; Mucchielli, 1991, 1996; Sauvageau, 1989). Enfin, l'objectif eidétique de l'approche phénoménologique, visant à révéler l'essence même d'une expérience à travers le processus de variation libre et imaginaire, permet l'identification et l'élucidation des structures essentielles et des constituants de base d'un phénomène (Bachelor, & Joshi, 1986; Giorgi, 1988; Hein, & Austin, 2001).

La méthode de recherche qualitative d'approche phénoménologique s'avérait donc un choix judicieux pour approcher l'expérience anorexique de l'intérieur, découvrir les composantes psychologiques sous-jacentes qui provoquent, entretiennent et donnent un sens à la conduite anorexique et enfin élucider les processus psychologiques qui structurent le développement de l'anorexie associée au vieillissement.

3.2 Mode de sélection des sujets

La sélection des sujets en recherche qualitative d'approche phénoménologique exige le respect de certaines conditions fondamentales (Bachelor, 1989). Ainsi, les sujets doivent assurément avoir vécu l'expérience à l'étude (Bachelor, 1989; Giorgi, 2006). En outre, ils doivent être capables d'exprimer avec aisance leur pensée (Donalek, 2004) de façon à pouvoir fournir une description pleine, sensible, riche et détaillée de leur expérience (Polkinghorne, 1989). Évidemment, ils ne doivent pas être au courant des connaissances et théories scientifiques concernant le phénomène à l'étude de façon à demeurer spontanés dans la description de leur expérience (Bachelor, 1989). Enfin, ils doivent être en mesure de volontairement accepter de participer à la recherche proposée

après avoir reçu toutes les informations nécessaires pour prendre leur décision (Leahey, & coll., 1989).

Le nombre de sujets en recherche qualitative d'approche phénoménologique varie considérablement (Polkinghorne, 1989). Bachelor (1989) propose, après étude de la littérature scientifique, un nombre allant de trois à 63 sujets. Toutefois, étant donné le travail long et ardu que représente l'analyse des données qualitatives, l'étendue des sujets tend plutôt à correspondre à un nombre assez restreint (Bachelor, 1989). Giorgi (tel que cité par Hein, & Austin, 2001) utilise usuellement un nombre allant de quatre à six sujets. Mais, de façon plus précise, Giorgi (1997a) explique que le nombre de sujets dépend de la saturation des données recueillies et est déterminé en cours de recherche.

Dans le cadre de la recherche doctorale, nous choisissons évidemment un mode de sélection des sujets conforme aux recommandations théoriques en recherche qualitative d'approche phénoménologique, mais également adapté aux exigences particulières liées à l'étude des dimensions psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement.

Ainsi, les sujets devaient d'abord présenter certains traits caractéristiques de l'anorexie associée au vieillissement. Les principaux critères diagnostiques de l'anorexie associée au vieillissement choisis comme critères d'inclusion des sujets pour la recherche doctorale se définissaient comme suit:

- femmes et hommes âgés de plus de 65 ans;
- perte d'appétit notifiée;
- apport alimentaire insuffisant par rapport aux ANR;
- perte pondérale significative de plus de 10% du poids habituel.

Les sujets devaient ensuite être exempts de certaines conditions médicales et sociales limitatives empêchant l'étude de l'anorexie associée au vieillissement selon une perspective essentiellement psychologique. Les principaux facteurs d'ordre médical et social impliqués dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement choisis comme critères d'exclusion des sujets pour la recherche doctorale se définissaient comme suit:

- présence de pathologies en phase active, aiguë ou décompensée: maladie infectieuse, insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale, hépatique et pancréatique, syndrome de malabsorption gastro-intestinale, inflammation gastro-intestinale, maladie dégénérative, tumeur cancéreuse, dépression;
- présence de troubles cognitifs: démence;
- problème de polymédication sévère;
- incapacité fonctionnelle causant de graves difficultés dans l'approvisionnement, la préparation et la consommation des aliments;
- problème de pauvreté extrême;
- problème d'isolement social important;
- perte d'un être cher dans les six derniers mois précédant la recherche doctorale.

Enfin, de façon à prendre en compte l'ensemble des critères d'inclusion et d'exclusion des sujets, les sujets devaient nécessairement être recrutés dans les établissements de santé et sélectionnés à partir de leurs dossiers médicaux. Les centres hospitaliers (CH) et les centres locaux de services communautaires (CLSC) se présentaient comme les lieux de sélection des sujets les plus appropriés. Les cliniques externes et les soins ambulatoires de gériatrie active en CH ainsi que les programmes de soutien à domicile en CLSC, parce qu'ils desservent des personnes âgées autonomes et

semi-autonomes avec une condition médicale et sociale suffisamment préservée, se présentaient comme les secteurs médicaux à prioriser. Six établissements de santé étaient ainsi ciblés tenant compte en plus d'un périmètre accessible et d'un contact professionnel disponible. Ainsi, les lieux de sélection des sujets ciblés pour la recherche doctorale étaient:

- Hôpital Saint-Luc du CHUM;
- CLSC de Joliette du CSSS du Nord de Lanaudière;
- CLSC du Marigot du CSSS de Laval;
- CLSC Meilleur du CSSS du Sud de Lanaudière;
- CLSC de Rosemont du CSSS Lucille Teasdale;
- CLSC de Saint-Esprit du CSSS du Nord de Lanaudière.

Mais avant de procéder à la sélection des sujets, nous devions d'abord entreprendre plusieurs démarches officielles de façon à respecter certaines considérations éthiques et hiérarchiques. Ainsi, le projet de recherche doctorale devait en premier lieu être approuvé par un comité d'éthique de la recherche. Un certificat d'éthique était officiellement émis par le comité d'éthique de la recherche du CHUM en mars 2004 authentifiant par le fait même le formulaire d'information (voir Annexe A) et le formulaire de consentement (voir Annexe B) utilisés pour la recherche doctorale. Le certificat d'éthique émis par le CHUM servait ensuite d'attestation officielle pour les différents CSSS participant à la recherche doctorale. Le projet de recherche doctorale devait en deuxième lieu être approuvé par tous les chefs de service et de programme concernés. L'accès à des services professionnels en cas de détresse psychologique, pour l'ensemble des sujets participant à la recherche doctorale, était officiellement autorisé par le chef de service de psychologie du CHUM (Marcel Courtemanche) en mars 2004.

L'accès aux données consignées dans les dossiers médicaux, via les nutritionnistes cliniciennes travaillant auprès des personnes âgées présentant un problème d'anorexie et acceptant de collaborer à la sélection des sujets, était officiellement autorisé par le chef de service de nutrition clinique du CHUM (Lise Séguin) en mars 2004 et par les chefs de programme de soutien à domicile du CLSC de Joliette (Dominique Joyal) et du CLSC Meilleur (Murielle Dubé) en juin 2004, du CLSC de Saint-Esprit (Louise Matteau) en juillet 2004 ainsi que du CLSC du Marigot (Jean-Pierre Fortin) et du CLSC de Rosemont (Lise Gagnon) en août 2004.

Les démarches officielles étant complétées, nous devions alors expliquer aux nutritionnistes cliniciennes partenaires de la recherche doctorale la procédure à suivre pour la sélection des sujets. Les objectifs de la recherche doctorale, les modalités de participation des sujets, les bénéfices, risques et inconvénients potentiels pour les sujets, les services offerts aux sujets en cas de détresse psychologique, les mesures appropriées prises pour assurer la confidentialité des données recueillies et enfin les critères d'inclusion et d'exclusion des sujets étaient ainsi clairement explicités. Les formulaires d'information et de consentement étaient également formellement présentés. Les nutritionnistes cliniciennes, habilitées à procéder à la sélection des sujets, pouvaient alors débiter leur travail de recrutement. Lorsque certaines personnes âgées présentant un problème d'anorexie correspondaient au profil recherché et démontraient en plus un intérêt à participer à la recherche doctorale, elles leur communiquaient les informations pertinentes et leur remettaient le formulaire d'information. Entre temps, elles nous transmettaient les données médicales relatives aux sujets de façon à ce que nous puissions nous assurer du respect de l'ensemble des critères d'inclusion et d'exclusion des sujets. Enfin, lorsque les sujets acceptaient de participer à la recherche doctorale, elles

planifiaient avec nous une rencontre à leur domicile. Étant introduits, nous nous assurons alors de répondre aux questions des sujets concernant la recherche doctorale et d'obtenir leur consentement écrit devant témoin. C'est à ce moment que la contribution des nutritionnistes cliniciennes prenait fin et que la cueillette des données qualitatives s'amorçait. Le nombre de sujets était alors déterminé en cours de cueillette des données qualitatives en fonction du concept théorique de saturation.

3.3 Procédure de cueillette des données qualitatives

La cueillette des données en recherche qualitative d'approche phénoménologique implique nécessairement l'utilisation du langage naturel (Polkinghorne, 1989). C'est pourquoi Giorgi (tel que cité par Bachelor, & Joshi, 1986) considère l'entrevue de recherche comme la source primaire des données qualitatives.

L'entrevue de recherche exige l'emplacement d'un cadre de référence à l'intérieur duquel les sujets peuvent décrire le plus fidèlement possible leur expérience (Bachelor, & Joshi, 1986). Le chercheur s'assure ainsi de soutenir les sujets dans leur effort d'exploration à travers une écoute active ainsi que des interactions et des échanges signifiants (Deschamps, 1993). Faisant preuve de vigilance et de perspicacité (Deschamps, 1993), il reste également présent à tout constituant nouveau et imprévu cherchant à approfondir et à clarifier tout témoignage superficiel et ambigu (Giorgi, 1997a; Polkinghorne, 1989). Enfin, travaillant en collaboration avec les sujets (Deschamps, 1993), il s'assure que ceux-ci s'engagent dans un partage sincère de leur expérience (Polkinghorne, 1989).

L'entrevue de recherche semi-structurée est particulièrement utilisée en recherche qualitative d'approche phénoménologique (Deschamps, 1993). Elle exige la conception préalable d'un schéma à la fois détaillé et souple (Polkinghorne, 1989) où chacun des

thèmes abordés est clairement défini à l'avance (Kvale (tel que cité par Leahey, & coll., 1989)) avant d'être traduit en questions suffisamment larges et ouvertes pour favoriser la pleine expression d'une expérience (Giorgi, 1997a). La phraséologie employée lors de cette démarche préparatoire revêt une importance cruciale pour l'obtention de données qualitatives significatives (Bachlor, 1989). En effet, si la formulation est trop globale et générale, des aspects pertinents d'une expérience peuvent être négligés entraînant ainsi la production d'une description incomplète (Bachlor, 1989). Par contre, si la formulation est trop spécifique, des inférences et des suggestions peuvent se faufiler altérant ainsi la description originelle d'une expérience (Ericsson, & Simon (tel que cité par Bachlor, 1989)). Conséquemment, des conclusions moins robustes et définitives peuvent en résulter (Bachlor, 1989). D'où l'importance de tenir, avant d'entreprendre officiellement la cueillette des données qualitatives, une entrevue de recherche préliminaire servant à détecter tout aspect préalablement négligé ou mal choisi (Colaizzi (tel que cité par Polkinghorne, 1989)). L'entrevue de recherche semi-structurée doit également, pour permettre l'exploration d'une expérience en profondeur, être suffisamment longue (Polkinghorne, 1989). Polkinghorne (1989) suggère une durée variant entre une demi-heure à plusieurs heures. Enfin, l'entrevue de recherche semi-structurée doit absolument, aux fins d'analyse des données qualitatives, être enregistrée et retranscrite (Barrell, Aanstoos, Richards, & Arons, 1987; Giorgi, 1997a; Von Eckartsberg, 1998).

Dans le cadre de la recherche doctorale, nous choisissons ainsi de procéder à une cueillette des données qualitatives à l'aide de l'entrevue de recherche semi-structurée. Le schéma de l'entrevue de recherche, conçu à partir du contexte théorique, tenait évidemment compte des recommandations théoriques en recherche qualitative d'approche phénoménologique. En outre, il profitait d'une démarche de consultation

auprès des nutritionnistes cliniciennes de l'Hôpital Saint-Luc du CHUM pour être révisé et bonifié. Le schéma de l'entrevue de recherche semi-structurée retenu pour la recherche doctorale était constitué comme suit:

- Thème 1: Perte d'intérêt et de plaisir face à l'alimentation
 - Quelle importance attribuez-vous à l'alimentation dans votre vie?
 - Que retirez-vous de votre alimentation?
 - Avez-vous déjà vécu des événements marquants ou entendu des paroles marquantes par rapport à votre alimentation?
- Thème 2: Perte d'appétit et réduction d'apport alimentaire
 - À quoi attribuez-vous votre perte d'appétit?
 - Quel sentiment entretenez-vous par rapport à votre perte d'appétit?
 - Qu'est-ce qui pourrait faire augmenter votre appétit et votre apport alimentaire?
- Thème 3: Perte pondérale
 - Quel sentiment entretenez-vous par rapport à votre perte pondérale?
- Thème 4: Négligence et absence du corps
 - Quelle importance attribuez-vous à votre corps?
 - Faites-vous des liens entre votre perte d'appétit et votre corps?
- Thème 5: Contrôle
 - Quelles habitudes alimentaires vous paraissent essentielles par rapport à votre alimentation?
 - Quel effet la sensation de la faim produit-elle sur vous?
 - Quel effet votre perte d'appétit produit-elle sur vos proches?
- Thème 6: Sentiment face à la vie et la mort
 - Comment vous sentez-vous dans votre vie?

- Quel sentiment entretenez-vous par rapport à votre mort?
- Faites-vous des liens entre votre perte d'appétit et votre sentiment face à la mort?

Avant le début officiel de la cueillette des données qualitatives, nous choisissons de tenir une entrevue de recherche préliminaire de façon à nous assurer de la justesse de chacune des questions abordées ainsi que de la couverture complète du sujet à l'étude. Le schéma préparé se révélant bien adapté lors de l'entrevue de recherche préliminaire, aucune correction n'y était conséquemment apportée. L'entrevue de recherche préliminaire était même conservée aux fins d'analyse. C'est ainsi que nous amorçons la cueillette des données qualitatives en juillet 2004 pour la terminer en septembre 2004. La saturation des données qualitatives semblant s'atteindre à la cinquième entrevue de recherche, nous choisissons alors, avec l'accord du directeur de recherche doctorale, d'introduire un nouveau partenaire doctorant en psychologie pour collaborer avec nous à de nouvelles entrevues de recherche et ainsi nous assurer qu'aucun élément pertinent ne restait voilé. Deux nouvelles entrevues de recherche étaient alors effectuées permettant d'officiallement confirmer l'atteinte de la saturation des données qualitatives. C'est ainsi que sept entrevues de recherche d'une durée moyenne de 40 minutes (durée: 30 minutes - 54 minutes), enregistrées et par la suite retranscrites par une technicienne en informatique, étaient formellement constituées aux fins d'analyse.

3.4 Modèle d'analyse des données qualitatives

L'analyse des données en recherche qualitative d'approche phénoménologique est complexe et difficile (Polkinghorne, 1989). Elle comporte une série d'opérations minutieuses ayant pour objectif la réduction successive des données qualitatives brutes provenant des descriptions expérientielles des sujets jusqu'à l'identification de la structure même du phénomène à l'étude (Bachelor, & Joshi, 1986). Spécialisé en

recherche qualitative d'approche phénoménologique, Giorgi (1985, 1989a, 1989b, 1997a, 1997b, 2000) propose un modèle d'analyse des données qualitatives en quatre étapes s'appliquant à chacune des descriptions expérientielles des sujets obtenues en entrevue de recherche. Évidemment, ce modèle d'analyse des données qualitatives s'avère parfaitement incompatible avec l'imposition d'une stratégie quantitative prônant l'utilisation d'une échelle de cotation (Giorgi, 2005) ou l'adoption d'une définition purement cognitive et a priori du phénomène à l'étude (Giorgi, 1997a).

Dans le cadre de la recherche doctorale, nous choisissons ainsi d'appliquer le modèle d'analyse des données qualitatives défini par Giorgi (1985, 1989a, 1989b, 1997a, 1997b, 2000). Chacune des descriptions expérientielles des sujets obtenues en entrevue de recherche était alors analysée en conformité avec les quatre étapes proposées de façon à permettre l'élucidation des processus psychologiques structurant le développement de l'anorexie associée au vieillissement.

3.4.1 Perception du sens global

La première étape du modèle d'analyse des données qualitatives consiste à prendre connaissance de la description des sujets pour bien saisir le sens global qui s'en dégage (Giorgi, 2000). La lecture de la description en entier, avant de commencer l'analyse (Giorgi, 1997a), s'avère ainsi nécessaire pour clairement comprendre la relation qui existe entre les diverses parties (Giorgi, 1989a) et la façon dont les parties sont agencées (Giorgi, 1997a). Giorgi (1989a) recommande trois à cinq lectures pour une description de près de 20 pages et une à deux lectures pour une description plus courte. Hycner (1985) recommande également l'écoute de l'enregistrement en simultané de façon à déceler les communications para-linguistiques présentes telles que les pauses, les emphases et les intonations. Évidemment, cette étape ne vise pas l'explicitation de la description (Giorgi,

1989b) ni la thématisation de chacun des aspects de la description (Giorgi, 1997a). Deschamps (1993) explique qu'elle sert simplement d'amorce à l'analyse des données qualitatives et Hycner (1985) souligne qu'elle fournit simplement la base nécessaire à l'émergence des unités de signification.

Dans le cadre de la recherche doctorale, une première lecture de chacune des descriptions était ainsi effectuée pour nous permettre de nous imprégner du discours des sujets à propos de l'anorexie associée au vieillissement. Une seconde lecture avec écoute de l'enregistrement en simultané était ensuite effectuée pour nous permettre de noter en marge certaines parties plus intenses méritant une attention particulière. Enfin, une troisième et une quatrième lecture étaient effectuées pour nous permettre de pénétrer le sens caché derrière la conduite anorexique et de nous initier aux rouages psychologiques opérant dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement. Quatre lectures nous semblaient suffisantes considérant que les descriptions étaient en moyenne constituées de 26 pages (étendue: 13 pages – 33 pages).

3.4.2 Délimitation des unités de signification

La deuxième étape du modèle d'analyse des données qualitatives consiste à séparer la description des sujets en plusieurs parties délimitant les unités de signification de façon à faciliter l'analyse des données qualitatives (Giorgi, 1989a). Une lente relecture de la description en traçant un tiret chaque fois qu'un changement de signification (Giorgi, 1989a) ou de sens survient, en accord avec la perspective de la discipline scientifique et en focalisant sur le phénomène à l'étude, permet de bien délimiter les unités de signification (Giorgi, 1997a). Bachelor, et Joshi (1986) indiquent qu'elles sont habituellement constituées de phrases uniques ou consécutives. Giorgi (1989a) ajoute qu'elles peuvent toutefois ne contenir qu'un seul mot, ou à l'inverse, un paragraphe entier.

Enfin, Hycner (1985) souligne qu'elles doivent comprendre la totalité des constituants de la description même les énoncés redondants. Évidemment, cette étape ne correspond aucunement à un processus de vérification des données qualitatives (Giorgi, 1985). Au contraire, elle s'apparente plutôt à une démarche de découverte empreinte d'ouverture et de spontanéité (Giorgi, 1997a).

Dans le cadre de la recherche doctorale, une lente relecture de chacune des descriptions des sujets était ainsi effectuée pour nous permettre de délimiter les unités de signification. C'est en nous basant sur la définition théorique de l'anorexie associée au vieillissement ainsi que sur l'objectif de recherche visant l'élucidation des processus psychologiques structurant le développement de l'anorexie associée au vieillissement que nous peaufinons notre démarche.

3.4.3 Transformation des unités de signification

La troisième étape du modèle d'analyse des données qualitatives consiste à transformer les unités de signification exprimées dans le langage naturel des sujets en un langage psychologique beaucoup plus explicite capable de rendre compte de la valeur psychologique contenue implicitement dans la description des sujets et capable de révéler la nature propre du phénomène à l'étude (Giorgi, 1997a). La transformation des unités de signification doit prendre place à travers un processus de réflexion et de variation libre et imaginative (Giorgi, 1997b). Giorgi (1997b), Mucchielli (1996) et Polkinghorne (1989) expliquent qu'il consiste précisément à faire ressortir, par un exercice d'imagination proposant de nombreuses variations, le noyau dur et invariable qui représente l'essentiel de la dynamique psychologique opérant dans la description et ainsi l'essence même du phénomène à l'étude. En plus, avant d'amorcer le travail de synthèse qui s'ensuit et de façon à mieux s'y préparer, Bachelor, et Joshi (1986) proposent d'éliminer les énoncés

redondants et de délimiter les thèmes principaux exprimés autour d'une ou de plusieurs unités de signification transformées.

Dans le cadre de la recherche doctorale, un travail de transformation des unités de signification de chacune des descriptions était ainsi effectué pour nous permettre de faire ressortir les éléments psychologiques implicites en mesure de révéler les composantes psychologiques sous-jacentes reliées à la conduite anorexique et de mener à la compréhension des processus psychologiques structurant le développement de l'anorexie associée au vieillissement. Un travail d'élimination des énoncés redondants et non pertinents ainsi qu'un travail de délimitation des thèmes principaux exprimés autour d'une ou de plusieurs unités de signification transformées en regard des thèmes préalablement établis lors de l'élaboration du schéma d'entrevue de recherche semi-structurée, mais également en regard des nouveaux thèmes émergents, étaient ensuite effectués. Bien que nous bénéficions d'un point de vue privilégié pour délimiter les thèmes principaux exprimés autour des unités de signification transformées, nous choissions tout de même, avec l'accord du directeur de recherche doctorale, de requérir aux services d'une nutritionniste spécialisée en gériatrie active pour accomplir en parallèle le même travail de délimitation de façon à nous assurer que chacun des thèmes principaux rendait bien compte de toutes les nuances exprimées dans les unités de signification transformées. Lorsque des divergences survenaient dans notre travail de délimitation, un dialogue constructif nous permettait alors de parvenir à un accord consensuel.

3.4.4 Description de la structure essentielle

La quatrième étape du modèle d'analyse des données qualitatives consiste à intégrer et à synthétiser l'ensemble des résultats obtenus à partir des unités de

signification transformées et à produire une description consistante et systématique de la structure essentielle du phénomène à l'étude (Giorgi, 1997a). Chaque unité de signification transformée doit assurément être représentée, au moins implicitement, (Giorgi, 1985) de façon à fournir une description structurale juste et non erronée (Giorgi, 1997a). Toutefois, il n'est pas absolument requis d'y retrouver les termes précis contenus initialement dans les unités de signification (Giorgi, & Giorgi, 2003). C'est ainsi que deux opérations distinctes peuvent être entreprises pour permettre d'édifier, d'une part, une description structurale générale reliée à l'ensemble des sujets et, d'autre part, une description structurale spécifique reliée à certains sujets (Giorgi, 1989b). La description structurale générale tient évidemment compte des points communs à tous les sujets et se concentre sur les aspects centraux et universels alors que la description structurale spécifique tient plutôt compte des variations individuelles et s'adapte au vécu concret et particulier de certains sujets (Bachelor, & Joshi, 1986; Giorgi, 1997a).

Dans le cadre de la recherche doctorale, une synthèse de l'ensemble des résultats obtenus à partir des unités de signification transformées était ainsi effectuée pour nous permettre de présenter, dans un premier temps, un portrait intégral du concept de l'anorexie associée au vieillissement et pour nous permettre d'élaborer, dans un deuxième temps, une description structurale des processus psychologiques opérant dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement. La synthèse de l'ensemble des résultats tenait évidemment compte des points communs à tous les sujets, mais également des variations individuelles présentes chez certains sujets.

CHAPITRE 4 RÉSULTAT DE RECHERCHE

4.1 Modalités descriptives des sujets

Les modalités descriptives des sujets permettent de bien rendre compte des données objectives recueillies lors du processus de sélection des sujets et surtout de bien démontrer le respect des critères d'inclusion et d'exclusion des sujets préalablement établis. Cinq sujets de sexe féminin et deux sujets de sexe masculin, âgés entre 70 ans et 86 ans, d'origine caucasienne et de nationalité canadienne sont sélectionnés pour la recherche doctorale.

Le tableau 4 présente les modalités descriptives des sujets agencées en fonction des critères d'inclusion des sujets.

Tableau 4. Modalités descriptives des sujets en fonction des critères d'inclusion des sujets

	Yvonne	France	Régine	Suzane	Gisèle	Gaétan	Jérôme	M _{oyenne}
Sexe (% F)	F	F	F	F	F	M	M	71
Âge (ans)	81	85	70	84	71	81	86	80
Apport (calories)	1100	1100	1200	1100	950	1100	950	1070
ANR (calories)	1500	1500	1500	1500	1800	1700	1600	1600
Apport/ANR (%)	73	73	80	73	53	65	59	68
Poids actuel (kg)	59	63	57	54	52	45	43	53
Poids habituel (kg)	68	80	66	70	64	55	59	66
Perte pondérale (%)	13	21	14	23	19	18	27	19
Taille (cm)	160	161	155	162	173	158	156	161
IMC (kg/m ²)	23,0	24,3	23,7	20,6	17,4	18,0	17,7	20,7

Note. ANR = apports nutritionnels de référence; IMC = indice de masse corporelle.

Ainsi, les sujets présentent tous une perte d'appétit notifiée, un apport alimentaire insuffisant rencontrant entre 53% et 80% des ANR ($M_{\text{Apport/ANR}} = 68\%$) et une perte pondérale se situant entre 13% et 27% du poids habituel ($M_{\text{Perte pondérale}} = 19\%$). De plus, quatre sujets présentent un poids insuffisant avec un IMC carrément sous la limite inférieure. Les trois autres sujets présentent un poids normal, mais avec un IMC tout de même très près de la limite inférieure. La limite inférieure de l'IMC pour les personnes âgées de plus de 65 ans est précisément de 23,0.

Les modalités descriptives des sujets en fonction des critères d'exclusion des sujets renseignent sur l'état médical et social des sujets et assurent qu'aucune pathologie en phase active, aiguë ou décompensée, aucun trouble cognitif, aucun problème de polymédication, aucune incapacité fonctionnelle causant des difficultés alimentaires, aucun problème de pauvreté, aucun problème d'isolement social et aucune perte récente d'un être cher ne font partie des antécédents médicaux des sujets.

Yvonne est une femme âgée de 81 ans demeurant seule à domicile et ayant comme antécédents médicaux une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et une insuffisance cardiaque (IC) alors compensée. Elle présente un problème d'anorexie associée au vieillissement depuis deux ans.

France est une femme âgée de 85 ans demeurant seule en résidence pour personnes âgées autonomes et ayant comme antécédents médicaux des maladies cardiovasculaires athérosclérotiques (MCAS). Elle présente un problème d'anorexie associée au vieillissement depuis six mois.

Régine est une femme âgée de 70 ans demeurant à domicile avec sa fille et ayant comme antécédent médical un AVC. Elle présente un problème d'anorexie associée au vieillissement depuis deux ans.

Suzane est une femme âgée de 84 ans demeurant seule à domicile et ayant comme antécédents médicaux une hypertension artérielle (HTA) et un AVC. Elle présente un problème d'anorexie associée au vieillissement depuis trois ans et demi.

Gisèle est une femme âgée de 71 ans demeurant seule en résidence pour personnes âgées autonomes et ayant comme antécédents médicaux une colite ulcéreuse chronique avec iléostomie, une HTA, une angine et deux fractures de hanche. Elle présente un problème d'anorexie associée au vieillissement depuis un an.

Gaétan est un homme âgé de 81 ans demeurant seul en résidence pour personnes âgées autonomes et ayant comme antécédent médical un cancer de la prostate. Il présente un problème d'anorexie associée au vieillissement depuis deux ans.

Jérôme est un homme âgé de 86 ans demeurant avec son fils et sa belle-fille et ayant comme antécédent médical une colite ulcéreuse chronique. Il présente un problème d'anorexie associée au vieillissement depuis cinq ans.

4.2 Concept de l'anorexie associée au vieillissement

Les descriptions expérientielles des sujets obtenues en entrevue de recherche témoignent de la façon dont les sujets perçoivent leur problématique anorexique et fournissent par conséquent des données substantielles sur les caractéristiques spécifiques qui composent l'anorexie associée au vieillissement et les caractéristiques distinctives qui s'apparentent à l'anorexie mentale donnant ainsi forme au concept de l'anorexie associée au vieillissement.

Le tableau 5 présente la synthèse des résultats de recherche qui constituent le concept de l'anorexie associée au vieillissement.

Tableau 5. Synthèse des résultats de recherche constituant le concept de l'anorexie associée au vieillissement

Caractéristiques spécifiques composant l'anorexie associée au vieillissement
Perte d'appétit et réduction d'apport alimentaire
Perte de plaisir face à l'alimentation
Perte de sensation de la faim
Perte d'intérêt face à l'alimentation
Perte pondérale
Caractéristiques distinctives s'apparentant à l'anorexie mentale
Attitudes restrictives face à l'alimentation
Attitudes de contrôle face à l'alimentation
Distorsion de l'image corporelle

4.2.1 Caractéristiques spécifiques composant l'anorexie associée au vieillissement

Les résultats de recherche abordés dans cette section concernent précisément la perte d'appétit, la perte de plaisir face à l'alimentation, la perte de sensation de la faim, la perte d'intérêt face à l'alimentation et la perte pondérale en tant que caractéristiques spécifiques composant l'anorexie associée au vieillissement.

4.2.1.1 Perte d'appétit et réduction d'apport alimentaire

Tous les sujets reconnaissent être aux prises avec une perte d'appétit et la plupart des sujets reconnaissent être aux prises avec une perte d'appétit qui les empêche de s'alimenter en quantité suffisante. "Quand j'ai vraiment faim, j'ai de l'appétit et je mange. Ça n'arrive pas toujours... Et quand ça ne rentre plus, ça ne rentre plus. Je suis

finie" (Régine). "C'est difficile parce qu'il faut que je me force pour manger et parce que je ne trouve rien de bon" (Gisèle).

Certains sujets sont de plus très incommodés, très préoccupés et très affectés par leur perte d'appétit craignant pour leur santé globale et leur bien-être futur.

Vous me demandez ce que ça me fait de ne pas avoir d'appétit. Évidemment que ça me fait quelque chose. Je ne voudrais pas qu'il m'arrive d'autres maladies. J'en ai eu assez. Si je ne mange pas, je n'aurai pas assez de force... Ma perte d'appétit, ça m'inquiète beaucoup et ça me tient faible. Je suis tellement faible, ça n'a pas de bon sens (Yvonne).

Le médecin m'a appelé pour me dire que j'avais un rein qui ne fonctionnait pas et qu'il fallait que je sois opéré. J'ai un vaisseau qui est bloqué et qui doit être débloqué... Alors je suis malade et je n'ai surtout pas d'appétit. Ça me dérange beaucoup de ne pas avoir d'appétit [en pleurant]... Je n'arrive pas à me nourrir. C'est là qu'est mon problème. Si je ne mange pas plus que ça, je ne m'en sortirai jamais (Gaétan).

4.2.1.2 Perte de plaisir face à l'alimentation

Certains sujets ressentent encore du plaisir à s'alimenter alors que d'autres sujets ne ressentent plus aucun plaisir à s'alimenter. Les avis sont résolument partagés. Ainsi, les sujets qui ressentent encore du plaisir à s'alimenter sont moins préoccupés par leur perte d'appétit et sont en mesure de parler du bien-être qu'ils éprouvent à s'alimenter. "Je

mange ce qui me tente (France). "Manger, ça m'apporte du bien" (Régine). "Manger, c'est bon... J'aime n'importe quoi. Je ne suis pas difficile. J'aime manger" (Suzane). Par contre, les sujets qui ne ressentent plus aucun plaisir à s'alimenter sont plus préoccupés par leur perte d'appétit et sont uniquement en mesure de se rappeler le plaisir passé à s'alimenter. "Avant, je mangeais. Avant, j'aimais ça" (Yvonne).

Je me souviens, il n'y a pas si longtemps, j'appelais mon garçon pour lui dire que je m'étais régalé avec un steak. Il s'agit du même steak que j'ai mangé avant-hier qui n'était pas mangeable. Il s'agit du même steak. Mon garçon ne m'entend plus dire que je me suis régalé [en soupirant et en pleurant]... Ce que j'aimais, j'aimais le manger. Aujourd'hui, non. Le steak, c'était mon meilleur repas. Je n'y trouve plus de goût. Je n'ai plus de goût. Je pense que mes papilles sont bousillées. Je ne sais pas ce qui a pu les bousiller (Gaétan).

Enfin, les sujets qui ne ressentent plus aucun plaisir à s'alimenter se représentent assurément l'alimentation comme une tâche laborieuse qui demande beaucoup d'effort.

Ça ne me dit rien, rien, rien de manger... C'est une vraie corvée quand il faut que je mange... Je mange, mais c'est toujours de me forcer et de me forcer, et si je force trop, je ne digère pas (Gisèle).

Il n'y a rien du tout qui me tente de manger. Je n'ai aucune idée de ce qui me tente de manger parce que je ne trouve rien de bon... Il faudrait que je mange plus, c'est certain, mais ce n'est pas facile. Je ne mange qu'un tout petit sandwich

et j'ai toute la misère du monde à le manger... Il faut que je pousse les aliments.
Chaque repas est un supplice [en pleurant] (Gaétan).

4.2.1.3 Perte de sensation de la faim

La plupart des sujets ressentent occasionnellement la faim à travers une sensation légère et même très légère. "Je ne ressens pas beaucoup la faim, un peu" (Yvonne).

"Parfois, le matin, je ressens la faim... Parfois, ça va me prendre vers deux heures alors je mange une soupe" (France). "Ça m'arrive d'avoir faim... J'ai plutôt faim dans la soirée parce que je prends mon souper de bonne heure et j'ai faim aux repas, mais pas une faim de loup" (Jérôme).

Quelques sujets ne ressentent toutefois jamais la faim considérant d'ailleurs cette situation comme fort contraignante pour leur alimentation. "Ah! Seigneur! Je n'ai jamais faim... Je trouve ça long avant que ça reprenne. Ça fait longtemps. Je trouve ça difficile de ne pas avoir faim" (Gisèle). "Non. Je n'ai jamais faim et c'est toujours un problème de me décider à me préparer un sandwich" (Gaétan).

Certains sujets expliquent qu'autrefois, ils ressentaient vraiment la faim, mais qu'aujourd'hui, ils parviennent de moins en moins à la ressentir, ou même, ils ne parviennent plus du tout à la ressentir. "Autrefois, j'étais gourmande... Aujourd'hui, je mange moins. Je n'ai plus faim comme avant" (Suzane).

C'est une nouvelle histoire. Je n'ai jamais vécu ça avant de ne pas avoir faim. Si mon mari me voyait, il n'en reviendrait pas... Quand mon mari vivait, il me disait, tu ne manges pas pour vivre, mais tu vis pour manger. J'aimais beaucoup manger

et j'avais aussi un bon appétit... Quand j'avais faim, il fallait que je mange tout de suite. Si je devais aller au restaurant vers sept heures ou huit heures, il fallait que je mange un peu vers cinq heures parce qu'autrement, je ne me sentais pas bien. Il fallait que je mange... Quand quelqu'un me disait qu'il n'avait pas faim, je ne comprenais pas. Aujourd'hui, je comprends, je n'ai jamais faim (Gisèle).

Mais au moins, la grande majorité des sujets ressentant encore la faim reconnaît avoir tendance à s'alimenter pour répondre à leur sensation physiologique même si la quantité totale d'aliments consommés demeure insuffisante. "Quand j'ai faim, je mange sinon j'ai mal à l'estomac" (France). "Quand j'ai vraiment faim, je mange" (Régine). "Quand j'ai faim, je grignote" (Jérôme).

Quand vient l'heure des repas, j'ai faim... Ça m'arrive aussi dans l'après-midi vers trois heures alors je mange. Dans la veillée, je mange tout le temps, un morceau de banane, un biscuit. Si je n'en ai pas, je me fais un sandwich au beurre d'arachide. Je mange tout le temps à l'heure des repas, mais je ne déjeune pas. Depuis que la nutritionniste m'a apporté des suppléments, j'en prends au déjeuner. J'en prends parce que je me dis qu'il faut que j'aille quelque chose dans le corps. Quand je n'en avais pas, je prenais juste une petite bouchée de banane, juste pour dire que je mangeais quelque chose. Le matin, je n'ai jamais faim. Le médecin m'a dit que c'est parce que je mangeais trop le soir. Je ne suis pas pour m'empêcher de manger. J'ai faim le soir dans la veillée (Suzane).

4.2.1.4 Perte d'intérêt face à l'alimentation

La grande majorité des sujets présente un intérêt soutenu pour l'alimentation la considérant même comme un aspect important de leur vie. Toutefois, étant donné leur problématique anorexique, les sujets tendent plutôt à porter leur intérêt face à l'alimentation vers la recherche de solutions pour augmenter leur appétit et leur apport alimentaire même s'ils qualifient d'emblée cette démarche comme très peu fructueuse.

C'est important pour moi manger sauf que ça ne veut pas rentrer même si je voudrais... Manger devrait m'apporter des forces, mais pas en ce moment... Je ne vois rien. Si les infirmières ou les médecins n'ont pas pu me faire manger, je me demande bien ce que je pourrais faire toute seule. J'essaie de manger n'importe quoi. Ça ne rentre pas. Ça reste là. Si j'avais eu à avoir de l'appétit, je l'aurais sûrement eu parce que ma fille et ma belle-fille, quand elles ont vu que j'étais malade, elles m'ont fait des petits repas. Elles m'en ont fait pendant presque un an. Ça ne m'a pas vraiment aidé. Maintenant, elles ne m'en font plus... Une chose qui est assez invraisemblable, c'est qu'ici, je ne mange pas ou presque pas, mais chez mon garçon, je mange. Je ne mange pas comme les autres, mais je mange. Si je suis avec d'autres personnes, je mange un peu plus. Ma belle-fille est une personne qui prépare de très bons repas. C'est toujours très, très, très bon. Elle est venue cette semaine et elle m'a dit, bientôt, je vais venir vous chercher pour souper. Mais manger seule, ce n'est pas ce qui m'empêche de manger parce que je m'en prépare des repas. Je suis seule et je m'en prépare. Je m'en prépare, mais je ne mange pas... Parfois, j'ai quelque chose de très bon et je ne mange pas (Yvonne).

Je ne sais pas. Je ne comprends pas. Je maigris au lieu d'engraisser... Je me pose des questions. Je cherche. J'ai beau chercher. Pourtant, je ne me prive pas. Je mange n'importe quoi... Je n'ai pas de mal au cœur, je n'ai pas d'étourdissement, je n'ai rien... Je mène le même train de vie. Je ne sais pas pourquoi je maigris. Je me pose toutes sortes de questions. Eux aussi me posent des questions [en parlant des intervenants du CLSC]. Même les femmes au centre de jour me disent, que faites-vous? Elles me disent, donnez-nous votre recette? Je leur dis, je n'en ai pas, je maigris. Je ne fais rien. Je me laisse faire. Je me laisse vivre. Je mange comme à l'habitude... On dirait que nous ne sommes pas tous fait pareil. Il y en a qui ne sont pas engraisables et il y en a qui regardent un verre d'eau et qui engraisent (Régine).

La nutritionniste me fait prendre des suppléments. Je trouve que c'est un peu gras. J'en prends, mais après, je ne peux pas manger beaucoup... Parfois, je ne mange pas, mais depuis que la nutritionniste m'a dit qu'il fallait que je mange, je me force. Je trouve que c'est difficile de manger et d'avaler. Je me force, mais ça n'avale pas. Je me suis fait venir de la levure de bière. Il y en a parfois que ça les aide. Mais je n'ai aucune idée de ce qui pourrait faire augmenter mon appétit... L'autre jour, comme il faisait beau, je suis allée au restaurant avec mon amie en prenant ma marchette. Quand je suis fatiguée, je m'assois puis je repars. Au restaurant, j'ai mangé du filet de bœuf avec un peu de riz et un petit dessert. Mais je n'avais pas plus faim parce que j'étais au restaurant et en compagnie. Au début, je pensais que le fait de manger seule me nuisait, mais ce n'est pas ça (Gisèle).

J'aimerais ça que quelque chose arrive, mais je ne sais pas ce qui pourrait m'arriver pour que je puisse manger... Non. Il n'y a rien qui me tente. Il n'y a rien du tout qui me tente de manger... Ça fait une semaine ou deux semaines que je mange des flocons de maïs le matin. Avant, je mangeais du gruau ou je mangeais du pabulum. Au bout de trois semaines, je suis tanné. Je veux manger autre chose. Même si ce n'est pas meilleur quand je change, ça fait un changement toujours... Je vais manger au restaurant avec mes enfants. Je prends un demi sandwich à la viande fumée, juste un demi, et je ne mange pas le pain. Je mange juste la viande. Ça ne fait pas un gros repas... Quand j'étais enfant, je sélectionnais. Quand ma mère préparait des légumes, je n'en mangeais pas. Je n'aimais pas les légumes. Je n'aimais pas le goût. C'est peut-être la raison pourquoi je suis rendu comme je suis rendu aujourd'hui (Gaétan).

Évidemment, cet intérêt que présentent les sujets pour l'augmentation de leur appétit et de leur apport alimentaire fait part de leur espoir toujours vivant d'améliorer leur état de santé.

J'aimerais mieux manger comme il faut quoique je trouve que je mange un peu mieux. Je mange un peu plus. Ça m'encourage... Je vais les voir cette semaine [en se référant aux intervenants du CLSC]. Je ne veux pas qu'ils me laissent de même. Je ne veux pas rester faible de même... Même si j'ai des troubles de l'appétit, je n'irai pas faire comme bien des personnes, aller me coucher et y rester. Non. Non. Je veux bouger même si je ne suis pas capable (Yvonne).

Je me force. Je prends des suppléments. D'après moi, je ne suis pas certaine, je pense que j'ai repris quelques livres depuis la dernière fois que la nutritionniste est venue avec tout ce qu'elle me donne (Gisèle).

Mes enfants sont bien malheureux de ma perte d'appétit. C'est grâce à eux si je reçois des ressources [en se référant aux intervenants du CLSC]. Ils connaissaient quelqu'un qui était très malade et qui s'est remplacé avec des ressources. Ça été long, mais il s'est remplacé. Alors, je les écoute. Je n'ai rien à perdre. Il faut que j'essaie. J'ai bu quatre ou cinq suppléments cette semaine. Il m'en reste encore deux. Je vais en recevoir une nouvelle caisse que j'ai commandée. J'ai confiance aux suppléments que je prends... Et je prends des vitamines. Je prends toutes sortes de choses... Mais mon opération aux reins, c'est la seule chose qui peut me sauver, je pense. Je suis assis ici et j'attends, j'attends, j'attends (Gaétan).

Enfin, un seul sujet ne présente et même n'a toujours présenté que très peu d'intérêt face à l'alimentation. Il ne démontre d'ailleurs que très peu d'espoir de résoudre sa problématique anorexique.

J'ai toujours été rapide. Je me suis toujours dépêché de manger... Ça n'a jamais été bien fort. Je n'ai jamais été gourmand ni gourmet. Je mangeais pour me soutenir. Je n'ai jamais été un gros mangeur. Je me satisfaisais de ça. Ça me donnait satisfaction... Aujourd'hui, je n'ai plus le goût de m'en faire. Ça ne me dit pas de m'en faire. Il y a cinq ans ou six ans, je me faisais encore un steak et des patates. On dirait que j'ai décliné. J'ai démissionné par rapport à m'en faire ...

Un tonique, un médicament, un apéritif ou quelque chose qui donne de l'appétit pourrait peut-être m'aider, mais je ne dois pas avoir l'estomac assez grand (Jérôme).

4.2.1.5 Perte pondérale

L'ensemble des sujets s'avère parfaitement conscient des modifications apportées à leur poids au cours de leur vie. Ils savent reconnaître s'ils présentaient un surplus de poids, un poids normal ou une insuffisance pondérale. "Autrefois, j'étais grosse... J'ai déjà perdu 110 livres avec Weight Watchers" (France). "Mon poids normal et habituel, c'était à peu près entre 136 livres et 138 livres" (Gisèle).

J'ai longtemps été une petite puce. Je suis tombée enceinte à 97 livres. J'avais alors une grande maison à entretenir. Je n'arrêtais pas. Je n'avais pas le temps d'engraisser. J'ai perdu tout mon poids après la naissance de mes enfants... Quand j'ai commencé ma ménopause à 47 ans, j'ai commencé à engraisser parce que j'ai commencé à manger des aliments sucrés. Je pesais 146 livres. J'étais pas mal grasse. Je m'en apercevais par mon linge. J'étais trop grasse. Je mangeais beaucoup (Régine).

D'ailleurs, la plupart des sujets recherchaient et recherchent toujours l'équilibre pondéral souhaitant détenir un poids normal les satisfaisant. "À 130 livres ou 135 livres, je serais correcte. Même à 145 livres, ça ferait mon affaire quand même" (France).

J'engraisse. Je maigris. J'engraisse. Je maigris. Mais actuellement, mon poids est trop bas. La nutritionniste m'a dit, votre poids est trop bas. L'avant-dernière fois qu'elle est venue, je pesais 132 livres. Elle m'a alors dit, vous avez le poids santé à 132 livres avec votre grandeur. J'étais contente. Après, j'ai baissé à 128 livres, 126 livres, 125 livres. Actuellement, je pèse 124 livres. Je me pèse tous les deux jours en matinée... Je ne demande que cinq livres, six livres, ou même, dix livres que j'aimerais prendre. À 130 livres, je serais bien parce que je ne suis pas très grande. Je n'ai pas envie d'avoir l'air d'un baril. En moins, il ne m'en resterait plus. Je deviendrais comme ces femmes qui maigrissent. Non. Je ne veux pas devenir trop grosse, trop grasse, mais j'en veux un peu (Régine).

C'est dans ce contexte que les sujets ayant présenté un surplus poids la majeure partie de leur vie et présentant actuellement un poids normal et même une légère insuffisance pondérale s'avèrent très satisfaits de leur poids actuel et ne souhaitent pas un gain pondéral. "Je suis restée avec 100 livres quand j'ai eu mes trois enfants. Je mangeais des gallons d'olive... Aujourd'hui, je suis bien contente de mon poids" (France). Mais le fait que certains de ces sujets acceptent de perdre encore un peu de poids malgré qu'ils reconnaissent être aux prises avec des difficultés relatives à leur problématique anorexique s'avère plutôt surprenant.

Non. Non. Non. Je ne veux pas engraisser. J'aime mieux rester comme ça. Ça me convient bien même. Quand je pesais 183 livres, j'en cherchais des réductions. Aujourd'hui, j'aimerais encore perdre un petit peu, un petit peu, un petit peu de rien. Il ne faudrait pas que je perde plus de dix livres parce que je ne suis pas

tellement grosse non plus. Si je mangeais, je ne dirais rien, mais je ne mange pas beaucoup (Yvonne).

Quand je me suis marié, je pesais 119 livres, 120 livres. Après, j'ai eu une fille et je suis restée à 150 livres pendant 50 ans... Ça fait un an que je pèse 119 livres. C'est à peu près stable. J'engraisse de deux livres ou de trois livres et je remaigris. Je suis contente quand je maigris. J'ai été grosse assez longtemps... J'aime bien mieux quand je suis en bas que quand je suis en haut. J'ai été toute ma vie à essayer de maigrir et je ne maigrissais pas alors aujourd'hui, je maigris tout seul, je me trouve chanceuse. Présentement, je ne voudrais plus descendre. J'aimerais autant rester à 119 livres... Je ne voudrais pas engraisser, mais je me fis à eux qui me disent, engraisse et tu ne seras plus fatiguée [en se référant aux intervenants du CLSC]. J'aimerais bien mieux être grasse et ne pas être fatiguée, mais je vois bien que ce n'est pas ça. Même que ça ne me dérangerait pas de perdre encore un peu de poids... Ça ne me fait rien quand ma fille m'en parle. Elle voudrait que je prenne du poids. Elle dit que je serais plus forte. Elle dit que c'est pour ça que je suis fatiguée et fatiguée. Ce n'est pas pour ça, c'est mon AVC parce que je n'étais jamais fatiguée avant mon AVC... Mais même si je pesais 200 livres, si j'avais bien faim, je mangerais (Suzane).

À l'inverse, les sujets ayant présenté un poids normal la majeure partie de leur vie et présentant actuellement une insuffisance pondérale sévère s'avèrent très insatisfaits de leur poids actuel et souhaitent un gain pondéral.

Je trouve ça épouvantable de perdre tant de poids... Chaque fois que la nutritionniste venait, elle était découragée parce que je maigrissais tout le temps. Elle me disait, je ne vous demande pas d'engraisser, mais d'arrêter de maigrir. J'étais rendue à 111 livres. Actuellement, je ne le sais pas. Je pense que j'ai repris quelques livres, mais pas tellement... Dans le passé, pour engraisser, même si je mangeais beaucoup, ça prenait du temps. J'ai plus de difficulté à engraisser qu'une autre personne qui veut perdre du poids... Je n'ai jamais été très grasse parce que mon métabolisme est assez rapide. Quand je maigris, j'ai beaucoup de difficulté à reprendre (Gisèle).

J'avais repris du poids un moment donné. La nutritionniste était contente de moi et j'étais content de moi. J'étais monté à 107 livres à partir de 94 livres. Je mangeais plus. Je mangeais mieux. Aujourd'hui, ça ne rentre plus. Je n'en faisais pas beaucoup pareil parce que j'avais mon mal de dos. Je n'en faisais pas beaucoup, mais j'étais mieux et je me sentais plus fort (Gaétan).

Un seul sujet présentant actuellement une insuffisance pondérale sévère semble peu préoccupé par sa maigreur ayant même tendance à accepter la situation sans chercher à l'améliorer.

J'ai faibli graduellement. Je relie ça à l'âge parce que, un moment donné, j'ai senti que mes chairs n'avaient plus de gras... J'ai décharné. C'est l'âge. Un moment donné, je me suis rendu compte que j'avais maigri. J'ai été pesé la

semaine passée, 95 livres. Avant, c'était toujours assez régulier, 130 livres, 131 livres (Jérôme).

4.2.2 Caractéristiques distinctives s'apparentant à l'anorexie mentale

Les résultats de recherche abordés dans cette section concernent précisément les attitudes restrictives face à l'alimentation, les attitudes de contrôle face à l'alimentation et la distorsion de l'image corporelle en tant que caractéristiques distinctives s'apparentant à l'anorexie mentale.

4.2.2.1 Attitudes restrictives face à l'alimentation

L'ensemble des sujets ne présente pas d'attitudes restrictives face à l'alimentation à l'image de celles décrites dans le questionnaire EAT servant à dépister les désordres nutritionnels notamment l'anorexie mentale.

Ainsi, les sujets n'ont pas tendance à suivre un régime restrictif ni à favoriser la consommation d'aliments à teneur énergétique réduite. Au contraire, certains sujets recherchent même la consommation d'aliments à haute teneur énergétique. Si certains sujets ont conscience de la valeur énergétique des aliments qu'ils consomment, c'est assurément pour augmenter leur apport énergétique.

Je commence à avoir de la misère à trouver des aliments qui ne sont pas diètes. Il ne faut pas que je prenne des aliments diètes. Il n'y a que des aliments diètes aujourd'hui. C'est pour ça que la nutritionniste me dit de manger de la crème fouettée et n'importe quoi (Gaétan).

De même, les sujets n'ont pas tendance à éviter la consommation d'aliments riches en glucides et en sucres concentrés. "Je mange n'importe quoi. Je mange du chocolat. Je mange de la crème glacée. Je mange des gâteaux. Je ne me prive pas" (Régine).

D'ailleurs, les sujets savent très bien que, lorsqu'ils mangent des aliments à haute teneur énergétique et des aliments riches en glucides et en sucres concentrés, ils sont plus susceptibles d'augmenter leur poids. "J'ai commencé à engraisser quand je prenais de l'âge. Je me suis mis à manger des aliments sucrés, du chocolat, de la crème glacée" (Régine). "Ils me font manger des noix, du beurre d'arachide, tout ce qu'il faut pour engraisser" (Suzane).

Enfin, les sujets ne font aucunement mention d'une tendance à se sentir mal à l'aise ou coupable après s'être alimentés.

4.2.2.2 Attitudes de contrôle face à l'alimentation

La grande majorité des sujets démontre différentes attitudes de contrôle face à l'alimentation à l'image de celles décrites dans le questionnaire EAT servant à dépister les désordres nutritionnels notamment l'anorexie mentale.

Ainsi, un sujet démontre des attitudes de contrôle face à l'alimentation en prenant plus de temps que les autres pour s'alimenter n'assumant pas la consommation d'une pleine portion. Ces attitudes de contrôle face à l'alimentation semblent même s'apparenter à des manières obsessionnelles de s'alimenter.

Ça me prend du temps manger. Les autres sont rendus au dessert et je suis encore dans mon assiette. C'est parce que je mastique beaucoup. L'infirmière au centre

de jour m'a dit que je mastiquais beaucoup. Je ne suis pas capable d'avaler ma bouchée toute ronde... L'infirmière au centre de jour surveille parfois mon assiette et me dit, il en reste encore dans votre assiette. Je lui réponds alors, je n'ai plus faim, j'en ai assez, je mange à ma faim et quand ça ne veut plus, ça ne veut plus... Je mange et il faut toujours que j'en laisse. Je n'en laisse pas beaucoup, mais j'en laisse. J'en ai assez. Je suis pleine (Régine).

Un sujet démontre des attitudes de contrôle face à l'alimentation en ayant tendance à ne pas s'alimenter lorsqu'il ressent la faim.

Je ressens un peu la faim, pas beaucoup. Lorsque je ressens la faim, j'ai l'idée de manger. Je me rappelle que c'est le temps de manger, mais parfois, je ne mange pas pareil. De temps en temps, la faim va revenir, mais c'est bien rare (Yvonne).

Deux sujets démontrent des attitudes de contrôle face à l'alimentation en expliquant de quelle façon ils choisissent de s'alimenter.

Je me dis, si je mange trop, comme par exemple des épis de blé d'inde, je peux refaire un autre AVC. J'aime tellement les épis de blé d'inde que j'en mangerais 12, mais j'en mange juste trois. Je me raisonne parce que j'ai peur de refaire un autre AVC... Un moment donné, je me dis, j'en ai assez. Il ne faut pas trop ambitionner non plus (Suzane).

L'alimentation a beaucoup d'importance. Par contre, j'ai toujours été très difficile. Je ne mangeais jamais de légumes. J'étais très difficile et je ne mangeais pas beaucoup. Je mangeais du steak et des patates frites et je n'allais pas plus loin que ça... Je n'ai jamais été aussi fort qu'eux [en parlant de ses frères et sœurs et en pleurant]. Je n'étais pas capable de manger comme eux [en pleurant]. Je n'aimais pas ça manger [en pleurant]. Je ne sais pas ce que je ferais aujourd'hui pour manger une tourtière de ma mère. C'est un repas qu'elle faisait que j'aimais. J'étais capable de passer un repas si je n'aimais pas ça. Ça ne me faisait rien. C'est ce que je voulais dire tantôt quand je vous disais que ça vient peut-être de là que je suis faible parce que j'en ai passé souvent des repas. Ou bien tout le monde mangeait des plats, et moi, je sélectionnais... J'envie encore et toujours les gens quand je les vois manger. Je n'ai jamais été capable de prendre une grosse assiette... Et je mange toujours la même chose. Je mange toujours, toujours, toujours la même chose (Gaétan).

Deux sujets démontrent des attitudes de contrôle face à l'alimentation en minimisant l'impact de leur perte d'appétit sur leur apport alimentaire et en insinuant qu'ils s'alimentent en quantité suffisante. "Mon appétit n'est plus aussi grand... Mais je trouve que je mange assez" (Suzane).

Je n'ai jamais eu beaucoup d'appétit alors c'est un peu normal que je n'en ai pas aujourd'hui. Je n'ai pas de crise de nourriture... Je ne mange pas une grande

quantité à la fois, mais je mange plusieurs fois par jour... Je pense bien que je suis sur l'impression de me soutenir suffisamment (Jérôme).

Plusieurs sujets démontrent des attitudes de contrôle face à l'alimentation qui impliquent leurs proches. Ainsi, ils avouent aisément que leurs proches aimeraient ou exercent de la pression pour une alimentation en plus grande quantité parce qu'ils considèrent leur minceur comme étant démesurée. "Mes enfants trouvent que je ne mange pas beaucoup. Ils n'aiment pas ça. Ils me disent, tu sais bien que tu vas tomber malade... Ils me disent, va voir ton médecin (Yvonne).

Ma fille fait mes commissions. C'est elle qui fait toutes mes commissions... Ma fille est venue vendredi, samedi et dimanche. Elle m'a apporté des fraises et des bleuets. C'est bon pour la santé. Elle m'a aussi apporté des pêches... Ma fille trouve que j'ai perdu beaucoup de poids. Elle me dit de manger. Elle m'apporte toutes sortes d'affaires, des biscuits, des fruits. Je lui dis, arrête-moi ça pour l'amour du Bon Dieu. Elle m'apporte toujours des aliments. Je ne lui en demande pas et elle m'en apporte. Et elle m'appelle tous les soirs. Elle est inquiète. Si je pars, elle a seulement sa fille et son petit bonhomme. Elle voudrait que j'engraisse, mais je lui dis, arrête un peu (France).

Parfois, ma fille me chicane, tu n'as pas mangé. Je lui dis, regarde, il n'en reste qu'un petit peu. Parfois, il n'en reste que deux bouchées ou trois bouchées. Je ne suis plus capable. Ma fille n'aime pas me voir maigrir comme ça... Mes autres enfants, je ne les vois pas souvent. Ils travaillent beaucoup. Ma fille a fait une

épluchette de blé d'inde il y a 15 jours et ils sont venus. Ils ont trouvé que je n'étais pas grosse, surtout la plus jeune (Régine).

Ils se font des peurs avec mon poids [en se référant aux intervenants du CLSC]. Et ma fille n'arrête pas de me dire qu'il faut que j'engraisse. Mais je n'engraisse pas vite... Ma fille vient quasiment tous les jours. Elle voudrait que je mange plus. Elle dit que je ne mange pas assez de viande... Elle me charrit à manger. S'il fallait que je n'aie pas me chercher à manger, ma fille me le dirait. Elle m'appelle, as-tu dîné? Elle m'appelle une demi-heure après, qu'as-tu mangé? Peut-être que je ne dînerais pas si elle ne m'appellerait pas. Mais je me dis, elle est bien fatigante avec son manger. Elle m'en apporte et elle me dit, c'est juste un repas, ce n'est pas un repas en deux, c'est juste un repas. Je me dis, je ne peux pas le prendre. Parfois, elle vient et elle me dit, maman, tu n'as pas tout mangé, il t'en reste encore. J'en avais trop. Qu'est-ce que tu veux? Si ma fille n'était pas là, je passerais le repas vite... Ma fille m'appelle toutes les dix minutes. Elle s'inquiète tout le temps, tout le temps. Elle a peur que je fasse quelque chose ou que je m'ennuie. Elle me dit, as-tu eu des téléphones aujourd'hui ou est-il venu quelqu'un aujourd'hui? C'est une vraie folie (Suzane).

Quelques sujets démontrent peu ou pas d'attitudes de contrôle face à l'alimentation qui impliquent leurs proches. Ils constatent simplement que leurs proches s'impliquent avec parcimonie au niveau de leur problématique anorexique.

Parfois, mon amie m'apporte une soupe qu'elle a passée au mélangeur pour m'aider et ne pas avoir à la préparer. Parfois, quand je n'ai pas le goût, ça peut m'aider. Mes amies me disent, ton appétit va revenir (Gisèle).

Mes enfants ne me parlent pas de ma perte d'appétit. J'ai deux filles. Ça fait longtemps que je ne les ai pas vues. Je ne les vois pas souvent. Elles vont probablement venir le 4 août à ma fête. L'année dernière, j'avais déjà commencé à perdre du poids. Mais à 131 livres, je n'ai jamais été très gras. C'est lorsque je travaillais. Ça fait au moins dix ans que j'en ai reperdu. Elles n'ont pas réagi. Et mon fils, en étant ensemble tous les jours, c'est plus difficile pour lui de s'en apercevoir. Je pense que mes enfants savent que j'ai peu d'appétit. Ça servirait à quoi d'en parler. C'est comme de regarder dehors et de voir qu'il fait beau. Bien oui, il fait beau. C'est une vérité de la palice. Mais mon fils et ma belle-fille me préparent des repas. Le soir, il y a toujours une assiette pour moi. Parfois, je ne la mange pas le soir, mais je la mange le lendemain. Je la mets au micro-ondes (Jérôme).

4.2.2.3 Distorsion de l'image corporelle

L'ensemble des sujets ne présente pas de distorsion de l'image corporelle. Ils ne sont pas préoccupés par le désir d'être mince et d'avoir trop de masse adipeuse pas plus qu'ils ne sont terrifiés à l'idée d'avoir un surplus de poids. Ils s'avèrent même parfaitement conscients des changements apportés à leur image corporelle au cours des dernières années.

Ainsi, les sujets autrefois insatisfaits de leur image corporelle à cause d'un surplus de poids présent la majeure partie de leur vie sont aujourd'hui satisfaits de leur image corporelle à cause d'un poids normal.

Des bourrelets, j'en ai déjà eu, mais je n'en ai plus... À 47 ans, j'ai commencé à engraisser. Non. Je ne m'aimais pas. Non. Quand j'étais toute petite, j'habillais du junior. Après, j'habillais du large. Il y a une différence. Même les enfants étaient habitués de me voir toute petite. Ils me disaient, surtout mon garçon, maman, tu es grosse, tu es donc grosse, arrête de manger, tu es bien trop grosse. Ils étaient habitués de me voir toute petite. Aujourd'hui, je leur dis, je m'en retourne à mon poids. J'avais beaucoup de linge et je ne rentrais plus dedans. Aujourd'hui, je rentre dedans (Régine).

J'étais tellement grande que je le portais bien, mais j'étais grosse. J'avais beaucoup de ventre et de buste. Aujourd'hui, je me trouve bien mieux. J'aime ça. Je ne suis plus obligée de retenir mon ventre. J'aime mieux être maigre qu'être grasse... J'ai tout perdu ça tranquillement. Je suis comme à la télévision lorsqu'on vante les remèdes à mettre dans les cheveux pour revenir pareil à notre jeunesse. C'est pareil avec mon poids (Suzane).

Un sujet présentant cette même histoire pondérale constate tout de même que le fait d'avoir perdu du poids rapidement nuit à son image corporelle. "Regardez donc la peau qui pend" (France).

À l'inverse, les sujets autrefois satisfaits de leur image corporelle à cause d'un poids normal la majeure partie de leur vie sont aujourd'hui insatisfaits de leur image corporelle à cause d'une insuffisance pondérale. Visiblement, ils considèrent leur corps amaigri comme un état non souhaitable. "Je suis en train de fondre et je n'aime pas ça" (Gaétan). "C'est l'âge. En vieillissant, on se décharne. Je n'étais pas gras, mais j'avais des bras et des muscles. Ça a fondu graduellement et partout (Jérôme).

Je suis toute plissée. Ma stomie se défait souvent. J'ai toutes sortes d'inconvénients. Je n'ai pas de linge qui me fait. Je ne suis pas pour aller m'en acheter. De toute façon, je n'aime plus magasiner. Je me dis, le visage, quand je suis habillée, ce n'est pas trop pire. Je me dis, il ne faut pas que je m'énerve avec ça parce que ça va être pire. J'essaie d'accepter ça tel que c'est... Je porte des affaires à manche longue à cause de mes bras. Les autres fois que je perdais du poids, je le perdais tranquillement, une livre ou deux livres par semaine, alors mes chairs restaient fermes. Quand mon mari est décédé, je suis allée passer une radiographie. La technicienne en radiologie m'a dit, je n'en reviens pas, même si vous avez maigri, vous avez la peau ferme. J'avais aussi beaucoup maigri, mais pas autant que présentement (Gisèle).

Enfin, un sujet explique qu'autrefois, il aimait prendre soin de son apparence physique, mais qu'aujourd'hui, ses conditions de vie ne favorisent plus beaucoup cette activité.

En général, j'aime être bien habillée et j'aime me faire coiffer. Après la mort de mon mari, j'allais passer mes samedis au salon de beauté. Je me faisais coiffer. Je me faisais maquiller. J'y passais la journée. C'était quasiment mes amies. Et je m'achetais de beaux vêtements. J'ai fait des folies. Je prenais un taxi, j'allais magasiner à Montréal et je revenais en taxi. J'entrais dans un magasin, je voyais quelque chose de beau et je l'achetais. J'ai dû arrêter et me serrer la ceinture pendant un bout de temps. Je pense que ça m'a aidé à passer au travers de la mort de mon mari. C'était épouvantable. Ça m'a beaucoup aidé. Même, je me suis fait photographe. Je vais vous montrer. J'étais coiffée et maquillée. J'ai gardé cette photographie. Elle est très belle. Présentement, la coiffeuse vient chez moi car je ne suis plus capable d'y aller (Gisèle).

4.3 Dimensions psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement

Les descriptions expérientielles des sujets obtenues en entrevue de recherche témoignent de la façon dont les sujets perçoivent leur expérience anorexique foncièrement teintée de leur histoire personnelle et de leur vie intérieure et fournissent par conséquent des données substantielles sur les composantes psychologiques sous-jacentes qui provoquent, entretiennent et donnent un sens à la conduite anorexique constituant ainsi les dimensions psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement.

Le tableau 6 présente la synthèse des résultats de recherche constituant les dimensions psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement.

**Tableau 6. Synthèse des résultats de recherche constituant les dimensions
psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement**

Composantes psychologiques sous-jacentes provoquant la conduite anorexique

Impact de la perte d'une personne significative sur le plan émotionnel

Impact de la manifestation d'une maladie invalidante sur le plan émotionnel

Composantes psychologiques sous-jacentes entretenant la conduite anorexique

Difficulté d'intégration des pertes définitives

Difficulté de préservation de l'identité

Difficulté de maintien d'un état affectif sain

**Composantes psychologiques sous-jacentes donnant un sens à la conduite
anorexique**

Tentative de contrôle

Voie détournée d'expression affective

Prélude à la mort

**4.3.1 Composantes psychologiques sous-jacentes provoquant la conduite
anorexique**

Les résultats de recherche abordés dans cette section concernent précisément l'impact de la perte d'une personne significative sur le plan émotionnel et l'impact de la manifestation d'une maladie invalidante sur le plan émotionnel en tant que composantes psychologiques sous-jacentes provoquant la conduite anorexique. L'ensemble des sujets considère l'une ou l'autre de ces conditions associées aux pertes définitives comme le substrat à l'origine de leur problématique anorexique.

4.3.1.1 Impact de la perte d'une personne significative sur le plan émotionnel

Les sujets qui s'identifient à cette catégorie constatent que le sentiment de solitude ressenti suite à la perte d'une personne significative évoquant l'ennui, le manque et la privation sur le plan émotionnel est nettement associé au déclenchement de leur conduite anorexique.

J'ai beau chercher, je ne trouve rien [en parlant de sa perte d'appétit].... C'est peut-être l'ennui. Parfois, il me prend des crises d'ennui. Je pense à ma mère, je pense à mon frère et je pense à mon mari. Je les ai perdus quasiment tous en même temps. J'ai perdu ma mère, j'ai perdu mon frère, et quatre ans après, j'ai perdu mon mari. Ma mère est morte en 1997, mon frère est mort en 1998 et mon mari est mort en 2002... Quand mon mari est mort il y a deux ans, ma fille m'a pris chez elle. Mon mari lui a dit à l'hôpital avant de mourir, tu vas garder ta mère car je ne veux pas la voir placer dans un centre. Ma fille lui a répondu, je vais la prendre. Elle travaillait. Elle a dû arrêter de travailler. Ça faisait 30 ans qu'elle travaillait au même endroit. Ça a été difficile. Mon mari est mort en 2002 d'un cancer du pancréas. J'étais avec lui depuis 20 ans... C'était toujours mon mari qui prenait soin de moi. C'était une vraie petite mère poule. Il fallait que je ne manque de rien... Quand je suis arrivée ici, je pesais encore 139 livres [en parlant de son arrivée chez sa fille il y a deux ans après le décès de son mari]. Ma fille m'a dit, je ne m'appelle pas Jean-Paul, tu vas bouger. Mon mari s'appelait Jean-Paul (Régine).

Mon mari est décédé il y a 15 ans. Il est décédé d'un cancer. Mon poids a baissé jusqu'à 120 livres. Ensuite, une de mes sœurs qui restait avec moi dans le logis d'en haut est décédée d'un cancer. J'ai encore perdu du poids. Il s'est produit la même chose. Mon poids a encore une fois baissé jusqu'à 120 livres. Mon poids était remonté à 150 livres. Ma sœur est décédée il y a trois ans. Ma sœur est morte au mois de décembre et j'ai fait mon AVC au mois de mars. Après le décès de ma sœur, j'ai commencé à perdre du poids. J'avais déjà perdu du poids lorsque j'ai fait mon AVC. Je pesais 135 livres ou 140 livres. J'ai continué à en perdre après mon AVC... Je perdais l'appétit. Je m'ennuyais d'eux [en parlant de son conjoint et de sa sœur décédés]... Je me retrouvais toute seule... Ma sœur et moi avons vécu huit ans ensemble toutes les deux, juste toutes les deux. Avec ma sœur, on dirait que j'avais plus faim. Ça faisait du bien (Suzane).

J'ai abandonné par rapport à me faire de la nourriture. Je pourrais rattacher ça à un décès. J'ai vécu plus de 50 années de ma vie, plus de 50 années de mariage avec ma femme. Elle est morte d'alzheimer le jour de sa fête, le 27 juillet 1999. Je pouvais toujours sentir une présence malgré qu'elle faisait de l'alzheimer. Elle est morte dans un centre, mais je l'ai gardé tant que j'ai pu. Je dirais que ma perte d'appétit et de poids, ça peut correspondre en même temps que le décès de ma femme peut-être sans m'en rendre compte. J'ai trouvé ça difficile. Elle n'était plus consciente et elle ne me reconnaissait plus, mais ça faisait tout de même une présence. Elle était toujours assise ici. Tant que j'ai pu, je l'ai gardé avec moi. Elle voulait faire des fugues... J'avais bien des problèmes avec ça. Je n'étais plus capable d'en avoir soin... Après 51 ans de vie commune, surtout de cette façon où

elle n'était plus consciente, c'était difficile. C'était une mort, c'était un soulagement, mais par contre, c'était difficile (Jérôme).

4.3.1.2 Impact de la manifestation d'une maladie invalidante sur le plan émotionnel

Les sujets qui s'identifient à cette catégorie constatent que la réaction de stress survenue lors de la manifestation d'une maladie invalidante générant de l'inquiétude et de l'appréhension sur le plan émotionnel est nettement associée au déclenchement de leur conduite anorexique. Les sujets insistent sur le rôle de l'aspect émotionnel dans le déclenchement de leur conduite anorexique reconnaissant tout de même le rôle des aspects médicaux et sociaux.

Je vis des choses. J'ai une jambe qui n'a plus rien parce qu'ils ont coupé tous les nerfs [en se référant aux intervenants du milieu hospitalier]. Ils ont fait un gâchis avec cette jambe. Ils devaient me couper la jambe complètement tout comme le bras. Finalement, ils m'ont coupé dans l'aîne et dans la cuisse de chaque côté de la jambe jusqu'en bas, jusqu'où il y a un peu de chair près du genou. De chaque côté de ma jambe, c'était ouvert très grand... J'avais hâte de ne plus avoir ces choses car c'était très souffrant. J'étais dans les grandes souffrances. Je savais qu'ils avaient envie de me couper la jambe et le bras. J'y pensais que je le veuille ou non... Je savais que ma vie serait finie avec seulement une jambe et un bras. Ce serait pareil comme la mort. Ils ne l'ont pas fait finalement. Je ne sais pas ce qui s'en vient pour l'autre jambe. Elle a les artères qui rapetissent. Je suis assez intelligente pour penser qu'il peut m'arriver des choses... Quand je suis partie de

l'hôpital, je ne mangeais pas du tout. Parfois, je venais à bout de prendre un petit quelque chose. Le médecin m'a dit, savez-vous ce que vous avez? Il m'a dit, vous avez eu deux opérations graves dans la même journée alors de la viande, vous en mangiez, vous n'en mangez plus, mais vous allez finir par en manger. Ça fait deux ans. Le goût pour la viande n'est jamais revenu... Je ne mangeais pas beaucoup à l'hôpital. Avant, c'était bien. C'est depuis ce temps. J'ai subi trois opérations en peu de temps. J'ai perdu beaucoup de sang. Ça a été très difficile. Je n'avais pas envie de manger de la viande, je n'ai pas besoin de vous le dire. L'appétit n'est jamais revenu... En tous les cas, je sais que quand je suis partie de l'hôpital, je n'avais pas d'appétit parce qu'ils essayaient de me donner toutes sortes de choses pour m'aider à m'en sortir. Ils me disaient, vous ne pouvez pas partir comme ça. Je suis restée avec la même affaire... En plus, j'ai maintenant de la misère à marcher. Aujourd'hui, j'ai marché juste un quart d'heure. J'aimerais marcher une demi-heure par jour. Je ne suis pas toujours capable... Avant mes opérations, je marchais une heure par jour. Je marchais une heure par jour depuis très longtemps. Je suis limitée parce qu'il n'y a plus rien dans ma jambe... Je suis une personne qui aime bouger. J'ai toujours fait mon ouvrage seule. J'ai toujours fait ma couture et la couture de toute ma famille. C'est important pour moi. La marche aussi, c'est important pour moi (Yvonne).

J'ai subi ma première opération pour une fracture de la hanche en octobre. J'ai subi ma deuxième opération pour une fracture du bassin le 3 mars et je suis sortie de l'hôpital le 30 avril. J'ai subi deux opérations en peu de temps. J'ai eu à peine le temps de me remettre. J'avais maigri après ma première opération, mais pas

autant qu'après ma deuxième opération. Même rendue ici, mon poids baissait encore... C'est depuis le mois d'octobre que j'ai de la difficulté à manger. C'est depuis que je suis tombée et que j'ai subi une opération à la hanche. J'ai une partie de la hanche qui a été remplacée. J'ai beaucoup souffert. Et à l'hôpital, la nourriture n'était pas nécessairement ce que j'aimais. En plus, j'avais de la difficulté à dormir. C'est là que j'ai commencé à perdre beaucoup de poids. Après, je suis allée en convalescence à la maison de réadaptation juive, mais je n'aimais pas plus ça... Ma perte d'appétit est due aux opérations, à la souffrance, à l'énervement d'être à l'hôpital et au fait de me faire dire qu'il fallait que je fasse de la physiothérapie et qu'il fallait que je me lève même si je n'étais pas capable... Ils ne tenaient pas compte de mes autres maladies [en se référant aux intervenants du milieu hospitalier]. Ils ne tenaient compte que de mon bassin. Mon iléostomie et mes autres problèmes, ils ne s'en occupaient pas. Et les médecins, je n'aimais pas beaucoup leur manière de s'organiser. J'ai été hospitalisée deux mois pour mon bassin. Une semaine, c'était un médecin, et une semaine, c'était un autre médecin. Ce n'était jamais le même médecin alors il ne connaissait pas mon dossier au complet. Quant à mon médecin de famille, je ne le voyais qu'une fois par cinq semaines. Ça a été difficile. En plus, les médicaments contre la douleur faisaient baisser ma pression. Habituellement, je fais de la haute pression. Ils ne me donnaient donc que la moitié du médicament pour mon cœur ou ils ne me le donnaient pas dépendamment de ma pression. Quand je suis arrivée ici, je n'avais pas de médicaments contre la douleur alors ma pression a monté. Ça a pris du temps avant que je puisse rejoindre mon médecin. J'ai eu vraiment de la difficulté même rendue ici... Mon iléostomie se défaissait tout le

temps parce que j'avais maigri. C'était la première fois que j'avais cette difficulté. C'était un stress. J'étais toujours énervée. Ça n'avait pas de bon sang. Ils venaient aux deux jours et parfois ça ne durait pas deux jours [en se référant aux intervenants du CLSC]. Il fallait que je téléphone pour qu'ils viennent même dans le milieu de la nuit. Et durant cette période, j'ai eu une autre opération pour une cataracte à l'œil. C'était tout en même temps. Ça faisait beaucoup... Je n'avais pas faim surtout avec les médicaments à prendre aux repas pour l'angine et l'arythmie. Avec tous ces problèmes, j'étais assez stressée. Je suis une personne très émotive. La moindre chose me stresse... Même aujourd'hui, je ne suis toujours pas capable de dormir. C'est un grave problème. Il faut que je prenne beaucoup de médicaments pour dormir. Quand je ne dors pas assez, je ne peux rien faire et je n'ai pas faim... Je vais avoir une autre opération à l'œil au début d'octobre. Je n'aime pas ça parce que j'aime lire. Mon autre œil, ça a bien été, mais j'ai eu beaucoup d'inflammation. Je devais mettre des gouttes toutes les heures. Je devais y penser tout le temps. Et mon iléostomie qui se défaisait. C'était beaucoup de choses en même temps. C'était trop... Et moi qui aimait tant marcher. Je ne suis plus capable de marcher. J'ai vraiment de la misère à marcher. Avant, je prenais de très grandes marches. Je me rendais au CLSC aller et retour en marchant. Ça me manque beaucoup. Je ne peux plus faire ça avec ma marchette. Et toute seule, je ne prends pas de chance. Avec quelqu'un, je sors parfois, mais les trottoirs sont vraiment croches. Je suis tombée dans la maison alors c'est vraiment trop risqué dehors (Gisèle).

Ça fait deux ans que je suis très malade. Je vais vous raconter. D'abord, j'ai eu un cancer il y a dix ans. J'ai eu de la radiothérapie. Ils ne m'ont pas manqué [en se référant aux intervenants du milieu hospitalier]. Ils m'ont bousillé pas à peu près. J'ai saigné du sang dans mes urines pendant huit ans avant qu'ils m'aident. Au mois de janvier de l'an passé, j'ai voulu aller au toilette, mais j'étais bloqué, bloqué, bloqué. J'ai forcé. Je suis habitué. J'ai sorti un gros caillot. C'était de même à chaque fois que j'allais au toilette. Il fallait que je travaille fort pour sortir un caillot avant d'uriner. Ce n'était pas drôle. Mais le 10 janvier de l'an passé, quand j'ai vu le gros caillot, je me suis dit, Seigneur, je suis malade pas à peu près. J'ai vu que c'était bien plus grave, que je perdais beaucoup plus de sang et que je ne pourrais pas m'en sortir tant que je saignerais de même. Ça leur a pris encore une éternité avant de m'aider et le problème n'est pas entièrement résolu car, il y a deux jours, j'ai encore saigné. Mais c'est moins grave... Ça va mieux, mais ce n'est pas surprenant que j'ai perdu du poids et que j'ai perdu des forces. J'ai saigné pendant huit ans. Je n'aurais pas perdu l'appétit si je n'avais pas saigné de même. J'ai toujours été en forme... Ça fait deux ans que j'ai de la misère à manger et maintenant c'est pire, c'est pire. Je suis à l'hôpital toutes les cinq minutes. Depuis un an, je suis allé à l'hôpital au moins cinq fois. J'ai attrapé le virus clostridium difficile trois fois. C'est pourquoi je suis toujours faible. Avant, je jouais au golf sept jours par semaine. Je mangeais plus ou moins bien, mais je mangeais. Je mangeais et j'aimais ce que je mangeais. Je pesais 120 livres... Il y a autre chose que j'ai oublié aussi. En février dernier, j'ai levé un paquet beaucoup trop lourd et je me suis fait énormément mal dans le dos en montant l'escalier. Je pense que c'est depuis ce temps que j'ai dépéri comme ça ne se peut pas. Ça a

baissé plus. J'avais mal. Je suis allé voir un chiropraticien plusieurs fois. J'ai encore mal dans le dos, mais ce n'est plus le même mal. De toute manière, ma colonne est finie. J'ai beaucoup d'arthrose et j'ai même des petits os brisés. C'est à partir de ce moment que j'ai décliné encore plus. Ça n'a pas été long après que je n'avais plus du tout le goût de manger. Il n'y avait plus rien de bon. Ça fait environ six mois que mon état général s'est vraiment gâté... Aujourd'hui, ce n'est plus le même mal de dos. On dirait que c'est une grande fatigue... J'aimerais tellement reprendre le golf, mais je n'ai pas la force. J'ai perdu beaucoup de force et mon équilibre n'est pas très bon. Je dois marcher avec une canne. Quand je sors, je dois prendre une canne. Si je mangeais comme avant, je redeviendrais peut-être en forme (Gaétan).

4.3.2 Composantes psychologiques sous-jacentes entretenant la conduite anorexique

Les résultats de recherche abordés dans cette section concernent précisément la difficulté d'intégration des pertes définitives, la difficulté de préservation de l'identité et la difficulté de maintien d'un état affectif sain en tant que composantes psychologiques sous-jacentes entretenant la conduite anorexique. L'ensemble des sujets considère l'une et l'autre de ces conditions comme des effets engendrés par les pertes définitives. Les sujets ne relient pas formellement ces conditions à leur conduite anorexique. Toutefois, ils reconnaissent au préalable l'influence marquée des pertes définitives dans le déclenchement de leur conduite anorexique. Il s'avère par conséquent tout à fait juste de considérer les effets engendrés par les pertes définitives comme des composantes psychologiques sous-jacentes entretenant la conduite anorexique.

4.3.2.1 Difficulté d'intégration des pertes définitives

Plusieurs sujets expriment leur difficulté d'intégration des pertes définitives. Toutefois, très peu d'entre eux se concentrent sur les pertes définitives préalablement ciblées comme les éléments déclencheurs de leur conduite anorexique. La plupart d'entre eux s'étendent sur différentes pertes définitives survenues au cours de leur vie démontrant tout de même leur difficulté d'intégration globale.

Lorsque ma petite fille est morte, je me forçais dans la tête. Qu'est-ce que j'ai fait? Je croyais que c'était moi qui étais en cause lorsqu'elle est morte. Elle avait quatre mois... Ça a duré longtemps. Ça a duré plus de quatre ans. Les médecins de l'hôpital ne m'ont pas dit qu'elle était malade et qu'elle allait mourir. Ils ont bien mal fait. Elle avait des absences de glandes dans les intestins et ils ne me l'ont pas dit. Ils m'ont dit, il faut lui donner de l'huile d'olive, c'est tout. L'huile d'olive n'a pas suffi. Quand je suis allée voir un autre médecin, il m'a dit, il y a des médecins qui sont sans compétence car un enfant qui n'a pas de glandes dans les intestins ne peut pas vivre plus de trois jours ou quatre jours. Elle avait quatre mois. Tant que je n'en ai pas parlé, ça n'a pas fonctionné mon affaire... C'était fini après. Ça a pris quatre ans. Pendant ce temps, j'étais maigre sec. J'étais très maigre. Je ne mangeais pas non plus. C'était très, très, très, difficile... Ça a duré quatre ans parce que je ne savais pas l'histoire. Je m'étais mis dans la tête que je ne lui avais peut-être pas suffisamment donné à manger. Avez-vous déjà vu ça se faire mourir à penser une affaire de même? Mon mari me chicanait. Il me disait, voyons donc, elle était malade. D'après mon médecin, elle n'aurait pas dû vivre plus de trois jours ou quatre jours. J'aurais eu de la peine, mais pas comme ça

m'est arrivé... J'y pense toujours aujourd'hui. Je suis sensible. Elle est morte. Ça fait longtemps. Mais tous les jours, je la vois... Je pense surtout à ceux qui sont morts. Ça en fait trois. Je pense aux miens. Ça fait quatre ans que mon garçon est décédé. Ça fait quatorze ans que mon conjoint est décédé. Quand c'est arrivé, c'est évident que je n'avais pas le goût de manger. Je n'étais pas capable. Ça ne rentrait pas non plus. Je n'arrivais pas à manger, pas du tout. Je pense souvent à eux aujourd'hui (Yvonne).

J'avais deux sœurs jumelles. Elles sont mortes toutes les deux. Il y en a une qui s'est fait frapper par une automobile lorsque j'avais 14 ans. Elle avait 21 ans. J'ai perdu l'autre à 17 ans. Je me voyais pris avec la tâche à la maison. Nous étions des cultivateurs. Il fallait que je fasse le ménage, que je travaille dehors et que je traie les vaches. Je me voyais avec un gros fardeau sur la tête. J'ai mal pris ça évidemment. Je suis toujours restée avec la mort de mes deux sœurs... J'avais 58 ans lorsque maman est morte. Maman est morte à 87 ans. C'était difficile parce que je n'étais pas chez moi. J'étais en vacances. Je travaillais. Mon mari était invalide. Il ne travaillait pas. C'est moi qui travaillais. Le mari de ma fille était en dépression. Ma fille et moi avions décidé de partir en vacances. Mon garçon et sa femme avaient accepté de rester avec maman. Nous étions parties en Floride une semaine retrouver ma belle-sœur. Pendant que j'étais en Floride, maman est morte. Nous étions parties un lundi et nous devions revenir le lundi suivant. Maman est partie à l'hôpital le mercredi et elle est morte le samedi. J'en ai eu des remords. J'en ai quasiment fait une maladie. Je regrettais tellement d'être partie... Maman a été enterrée le mercredi, et le mercredi suivant, mon gendre s'est

suicidé. Il était en dépression. Il s'est tiré un coup. Nous n'en avons jamais parlé et je n'en parle pas non plus... Mon mari est mort d'un cancer des cordes vocales il y a 20 ans. Il ne parlait plus. En plus, il a été six mois au lit avec du rhumatisme. J'en ai eu des affaires. J'ai eu beaucoup de maladies et de décès. Ma belle-mère est morte dans mes bras. J'en ai eu des affaires. Ce n'était pas des bonnes affaires. Je n'ai pas eu une vie heureuse. Aujourd'hui, je m'ennuie beaucoup. C'est ma maman qui me manque tellement. Nous sommes toujours restées ensemble... Maman habitait juste à côté. Quand papa est parti, j'ai fait percé le mur pour aller directement chez elle parce qu'elle était malade. Quand elle avait mal au dos, elle cognait avec sa canne qu'elle plaçait près de son lit. Je traversais et j'allais la froter. J'ai perdu un gros morceau. Si je n'avais pas eu maman, je ne sais pas ce que j'aurais fait. Tous les soirs, je lis un livre de prières et il y a une photo qui ressemble tellement à maman. Ce n'est pas possible... C'est certain que le moment le plus heureux de ma vie, c'est celui avec mes trois enfants et maman près de moi (France).

Mon père est mort d'une inflammation des poumons, une pleurésie, lorsque j'avais quatre mois. Autrefois, ce n'était pas comme aujourd'hui. Aujourd'hui, il aurait été sauvé surtout qu'il n'avait que 34 ans. Ma mère a eu tellement de peine. Elle m'en a tant parlé. Elle m'en parlait tous les jours surtout quand elle a commencé à vieillir. Elle me disait, j'ai assez hâte d'aller le retrouver, si je peux donc partir. Elle se décourageait. Un papa, ça m'a beaucoup manqué. Ça nous a tellement manqué à mon frère et à moi. Il nous manquait quelque chose. C'est pour ça que, lorsque je me suis marié à 21 ans, j'ai dit à mon beau-père, je vais

maintenant avoir un papa. Il était vraiment heureux car il m'aimait beaucoup. Ensuite, les enfants sont arrivés. J'ai eu une petite fille, j'ai eu un petit garçon et j'ai eu une autre petite fille, deux filles et un garçon. Puis plus tard, mon premier mari est décédé. Ça fait maintenant 28 ans. Il est mort d'un cancer du cerveau. Il a beaucoup souffert. J'en ai pris soin comme un bébé. Comme ma mère, il ne reconnaissait plus personne. Il avait de la misère à parler. Il fallait que je le fasse manger... J'ai eu de la misère à accepter la mort de ma mère et j'ai eu de la misère à accepter la mort de mon premier mari. Je ne voulais pas. Je ne voulais pas du tout... Je ne voulais pas. Je ne voulais pas. Je me disais, ce n'est pas vrai, pas lui, ça ne se peut pas. Je ne voulais pas que ça arrive. Je n'étais pas capable d'accepter. Pourtant, son médecin m'avait averti à l'avance. Ça a été bien difficile... Je ne voulais pas rester toute seule. J'aurais pu accepter le décès d'autres personnes, mais pas celui de ma mère ni celui de mon premier mari. Ça ne se pouvait pas. On dit toujours que ça n'arrive qu'aux autres, mais ça peut nous arriver. Je n'acceptais pas. Il a bien fallu que j'accepte. Il a bien fallu que je me raisonne un peu. J'avais trois enfants... Quand j'ai perdu ma mère, ça a été tout un morceau. Ça m'a beaucoup affecté. J'avais fait un AVC. J'ai fait mon AVC en 1996 et elle morte en 1997. Elle était placée. J'allais la voir en fauteuil roulant. Elle ne s'en apercevait même pas. Elle faisait de l'alzheimer. J'ai gardé ma mère longtemps. Je l'ai gardé 35 ans. Je ne peux pas oublier ça du jour au lendemain... Elle faisait de l'alzheimer. Elle ne me reconnaissait pas. J'allais la voir à l'heure du dîner, et quand j'allais au centre de jour, j'allais la voir à trois heures parce que le centre de jour finissait à trois heures. Mon mari venait me chercher. Je lui disais, je veux aller voir ma mère. Elle ne me reconnaissait même pas. Ça faisait

mal. J'avais beau lui raconter des histoires du temps où elle vivait à la maison, elle me répondait, je ne te connais pas. C'était difficile à avaler de me faire dire ça par ma mère. Quand ma mère vivait à la maison, elle était ma grande sœur et j'étais sa petite sœur. Elle disait aux étrangers, ce n'est pas ma fille, c'est ma petite sœur. Je disais la même chose, c'est ma grande sœur. Elle était toute petite. Il paraît que je lui ressemble beaucoup... Je suis brailarde. Je le sais car ma mère était pareille. Elle avait le cœur sensible. Les membres de ma famille me disaient, tu es pareille, pareille, pareille comme ta mère. Je leur répondais, c'est tant mieux, vous ne me faites pas de peine, vous me faites plaisir. Avant de mourir, ma mère était toute petite. Elle ne pesait même pas 100 livres. Elle ne mangeait pas. Elle ne mangeait plus. Quand elle était à l'hôpital pour une fracture des côtes, j'allais la voir tous les jours. Elle est restée longtemps à l'hôpital. J'arrivais juste pour le dîner. C'est moi qui la faisait manger. Je lui disais, le cabaret s'en vient. Elle me disait, je n'ai pas faim. Je lui disais, tu vas manger. Je la faisais manger. J'ai fait ça tout le temps qu'elle était à l'hôpital. Tous les jours avant de faire mon AVC, j'étais à l'hôpital. L'infirmière me disait, elle ne veut pas manger, il n'y a pas moyen de la faire manger. Je lui disais, je vais la faire manger. Je la faisais manger comme un petit bébé... Et mon frère et moi, nous étions très près tous les deux. Nous étions toujours ensemble. Il m'appelait et je l'appelais. Il venait chez moi et j'allais chez lui. Nous étions très près tous les deux. Quand il est décédé, lui aussi, ça m'a fait mal. Je me disais, je viens de perdre mon petit frère... Parfois, je dis à mon amie de femme en lui racontant toutes les étapes que j'ai passées, je demande au grand patron en haut de changer de famille et de personne car ce n'est pas toujours à la même de payer. Mon frère, ça m'a fait aussi mal que ma mère. Mon

deuxième mari en plus... Ça a été difficile quand mon deuxième mari est décédé. Même encore aujourd'hui, il me manque beaucoup. Nous avons un chalet dans le nord, et toutes les fins de semaines, nous y allions. Même après mon AVC, il m'emmenait. Quand je vois venir le vendredi, j'y pense souvent... Je pense encore à mon deuxième mari aujourd'hui. Même que j'appelle mon gendre Jean-Paul. Il me dit, non, Daniel. Je lui dis, excuse-moi, je me trompe tout le temps... Quand je me couche le soir, je pense à tout ça. Je repasse tout ça. On dirait en vieillissant qu'on repasse notre vie. On part de notre jeunesse jusqu'à aujourd'hui. Parfois, il y a des journées, surtout des journées de pluie où c'est maussade dehors, l'ennui me prend. Ah! Mon Dieu! Si je peux donc crever (Régine).

Mon mari est décédé il y a neuf ans le 31 janvier et j'ai encore de la misère à m'en remettre. Il a été très malade pendant un certain temps alors j'en ai pris soin. Quand il est décédé, j'avais également maigri. Depuis ce temps, je ne suis plus capable de pleurer. J'étais au salon funéraire et j'avais l'air d'un vrai robot. Avant, si quelqu'un me disait quelque chose, j'avais les larmes aux yeux. C'est comme si j'avais été opérée pour le cœur en même temps que d'autres choses. Je ne suis pas bien parce que je ne suis pas capable d'exprimer mes émotions, mais je les ressens. Je suis pourtant très sensible. Comme je vous disais, je m'en fais pour mon frère, mais je ne pleure pas. Lorsque je regarde la télévision, je me dis, ce n'est pas drôle, mais je ne suis pas capable de pleurer. Avant, je pleurais au cinéma... Un peu avant le décès de mon mari, ma fille est venue nous dire, parce qu'elle voyait un psychologue, qu'elle était fâchée contre nous. Pourtant, nous étions très unis tous les trois. Je ne pense pas que c'était un vrai psychologue. Ça

ne se peut pas car il lui a dit de couper avec la famille au complet. Elle a coupé avec la famille au complet. Quand mon mari est décédé, elle n'est même pas venue le voir et elle a dit qu'elle ne voulait pas me voir non plus... Je suis certaine que c'est pour ça que mon mari a eu son cancer et qu'il est mort. Après, ma fille a eu une petite fille. Mon mari est décédé le neuf janvier et elle a eu une petite fille le 16 janvier. Je ne le savais même pas. C'est la mère d'une de ses amies qui m'a appelée pour m'aviser. Elle ne voulait pas me voir. J'ai essayé par ses amies de la revoir. Elle m'a téléphoné une fois et elle m'a dit, je ne parle plus à mon amie parce qu'elle t'a donnée mon numéro de téléphone. Elle m'a dit, laisse mes amies tranquille car je ne veux pas te voir. Tout ça a adonné en même temps. Je trouvais épouvantable qu'elle ne vienne pas voir son père qui était en phase terminale... Ma fille, c'est arrivé environ deux ans avant le décès de mon mari. J'ai essayé une autre fois et c'était encore pareil. Elle m'a alors dit, même à 50 ans, je ne voudrais pas plus te voir. Elle ne voit plus personne de la famille... Je n'ai jamais compris. Il y a des personnes qui ont des vies épouvantables et qui pardonnent. Je ne comprends pas... Lorsque mon mari était malade et que j'en prenais soin, je ne voulais pas croire qu'il allait mourir. Je voulais croire qu'il allait passer au travers... Même quand il savait qu'il allait mourir et que je disais oui, en dedans de moi, je disais non. C'était épouvantable. Lui aussi, il s'en faisait du fait que sa fille ne vienne pas le voir et du fait que j'allais devoir rester toute seule. Mais c'était le fait qu'elle ne vienne pas pour lui. Je me disais, elle va le laisser mourir sans venir le voir. C'était quelque chose (Gisèle).

4.3.2.2 Difficulté de préservation de l'identité

Certains sujets présentent une difficulté de préservation de l'identité. Les pertes définitives sont manifestement à l'origine de la rupture identitaire. Pour ce premier sujet, les pertes définitives préalablement ciblées comme les éléments déclencheurs de sa conduite anorexique sont à l'origine de sa rupture identitaire.

Si j'étais plus actif, je n'aurais pas besoin des autres. Si je n'étais pas faible comme je le suis, je pourrais très bien m'arranger tout seul. Je suis un solitaire de toute façon. Je vis tout seul ici depuis 20 ans. Ça fait juste deux ans que je trouve le temps long et que je trouve que c'est plate d'être tout seul. Je n'ai jamais trouvé ça plate avant d'être tout seul. Jamais. C'est que je faisais toutes sortes de choses... Je jouais au golf. Avant, j'avais un groupe d'amis au golf. Quel plaisir nous avons eu ensemble! Mes amis, je les voyais tous les jours parce que je jouais au golf tous les jours. Au cours des deux dernières années, je n'ai pas pu jouer avec eux parce que je ne suis pas capable de jouer un 18 trous... Le golf, c'était ma vie. Quand j'ai connu le golf, j'ai commencé à négliger mon travail comme ça ne se peut pas. Absolument. Le golf, c'était le paradis. Je commence à réaliser que je dois oublier le golf. Il y a un vide. Il y a un grand vide. Des gens m'ont recommandé un club de l'âge d'or. Je voudrais bien y aller, mais je ne peux pas partir pendant quatre heures. Je ne suis pas assez sûr de moi. Ce ne serait pas pour aller jouer au golf, ce serait pour aller jouer aux cartes ou faire d'autres activités. Je le ferais sans doute si j'avais plus de force, mais actuellement je ne peux pas partir pendant quatre heures... J'ai un ordinateur et je ne peux même pas m'y asseoir plus de 10 minutes car j'ai mal au dos (Gaétan).

Pour ce second sujet, les différentes pertes définitives encourues au cours de sa vie sont à l'origine de sa rupture identitaire. Ces pertes définitives ne sont pas celles préalablement ciblées comme les éléments déclencheurs de sa conduite anorexique. Toutefois, le sujet reconnaît ultérieurement l'interrelation entre les différentes pertes définitives encourues au cours de sa vie incluant celles préalablement ciblées comme les éléments déclencheurs de sa conduite anorexique.

Depuis le décès de mon mari il y a neuf ans, je ne suis plus capable de pleurer. Il faudrait que ça sorte parce qu'en ne pleurant pas, je ne ris pas beaucoup non plus. Avant le décès de mon mari, les membres de ma famille, mon mari et moi chantions ensemble tout le temps. Je ne chante plus jamais... Aujourd'hui, il n'y a plus de chant. Il n'y a plus de rire non plus. Autrefois, nous formions une famille et nous aimions chanter. Mon frère jouait du violon et je chantais. J'aimais être la vedette. J'étais contente. Mon frère aimait jouer du violon pour me faire chanter... Nous nous connaissions tous. Aujourd'hui, il y a plusieurs membres de ma famille qui sont décédés. Nous étions neuf frères et sœurs et nous ne sommes plus que cinq. Et nous ne nous voyons pas souvent (Gisèle).

4.3.2.3 Difficulté de maintien d'un état affectif sain

Plusieurs sujets présentent une difficulté de maintien d'un état affectif sain. Les pertes définitives sont manifestement à l'origine de l'atteinte affective. Pour l'ensemble de ces sujets, les pertes définitives préalablement ciblées comme les éléments déclencheurs de leur conduite anorexique sont à l'origine de leur atteinte affective. La présence des proches demeurent toutefois très bénéfiques. D'ailleurs, certains sujets

espèrent toujours une amélioration de leur état affectif même si les solutions s'avèrent plutôt difficiles à trouver.

Depuis que j'ai quitté l'hôpital, je me sens plus dépressive qu'à l'habitude. Je n'ai jamais le goût de me lever ou j'ai juste le goût de me recoucher. Je ne me sens pas vraiment bien, mais que voulez-vous que je fasse? Je ne suis pas le genre à me suicider surtout pas après tous les efforts que je fais pour être mieux... Le pire temps, c'est la fin de semaine. Il n'y a pas de programme de télévision. Il n'y a pas de vie... Au moins, j'ai une grande amie qui vient me voir toutes les deux semaines. Elle vit à Repentigny. Elle arrive vers neuf heures et demie, nous dînons ensemble et elle s'en va vers trois heures et demie ou quatre heures (Gisèle).

Je me sens très malheureux, très malheureux. Je ne peux rien faire. Je ne peux rien faire. Aussitôt que je suis debout, j'ai mal et il faut que j'aille me coucher. Je n'ai pas beaucoup de relation ces temps-ci. Je n'ai pas beaucoup de relation ces temps-ci parce que je ne peux rien faire. Quand on n'a rien et qu'on est moins utile, les gens sont moins pressés... C'est d'être malade qui me rend triste [en pleurant]. Ça m'agace parce que je ne peux rien faire. Ça m'agace parce que je vois bien que je vais en mourir si je ne mange pas. Il me semble que je ne suis pas encore assez malade pour mourir... Je n'ai aucune qualité de vie [en pleurant]. J'ai toujours espoir que je vais redevenir comme avant [en pleurant]. Je veux moins mourir [en pleurant]. Je pense que je voudrais vivre [en pleurant]. Je pense que je vais m'en sortir [en pleurant]. Mais je ne sais pas avec quel aide. Je suis même allé voir un

charlatan. Il m'a parlé. Il m'a chargé 100 dollars pour me parler. Il avait l'air d'y croire. J'y croyais moi aussi. Arrangé comme je suis, je crois à tout. Ça ne m'a pas fait grand chose. J'y suis même allé deux fois. C'est juste pour vous dire que j'essaie tout... Au moins, ma relation avec mes enfants est très bonne. Je les vois souvent. Je suis bien chanceux d'avoir mes enfants. Il n'y a rien qu'ils ne feraient pas pour moi (Gaétan).

Par contre, certains sujets semblent plutôt résignés à s'accommoder de la détérioration de leur état affectif.

Ma fille irait me chercher la lune. Je suis contente de ça, mais elle voudrait que je sorte et que j'aie à quelque part. Je ne me sens pas la force et elle ne comprend pas. Elle me dit, tu dois bien t'ennuyer dans le fond de ta cave... Aujourd'hui, j'aime mieux ne voir personne. Ma fille me dit souvent, maman, tes amis ne viennent plus te voir, que font-ils? Je lui dis, ils doivent bien s'apercevoir que je ne veux plus les voir. J'aime mieux être tranquille... Je me trouve bien seule sur le moment. Ma fille n'aime pas cela. Je lui dis, même si je vivais en chambre dans un centre, si j'avais à faire une autre crise, je la ferais pareil et je mourrais pareil... Je n'ai plus le goût de rencontrer des gens. Lorsque quelqu'un vient passer l'après-midi, pas souvent, je me dis, mon dieu, s'il peut donc s'en aller. Je suis fatiguée, fatiguée, fatiguée. C'est la fatigue d'être avec des gens. Je suis fatiguée pour aller me coucher. Je m'étends sur le divan, je regarde la télévision, et je suis bien. Mardi dernier, il y avait une sortie avec l'âge d'or. Je fais partie du groupe de l'âge d'or. Il y avait une épluchette de blé d'inde. Deux fois par année,

il y a soit un pique nique soit une épluchette de blé d'inde. Cette année, je suis allée au pique nique et ça a bien été. Ma belle-sœur voulait que j'aille à l'épluchette de blé d'inde. Je lui ai dit, aujourd'hui, ça ne me dit rien, je vais te le dire le matin même. Le matin même, je lui ai téléphoné et je lui ai dit, je vais y aller. Elle était bien contente. Elle a bien pris soin de moi. Elle m'a apporté une chaise pour m'asseoir et ainsi de suite. Mais j'ai eu une indigestion. Ça sortait par les deux bouts. Elle se tenait dans le cadre de la porte de la salle de bain pour savoir si j'allais mieux et si j'avais besoin de quelque chose. Je lui ai dit, ça ne me tentait pas, je n'aurai pas dû y aller, je me sentais trop fatiguée. Maintenant, c'est certain que je vais sortir encore bien moins. Hier, ma fille m'a dit, maman, nous devrions aller en train à Saint-Tite, viens donc, toi qui aime tant les chevaux. C'est vrai que j'aime les chevaux. Mais je lui ai dit, tu sais bien que je ne suis plus capable et si je tombais malade, vous n'aurez même pas d'auto. Je lui ai dit, non, je n'y vais pas. Elle aurait aimé que j'y aille. Avant, j'y serais allée. Je ne sais pas pourquoi je suis si fatiguée. Je ne travaille pas. Ma fille vient faire ma vaisselle et une femme m'apporte mes repas et vient faire mon ménage deux fois par semaine. Mais même la femme de ménage me fatigue. Ma fille m'a dit hier, maman, pourquoi n'as-tu pas demandé à la femme de ménage de nettoyer le réfrigérateur puisqu'il lui restait du temps? Je lui ai dit, non, j'ai trop hâte qu'elle parte... J'ai fait un AVC il y a trois ans. Je suis restée avec cette faiblesse. Je suis tout le temps fatiguée, fatiguée, fatiguée... Autrefois, je travaillais comme trois hommes. J'ai même bâti la maison toute seule avec un homme. Mes jambes ne veulent plus marcher. J'ai mal aux jambes. On dirait qu'il y a un bout qui manque. C'est pareil dans mes bras. Ça ne veut plus fonctionner. C'est la vie... Avant, l'ouvrage ne me

fatiguait pas et j'étais heureuse avec mon mari et ma fille. Nous faisons beaucoup de sorties. Je ne pouvais pas demander mieux (Suzane).

Depuis le décès de ma femme, je ne suis ni heureux, ni joyeux, ni enthousiaste. J'ai trop obtenu de la vie. Je n'ai plus rien à attendre. J'ai eu une vie heureuse même s'il y avait parfois des épines comme dans toute chose. Aujourd'hui, je suis dans l'intermédiaire. En plus, j'ai tellement mal aux jambes. J'ai beaucoup de misère à marcher. J'ai des bas élastiques à mettre tous les matins. Ça m'aide, mais je ne peux pas dire que ça me donne un train de vie bien heureux. Si j'étais en pleine forme, la vie en vaudrait peut-être la peine. Je finis par me dire, j'ai 86 ans, je ne retournerai pas à 18 ans. Ça doit être le partage de chacun en vieillissant. Par contre, je peux compter sur mon garçon. Je me sens protégé par mon garçon et parfois je me sens heureux d'être avec mon garçon (Jérôme).

4.3.3 Composantes psychologiques sous-jacentes donnant un sens à la conduite anorexique

Les résultats de recherche abordés dans cette section concernent précisément la tentative de contrôle, la voie détournée d'expression affective et le prélude à la mort en tant que composantes psychologiques sous-jacentes donnant un sens à la conduite anorexique.

4.3.3.1 Tentative de contrôle

La grande majorité des sujets démontre des attitudes de contrôle face à l'alimentation. Les descriptions expérientielles des sujets permettant de parvenir à cette conclusion ont déjà été présentées dans le cadre descriptif du concept de l'anorexie

associée au vieillissement. Ces attitudes de contrôle face à l'alimentation font effectivement partie intégrante de la conduite anorexique. Elles surviennent au moment où la conduite anorexique est déclenchée par les pertes définitives. La conduite anorexique devient alors une tentative de contrôle pour faire face aux événements incontournables.

4.3.3.2 Voie détournée d'expression affective

Un sujet constate sa difficulté d'expression affective déclenchée par les pertes définitives. Il explique comment son corps choisit de s'exprimer à travers diverses pathologies physiques. La conduite anorexique associée à ces diverses pathologies physiques devient alors une voie détournée d'expression devant l'impasse affective.

Depuis le décès de mon mari, mes émotions sont gelées. Je me dis, je suis peut-être tombée au mois d'octobre parce que mon mari avait sa fête le neuf octobre et parce que ma fille qui refuse de me voir a sa fête le 11 octobre. Je suis tombée et j'ai fracturé ma hanche le 11 octobre. Je crois que mes émotions ont beaucoup à voir... L'émotivité, c'est bien fort. Je pense que, en ne vivant pas mes émotions, j'ai toujours un bobo qui sort quelque part. Parfois, les médecins ne savent même pas ce que c'est. Même qu'avant le décès de mon mari, je ne faisais pas de haute pression et je n'avais pas le cœur malade (Gisèle).

4.3.3.3 Prélude à la mort

La grande majorité des sujets envisage et même souhaite la mort. D'ailleurs, plusieurs sujets considèrent la mort comme l'unique solution permettant de les soulager du sentiment d'affliction ressenti depuis la survenue des pertes définitives. Encore plus,

ils considèrent la mort comme l'unique solution permettant de les soulager de la perte de sens installée depuis la survenue des pertes définitives. La conduite anorexique déclenchée par les pertes définitives devient alors, devant la perte de sens, un prélude à la mort.

Certains sujets associent directement leur sentiment face à la mort aux pertes définitives préalablement ciblées comme les éléments déclencheurs de leur conduite anorexique.

Je dis souvent à ma fille, si je peux donc crever. Elle me dit, arrêtez donc de dire ça. Je dis ça quand j'ai des moments de découragement et que je pense à ceux que j'ai perdus. Je serais bien mieux morte. Il n'y a rien de drôle dans ma vie aujourd'hui. C'est vrai... Je dis souvent à ma fille, je suis prête et j'attends que le patron soit prêt. Je n'ai pas peur de la mort. Ma misère va enfin être finie. Arrangée de même, je suis prête. Je dis souvent à ma fille ou à mon amie de femme, qu'est-ce que je peux faire arrangée de même? Je suis assise, je regarde la télévision et je pense à ceux que j'ai perdus. Je ne fais pas grand-chose... J'aimerais mourir comme ma mère le demandait. Elle a toujours demandé de mourir dans son sommeil et elle l'a obtenu (Régine).

Ma mort, depuis que je suis malade, il n'y a pas deux minutes chaque jour que je n'y pense pas. J'y pense très souvent (Gaétan).

Après le décès de ma femme, je me suis graduellement détaché de la terre...

Aujourd'hui, je me dis que j'achève. J'en ai plus de fait que devant moi. Je pense

que je vais être soulagé. J'ai dit à ma petite-fille de ne pas pleurer lorsque je vais mourir parce que je vais être bien heureux. Je suis tanné de souffrir (Jérôme).

Certains sujets n'associent pas forcément leur sentiment face à la mort aux pertes définitives préalablement ciblées comme les éléments déclencheurs de leur conduite anorexique, mais démontrent tout de même un intérêt très similaire face à la mort.

Maman m'a dit avant de mourir, tu ne vivras jamais aussi vieille que moi parce que tu as trop de maladies. Maman est morte à 87 ans. Il ne me reste pas grand temps à vivre... J'ai 85 ans. J'ai dans l'idée, même si je ne le dis pas à ma fille, que je vais mourir cette année. J'ai regardé mon testament pour voir s'il est bien fait parce que ça fait déjà plusieurs années qu'il a été fait. Je pense à mes papiers... Je pense à ma mort. J'en ai parlé une fois à ma fille. Je lui ai dit, c'est peut-être ma dernière année. Elle m'a dit, maman, arrêtez ça, vous allez vivre jusqu'à 100 ans. Je ne veux pas vivre (France).

Ça ne me dérange pas de mourir. J'ai l'âge pour mourir. Pourvu que je ne souffre pas et que je ne traîne pas dans un hôpital. C'est uniquement ça mon inquiétude. Ma robe n'est pas sortie, mais je suis prête (Suzane).

Je n'ai pas peur. Non. Je n'ai pas peur. Je me dis que je vais mourir tranquillement dans mon lit. Je suis prête (Gisèle).

CHAPITRE 5 DISCUSSION DE RECHERCHE

5.1 Portrait intégral du concept de l'anorexie associée au vieillissement

L'analyse complète des résultats de recherche concernant les caractéristiques spécifiques qui composent l'anorexie associée au vieillissement ainsi que les caractéristiques distinctives qui s'apparentent à l'anorexie mentale permet d'élaborer le portrait intégral du concept de l'anorexie associée au vieillissement.

L'élaboration du portrait intégral du concept de l'anorexie associée au vieillissement tient compte, dans un premier temps, de la présence de symptômes cliniques communs permettant de statuer sur l'aspect diagnostique de la pathologie, et dans un deuxième temps, de la présence de symptômes cliniques distinctifs permettant de graduer l'aspect évolutif de la pathologie. Une gradation dans l'évolution des symptômes cliniques donne effectivement lieu à deux niveaux d'évaluation permettant de définir l'anorexie associée au vieillissement de niveau léger à modéré et l'anorexie associée au vieillissement de niveau sévère.

Le tableau 7 présente le portrait intégral du concept de l'anorexie associée au vieillissement tenant compte des symptômes cliniques communs permettant le diagnostic de la pathologie ainsi que des symptômes cliniques distinctifs permettant la catégorisation de la pathologie.

Tableau 7. Portrait intégral du concept de l'anorexie associée au vieillissement

Symptômes cliniques communs permettant le diagnostic de l'anorexie associée au vieillissement

Perte d'appétit

Apport alimentaire insuffisant ^aPerte pondérale ^b

Aucune attitude restrictive face à l'alimentation

Aucune distorsion de l'image corporelle

Symptômes cliniques distinctifs permettant la catégorisation de l'anorexie associée au vieillissement ^c

Anorexie légère à modérée**Anorexie sévère**

Présence de plaisir face à l'alimentation

Perte de plaisir face à l'alimentation

Présence de sensation de la faim

Perte de sensation de la faim

Présence d'intérêt face à l'alimentation

Perte d'intérêt face à l'alimentation

Présence d'attitudes de contrôle face à l'alimentation ^d

Absence d'attitudes de contrôle face à l'alimentation

IMC normal ou légèrement sous la limite inférieure

IMC carrément sous la limite inférieure

Note. ^a Apport alimentaire insuffisant par rapport aux ANR. ^b Perte pondérale

significative de plus de 5% du poids habituel au cours du dernier mois ou de plus de 10%

du poids habituel au cours des six derniers mois. ^c Symptômes cliniques communs de

perte d'appétit, d'apport alimentaire insuffisant et de perte pondérale à joindre aux

symptômes cliniques distinctifs, en fonction de leur niveau de sévérité, pour compléter la

catégorisation de l'anorexie associée au vieillissement. ^d Attitudes de contrôle face à

l'alimentation à l'image de celles décrites dans le questionnaire EAT servant à dépister les désordres nutritionnels notamment l'anorexie mentale.

5.1.1 Symptômes cliniques communs permettant le diagnostic de l'anorexie associée au vieillissement

Les sujets présentent des symptômes cliniques communs qui permettent de statuer sur l'aspect diagnostique de la pathologie. Les symptômes cliniques de perte d'appétit, d'apport alimentaire insuffisant et de perte pondérale ont déjà été retenus par nous comme critères d'inclusion des sujets pour la recherche doctorale, de même que par K. Chapman, et Nelson (1994) et Landi, Russo, et coll. (2010) comme critères diagnostiques de l'anorexie associée au vieillissement. Nous retenons ces mêmes critères diagnostiques. Toutefois, nous choisissons d'inclure deux critères diagnostiques additionnels définis par les symptômes cliniques se rapportant au fait de ne présenter aucune attitude restrictive face à l'alimentation ni aucune distorsion de l'image corporelle dans le seul but d'établir un diagnostic différentiel permettant d'éliminer l'anorexie mentale tardive. Cet ajout s'avère essentiel puisque nous reconnaissons d'autre part, tout comme Miller, et coll. (1991), la présence de symptômes cliniques s'apparentant à l'anorexie mentale soit ceux reliés aux attitudes de contrôle face à l'alimentation.

Ainsi, l'ensemble des sujets reconnaît être aux prises avec une problématique anorexique semblant très difficile à résoudre.

Ils se plaignent effectivement tous d'une perte d'appétit qui les empêche de s'alimenter en quantité suffisante. Seulement quelques sujets tentent étonnamment de minimiser l'impact de leur perte d'appétit sur leur apport alimentaire en insinuant qu'ils s'alimentent en quantité suffisante. Ce faisant, ils se livrent sans aucun doute à une

tentative de contrôle face à l'alimentation qui paradoxalement contribue à confirmer leur problématique anorexique.

L'ensemble des sujets rapporte également subir une perte pondérale non intentionnelle semblant très difficile à réprimer. Les sujets ayant présenté un surplus de poids la majeure partie de leur vie et présentant actuellement un poids normal et même une légère insuffisance pondérale s'avèrent toutefois très satisfaits de leur perte pondérale. Certains d'entre eux, typiquement de sexe féminin, acceptent même de perdre encore un peu de poids. Cette affirmation peut à prime abord paraître incongrue chez des sujets qui parallèlement reconnaissent et espèrent résoudre les difficultés relatives à leur problématique anorexique. Elle prend pourtant tout son sens lorsque Crose (2002) et Hurd (2000) expliquent que la majorité des personnes âgées continue de porter attention à leur poids au cours du processus de vieillissement normal focalisant leur attention sur le maintien de leur état de santé, mais également sur le maintien de leur apparence physique. Dans le cadre d'une étude transversale effectuée en Écosse auprès de 50 femmes âgées ($M_{\text{âge}} = 67,3$ ans, tranche d'âge: 60-78 ans) et de 50 jeunes femmes ($M_{\text{âge}} = 20,9$ ans, tranche d'âge: 18-31 ans), Hetherington, & Burnett (1994) confirmaient d'ailleurs que les femmes âgées autant que les jeunes femmes souhaitaient perdre en moyenne cinq kilogrammes malgré qu'elles ne présentaient pas de surplus de poids et qu'elles présentaient un poids normal et même une légère insuffisance pondérale. Le fait que quelques sujets de sexe féminin ayant présenté un surplus de poids la majeure partie de leur vie acceptent de perdre encore un peu de poids malgré qu'ils présentent actuellement un poids normal et même une légère insuffisance pondérale ne semble donc pas spécifiquement relié à la problématique anorexique associée au vieillissement, mais plutôt globalement relié à un objectif social de minceur. Une quelconque association avec

les symptômes cliniques de l'anorexie mentale se rapportant au poids doit également être exclue puisque ces sujets ne refusent pas de maintenir leur poids à un niveau normal et n'affichent pas une peur intense de présenter un surplus de poids. Ils sont même prêts à envisager une prise pondérale si cela permet une amélioration de leur état de santé.

L'amélioration de leur apparence physique relative à leur perte pondérale se présente uniquement comme un gain secondaire qui ne prévaut pas sur l'importance d'améliorer leur état de santé. Quant aux sujets ayant présenté un poids normal la majeure partie de leur vie et présentant actuellement une insuffisance pondérale sévère, la plupart d'entre eux s'avèrent très insatisfaits de leur perte pondérale. Ils souhaitent d'ailleurs vivement et naturellement un gain pondéral reconnaissant qu'il est impératif d'améliorer leur état de santé. Évidemment, dans ce contexte, l'amélioration de leur apparence physique se présente plutôt comme un aspect secondaire. Il conserve tout de même une certaine importance chez ces sujets nettement en mesure de constater leur maigreur démesurée. La recherche de l'équilibre pondéral dans le but prédominant d'améliorer leur état de santé, mais également dans le but concomitant d'améliorer leur apparence physique, se présente donc comme une préoccupation majeure chez la majorité des sujets. Elle s'exprime toutefois différemment selon leur histoire pondérale.

Enfin, l'ensemble des sujets ne présente aucune attitude restrictive face à l'alimentation ni aucune distorsion de l'image corporelle pouvant s'apparenter à l'anorexie mentale.

De fait, les sujets avouent spontanément avoir perdu du poids sans effort, sans intention et même souvent sans s'en rendre compte. Aucun régime restrictif n'est formellement à l'origine de leur perte pondérale. Seules les difficultés relatives à leur problématique anorexique notamment la perte d'appétit, de plaisir et d'intérêt face à

l'alimentation ainsi que la perte de sensation de la faim permettent d'expliquer leur réduction d'apport alimentaire et leur perte pondérale.

De même, les sujets savent aisément reconnaître les différents gabarits adoptés par leur corps au fil du temps. Qu'il s'agisse de formes arrondies, de traits plus sveltes ou d'aspects carrément émaciés, ils sont nettement en mesure de percevoir l'image corporelle qu'ils projettent ou qu'ils ont projetée. Ainsi, les sujets ayant présenté un surplus de poids la majeure partie de leur vie et présentant actuellement un poids normal ou une légère insuffisance pondérale soulignent comment ils étaient autrefois insatisfaits de leur image corporelle et comment ils sont aujourd'hui satisfaits de leur image corporelle. Dans le cadre d'une étude transversale et corrélationnelle effectuée aux États-Unis auprès de 250 personnes âgées de plus de 50 ans, Lewis, et Cachelin (2001) confirmaient effectivement que les personnes âgées avec un poids normal étaient généralement plus satisfaites de leur image corporelle que les personnes âgées avec un surplus de poids. De même, les sujets ayant présenté un poids normal la majeure partie de leur vie et présentant actuellement une insuffisance pondérale sévère soulignent comment ils étaient autrefois satisfaits de leur image corporelle et comment ils sont aujourd'hui insatisfaits de leur image corporelle laquelle leur présente un corps émacié et décharné devant être traité uniquement sous l'angle des maladies, des chirurgies et des incapacités fonctionnelles. Effectivement, l'image corporelle, étroitement associée à l'apparence physique, dépend également grandement du niveau de santé (Glick, & Eastman, 1991; Janelli, 1993). Les changements physiques associés aux maladies, aux chirurgies ainsi qu'aux incapacités fonctionnelles provoquent une perturbation de l'image corporelle (Glick, & Eastman, 1991; Janelli, 1986) qui oblige le corps à s'associer à la souffrance, à l'incompétence (Gerike (tel que cité par Chrisler, & Ghiz, 1993)) ainsi qu'à la

vulnérabilité (Kérisit, 2000). Évidemment, cette perturbation de l'image corporelle exige qu'un processus d'ajustement, d'adaptation et de redéfinition de l'image corporelle soit entrepris (Chrisler, & Ghiz, 1993; Janelli, 1986; Kreuger (tel que cité par Gupta, & Schork, 1993); Shontz (tel que cité par Hennessy, 1989)), mais elle ne doit en aucun temps être associée à une distorsion de l'image corporelle (Plutchik, Bakur-Weiner, & Conte (tel que cité par Hennessy, 1989)).

Ainsi, des critères diagnostiques formels de l'anorexie associée au vieillissement doivent être établis par la communauté scientifique pour permettre une prise en charge efficiente de la pathologie dès l'instauration des premiers symptômes cliniques.

5.1.2 Symptômes cliniques distinctifs permettant la catégorisation de l'anorexie associée au vieillissement

Les sujets présentent des symptômes cliniques distinctifs qui permettent de graduer l'aspect évolutif de la pathologie et même d'en assurer la catégorisation. Les symptômes cliniques de perte de plaisir et d'intérêt face à l'alimentation, de perte de sensation de la faim de même que les symptômes cliniques se rapportant aux attitudes de contrôle face à l'alimentation ont déjà respectivement été retenus par Donini, et coll. (2003), B. Bartlett (1990), P. Thomas, et C. Hazif-Thomas (2004) ainsi que Miller, et coll. (1991) comme éléments descriptifs de l'anorexie associée au vieillissement. Nous retenons ces mêmes éléments descriptifs. Toutefois, nous choisissons de surcroît de les graduer en fonction de leur aspect évolutif pour nous permettre de définir l'anorexie associée au vieillissement de niveau léger à modéré et l'anorexie associée au vieillissement de niveau sévère. Évidemment, les symptômes cliniques communs de perte d'appétit, d'apport alimentaire insuffisant et de perte pondérale doivent se joindre aux symptômes cliniques distinctifs, en fonction de leur niveau de sévérité, pour compléter la

catégorisation de l'anorexie associée au vieillissement. C'est en calculant le plus grand nombre de symptômes cliniques présents dans l'un ou l'autre des niveaux d'évaluation que l'anorexie légère à modérée ou l'anorexie sévère se définit. Il s'agit d'une première tentative de catégorisation de la pathologie qui nous espérons continuera d'être bonifiée par la communauté scientifique.

Ainsi, l'ensemble des sujets présente une anorexie pouvant être qualifiée de légère à modérée ou de sévère. Certains sujets présentent une anorexie légère à modérée qui tend à progresser vers une anorexie sévère alors que d'autres sujets présentent une anorexie sévère qui s'est radicalement développée sans provenir d'une anorexie légère à modérée.

Les sujets qui présentent une anorexie légère à modérée conservent un certain plaisir face à l'alimentation et continuent de ressentir une légère sensation de la faim. Par conséquent, ils démontrent une légère perte d'appétit laquelle peut même à l'occasion temporairement s'estomper. De même, ils affichent un véritable intérêt face à l'alimentation porté principalement vers la recherche de solutions pour enrayer leur problématique anorexique et pour améliorer leur état de santé même si les différentes attitudes de contrôle face à l'alimentation développées en parallèle pour soutenir cet intérêt nuisent très certainement à l'atteinte de leur objectif. Enfin, ils accusent une légère réduction d'apport alimentaire ainsi qu'une légère perte pondérale lesquelles leur permettent de maintenir un poids suffisamment élevé pour être associé à un IMC normal ou à un IMC légèrement sous la limite inférieure.

Les sujets qui présentent une anorexie sévère ne ressentent plus aucun plaisir face à l'alimentation ni aucune sensation de la faim. Par conséquent, ils démontrent une sévère perte d'appétit laquelle semble devenir au fil du temps constante et invariable. De même,

ils n'affichent plus aucun intérêt face à l'alimentation ni aucun désir ou espoir de résoudre leur problématique anorexique et d'améliorer leur état de santé ayant même entièrement lâché prise ne démontrant plus aucune attitude de contrôle face à l'alimentation. Enfin, ils accusent une sévère réduction d'apport alimentaire ainsi qu'une sévère perte pondérale lesquelles les obligent à maintenir un poids nettement insuffisant associé à un IMC carrément sous la limite inférieure.

Certains sujets présentant une anorexie sévère continuent tout de même d'afficher un certain intérêt face à l'alimentation porté assurément vers la recherche de solutions pour enrayer leur problématique anorexique et pour améliorer leur état de santé. Cet intérêt face à l'alimentation semble persister longtemps avant de complètement disparaître créant ainsi une réelle ouverture pour les interventions cliniques. Dans le cadre d'une étude qualitative utilisant la théorie ancrée effectuée en Suède auprès de 15 personnes âgées vivant en institution et nécessitant des soins et des services de santé substantiels (12 femmes, 3 hommes, tranche d'âge: 79-95 ans), Wikby, et Fagerskiold (2004) soulignaient d'ailleurs que le désir des personnes âgées de maintenir leur état de santé était une motivation suffisante pour permettre l'amélioration de leur apport alimentaire même en présence d'une perte d'appétit. Toutefois, les personnes âgées qui démontrent en parallèle des attitudes de contrôle face à l'alimentation doivent rapidement être ciblées pour éviter que les interventions cliniques ne viennent stimuler ces attitudes néfastes qui cultivent de façon latente la problématique anorexique. Effectivement, même si les personnes âgées ne visent pas consciemment une réduction d'apport alimentaire et une perte pondérale à travers leurs attitudes de contrôle face à l'alimentation, elles se retrouvent néanmoins dans cette même position réductrice qui renforce leur problématique anorexique.

Ainsi, des éléments descriptifs précis de l'anorexie associée au vieillissement donnant lieu à une catégorisation de la pathologie selon son degré d'évolution doivent être établis par la communauté scientifique pour permettre des interventions cliniques plus ciblées tenant compte de l'ensemble des symptômes cliniques.

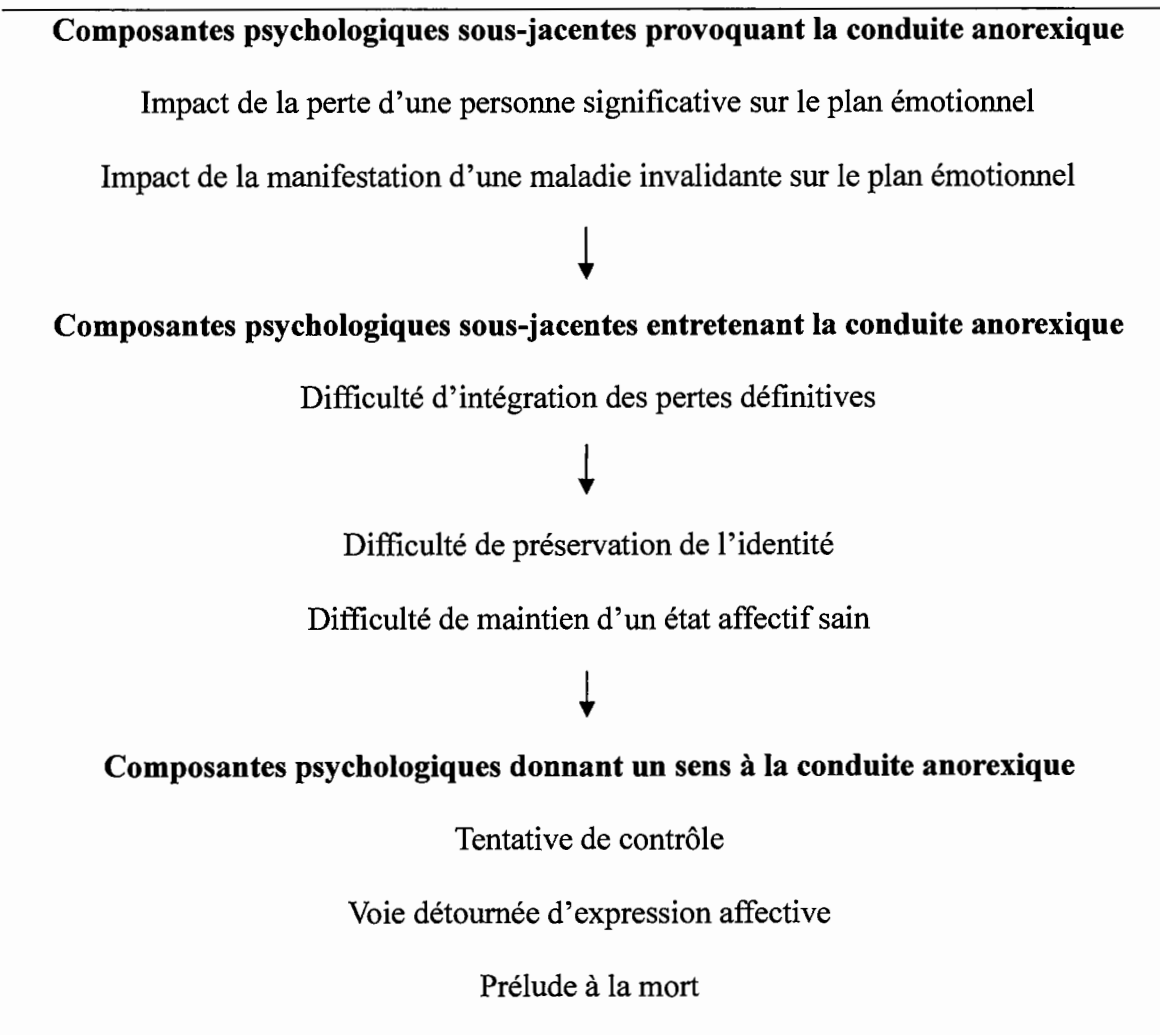
5.2 Description structurale des processus psychologiques opérant dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement

L'analyse complète des résultats de recherche concernant les composantes psychologiques sous-jacentes qui provoquent, entretiennent et donnent un sens à la conduite anorexique permet d'élaborer la description structurale des processus psychologiques opérant dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement.

L'élaboration de la description structurale des processus psychologiques opérant dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement tient compte des points communs à tous les sujets et intègre en parallèle les variations individuelles présentes chez certains sujets.

La figure 2 présente de façon abrégée la description structurale des processus psychologiques opérant dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement tenant compte des composantes psychologiques sous-jacentes qui provoquent, entretiennent et donnent un sens à la conduite anorexique.

Figure 2. Description structurale des processus psychologiques opérant dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement



5.2.1 Composantes psychologiques sous-jacentes provoquant la conduite anorexique

L'ensemble des sujets confirme que l'impact de certaines pertes définitives sur le plan émotionnel fait partie intégrante des composantes psychologiques sous-jacentes à l'origine de leur conduite anorexique. Ils affirment que les pertes définitives liées au décès de personnes significatives et à la manifestation de maladies invalidantes sont

précisément celles qui ont entraîné les difficultés émotionnelles associées à leur conduite anorexique.

Les pertes définitives survenant au cours du processus de vieillissement normal provoquent sur le plan émotionnel de grands bouleversements et de grands stress (Lanier, 1996). Les pertes définitives reliées au décès de personnes significatives et à la manifestation de maladies invalidantes sont même celles qui entraînent les plus grandes difficultés émotionnelles (Bright, 1985).

Les pertes définitives reliées au décès de personnes significatives et à la manifestation de maladies invalidantes sont officiellement reconnues par la littérature scientifique comme des facteurs étiologiques de l'anorexie associée au vieillissement. Nous les avons d'ailleurs déjà présentées comme tels sous les rubriques deuil et maladies chroniques dans le contexte du cadre théorique. Toutefois, l'impact de ces pertes définitives sur le plan émotionnel n'est pas explicitement et littéralement identifié dans la littérature scientifique comme un élément déclencheur de l'anorexie associée au vieillissement. De même, la façon dont les difficultés émotionnelles s'installent suite à la survenue des pertes définitives pour précisément provoquer la conduite anorexique n'est absolument pas documentée.

Certains résultats de recherche et postulats théoriques concernant l'anorexie mentale tardive reconnaissent toutefois l'importance des composantes émotionnelles, même celles associées aux pertes définitives, dans le développement de la pathologie. Dans le cadre d'une étude transversale effectuée en Ontario au Canada auprès de 9014 femmes âgées, dont 3988 femmes âgées de plus de 65 ans, Gadalla (2008) confirmait que le stress émotionnel était positivement associé au développement d'un désordre nutritionnel. De façon plus spécifique, Larocca, et Goodner (1988) ainsi que Wills, et

Olivieri (1998) prétendent respectivement que le bouleversement émotionnel et le stress émotionnel causés par les pertes définitives survenant au cours du processus de vieillissement normal notamment celles reliées au décès de personnes significatives et à la manifestation de maladies invalidantes sont des facteurs précipitants de l'anorexie mentale tardive. Enfin, Nagaratnam, et Ghougassian (1988), tout en supportant ce dernier postulat théorique, proposent d'autres événements majeurs reliés aux pertes définitives comme facteurs précipitants de l'anorexie mentale tardive. Ces résultats de recherche et ces postulats théoriques s'avèrent très pertinents puisqu'ils s'orientent assurément dans le même sens que nos résultats de recherche.

5.2.1.1 Impact de la perte d'une personne significative sur le plan émotionnel

Plusieurs sujets confirment que l'impact de la perte d'une personne significative sur le plan émotionnel fait partie intégrante des composantes psychologiques sous-jacentes à l'origine de leur conduite anorexique. Ces sujets affirment que le sentiment de solitude ressenti suite à la perte d'une personne significative évoquant l'ennui, le manque et la privation sur le plan émotionnel est précisément associé au déclenchement de leur conduite anorexique. Ces sujets précisent également que les personnes significatives concernées sont assurément un conjoint, un parent ou un membre de la fratrie. Enfin, certains sujets ajoutent que l'impact de la perte d'une personne significative sur le plan émotionnel est grandement intensifié par le décès d'un conjoint, par le décès de plusieurs personnes significatives au cours d'une brève période de temps ainsi que par la contrainte subséquente d'une nouvelle localisation.

Les pertes définitives reliées au décès d'une personne significative surviennent fréquemment au cours du processus de vieillissement normal affectant grandement les personnes âgées sur le plan émotionnel (Osterweis, 1985). Selon Cohen (2000), les

sentiments de solitude, de tristesse, de désespoir et d'impuissance sont les sentiments qui affectent le plus les personnes âgées endeuillées. Évidemment, les pertes définitives reliées au décès d'un conjoint, d'un parent, d'un enfant ou d'un membre de la fratrie sont celles qui entraînent les plus grandes difficultés émotionnelles (Camu, 1999). De plus, si ces pertes définitives sont concomitantes et inattendues et qu'elles mènent de surcroît à la contrainte d'une nouvelle localisation, elles contribuent alors certainement à l'accentuation des difficultés émotionnelles (Lanier, 1996; Parkes, 1997; Pollock, 1987).

Le décès d'un conjoint, précisément considéré comme l'un des événements de vie les plus stressants, affecte sérieusement le bien-être des personnes âgées (Stroebe, & Stroebe (tel que cité par Burton, Haley, & Small, 2006)), cause une détresse considérable (Byrne, & Raphael, 1997) et perturbe l'équilibre émotionnel au point de faire surgir différents problèmes de santé physique et mentale (Folkman (tel que cité par Burton, Haley, & Small, 2006)). Tudiver, Hilditch, Permaul, et Mc Kendree (tel que cité par Fitzpatrick, 1998) suggèrent même que, un an après le décès d'un conjoint, 25% des personnes âgées endeuillées sont toujours aux prises avec les problèmes de santé physique et mentale initialement déclarés.

Les difficultés émotionnelles sont donc au cœur des problèmes de santé physique et mentale des personnes âgées endeuillées (Burton, & coll., 2006). C'est dans ce contexte émotionnel difficile que l'anorexie associée au vieillissement se développe et que le sentiment de solitude, d'ennui, de manque et de privation relié à la perte d'une personne significative s'associe à la conduite anorexique. Nicholson, et Ballance (1998) parviennent d'ailleurs au même constat concernant l'anorexie mentale tardive en décrivant la pathologie comme un choix stratégique et une méthode d'adaptation

permettant de faire face au sentiment de solitude ressenti suite à la perte d'une personne significative.

5.2.1.2 Impact de la manifestation d'une maladie invalidante sur le plan émotionnel

Plusieurs sujets confirment que l'impact de la manifestation d'une maladie invalidante sur le plan émotionnel fait partie intégrante des composantes psychologiques sous-jacentes à l'origine de leur conduite anorexique. Ces sujets affirment que la réaction de stress ressentie suite à la manifestation d'une maladie invalidante générant de l'inquiétude et de l'appréhension sur le plan émotionnel est précisément associée au déclenchement de leur conduite anorexique. Ces sujets précisent également que la crainte de perdre leurs capacités fonctionnelles est le fondement même de ce stress émotionnel. Enfin, certains sujets ajoutent que l'impact de la manifestation d'une maladie invalidante sur le plan émotionnel est grandement intensifié par la gravité et la persistance de la maladie invalidante, par le développement de plusieurs maladies invalidantes au cours d'une brève période de temps ainsi que par la contrainte subséquente d'une hospitalisation.

Les pertes définitives liées à la manifestation d'une maladie invalidante font partie intégrante du processus de vieillissement normal (Fleming, 1999; Tulle-Winton, 1999) obligeant les personnes âgées à régulièrement faire face à des difficultés toujours grandissantes (Bourquin, & Giacomini, 1998) qui leur causent un véritable stress émotionnel (Hazan, 1986). Selon Pollock (1987), les sentiments d'appréhension, d'impuissance et de perte de contrôle sont les sentiments qui affectent le plus les personnes âgées aux prises avec des problèmes de santé physique graves, persistants et chroniques. Évidemment, les pertes définitives liées à la manifestation d'une maladie

invalidante provoquant une altération majeure des capacités fonctionnelles sont celles qui entraînent les plus grandes difficultés émotionnelles (Bourquin, & Giacomini, 1998; Clark, 1993). De plus, si ces pertes définitives sont concomitantes et inattendues et qu'elles mènent de surcroît à la contrainte d'une hospitalisation, elles contribuent alors certainement à l'accentuation des difficultés émotionnelles (Lanier, 1996; Parkes, 1997; Pollock, 1987).

De mauvaises stratégies d'adaptation pour faire face aux difficultés émotionnelles générées par la manifestation d'une maladie invalidante peuvent carrément nuire au rétablissement de la santé et même favoriser le développement d'autres maladies invalidantes (Baltes (tel que cité par Depp, & Jeste, 2006); Loomis, & C. Thomas, 1991). C'est dans ce contexte émotionnel difficile que l'anorexie associée au vieillissement se développe et que la réaction de stress, d'inquiétude et d'appréhension reliée à la manifestation d'une maladie invalidante s'associe à la conduite anorexique. Nicholson, et Ballance (1998) parviennent d'ailleurs au même constat concernant l'anorexie mentale tardive en décrivant la pathologie comme un choix stratégique et une méthode d'adaptation permettant de faire face au sentiment d'appréhension ressenti devant la maladie et le rappel de la mort.

5.2.2 Composantes psychologiques sous-jacentes entretenant la conduite anorexique

L'ensemble des sujets reconnaît l'influence marquée des pertes définitives dans le déclenchement de leur conduite anorexique. Ils confirment également leur difficulté d'intégration de ces pertes définitives de même que la rupture identitaire et l'atteinte affective qui tendent parallèlement à s'installer. Assurément, ils considèrent ces conditions comme des effets engendrés par les pertes définitives. Ils ne les relient pas

formellement à leur conduite anorexique. Toutefois, les pertes définitives étant préalablement associées au déclenchement de leur conduite anorexique, les effets engendrés par les pertes définitives continuent nécessairement d'alimenter leur conduite anorexique. Dans ce contexte, la difficulté d'intégration des pertes définitives, la difficulté de préservation de l'identité ainsi que la difficulté de maintien d'un état affectif sain tendent logiquement à se définir comme les composantes psychologiques sous-jacentes entretenant la conduite anorexique.

Malheureusement, la littérature scientifique comporte très peu de résultats de recherche et de postulats théoriques concernant les composantes psychologiques sous-jacentes entretenant l'anorexie associée au vieillissement. De même, il ne présente que quelques postulats théoriques concernant les composantes psychologiques sous-jacentes entretenant l'anorexie mentale tardive. Nous avons choisi d'intégrer l'ensemble de ces données au sein des trois prochaines sections d'autant plus qu'elles s'orientent assurément dans le même sens que nos résultats de recherche.

5.2.2.1. Difficulté d'intégration des pertes définitives

Plusieurs sujets expriment leur difficulté d'intégration des pertes définitives notamment celles reliées au décès de personnes significatives. Certains sujets se concentrent sur les pertes définitives préalablement ciblées comme les éléments déclencheurs de leur conduite anorexique alors que d'autres sujets s'étendent sur différentes pertes définitives survenues au cours de leur vie. Les sujets étalent leur difficulté d'intégration des pertes définitives sur plusieurs années, plusieurs dizaines d'années et parfois même une vie entière. Ils font également état d'une plus grande difficulté d'intégration des pertes définitives lors du décès de plusieurs personnes significatives au cours d'une brève période de temps ainsi qu'avec le décès de personnes

significatives dès leur enfance. Enfin, ils illustrent leur difficulté d'intégration des pertes définitives selon différentes modalités en présentant notamment, eu égard aux personnes décédées, des mécanismes de rétention de l'expérience émotionnelle, des pensées intrusives, affligeantes, culpabilisantes et centrées sur le passé ainsi que des symptômes d'identification.

Le processus d'intégration des pertes définitives reliées au décès de personnes significatives exige forcément qu'un processus de résolution du deuil soit entrepris. Dans le cadre d'une étude qualitative utilisant l'analyse conceptuelle effectuée aux États-Unis auprès de 39 personnes âgées endeuillées d'un conjoint au cours des quatre années précédentes (tranche d'âge: 60-90 ans), Hegge, et Fischer (2000) décrivaient le processus de résolution du deuil comme un travail intérieur suivant un cycle imprévisible et variable de poussées et de rechutes à travers quatre phases majeures nommées la phase initiale caractérisée par le choc et le déni de la perte, la phase seconde caractérisée par le désarroi émotionnel devant l'apparente perte, la phase médiane caractérisée par la pleine et douloureuse réalisation de la perte et la phase finale caractérisée par l'acceptation de la perte, la réorganisation de la vie et le développement d'une nouvelle identité.

Selon Osterweis (1985) et Williams (1989), le processus de résolution du deuil prend en moyenne deux ans, peut prendre jusqu'à quatre ans et peut même ne jamais parvenir à terme. Lorsqu'il ne parvient pas à terme, le processus de résolution du deuil devient carrément pathologique (Williams, 1989).

Selon Bright (1985), le processus pathologique de résolution du deuil se définit selon trois formes différentes soit le processus de résolution du deuil retardé, le processus de résolution du deuil inhibé et le processus de résolution du deuil chronique. Le processus de résolution du deuil retardé se caractérise par la présence d'un fort déni qui

empêche la prise de conscience de la réalité de la perte et qui retarde le déploiement de l'expérience émotionnelle. Le processus de résolution du deuil inhibé se caractérise par la rétention consciente ou inconsciente de l'expérience émotionnelle qui cause un blocage émotionnel pouvant être à l'origine de diverses plaintes somatiques. Enfin, le processus de résolution du deuil chronique se caractérise par l'implantation durable d'un état émotionnel chargé de colère, de tristesse et de culpabilité qui cause un sentiment d'insatisfaction générale face à la vie pouvant même mener à des idées suicidaires. Évidemment, le processus pathologique de résolution du deuil est fortement associé au développement de divers problèmes de santé physique et mentale (Bright, 1985). Camu (1999) indique qu'il peut même conditionner de sévères dysfonctions et de graves psychopathologies.

Après étude de la littérature scientifique, Kim, et Jacobs (tel que cité par Camu, 1999) rapportent que la prévalence du deuil pathologique chez l'ensemble de la population se situe entre 4% et 34%. Divers facteurs personnels et sociaux peuvent rendre plus complexe et plus difficile le processus de résolution du deuil tels, qu'entre autres, une instabilité émotionnelle (Parkes, 1997), une faible capacité de discrimination et de différenciation (Pollock, 1987), une stratégie d'adaptation défensive (Osterweis, 1985) ainsi qu'un manque de support social (Williams, 1989). Toutefois, dans le cadre d'une étude transversale effectuée aux États-Unis auprès de 20 femmes âgées endeuillées d'un conjoint vivant en institution et de 19 femmes âgées endeuillées d'un conjoint vivant à domicile ($M_{\text{âge}} = 81,6$ ans, tranche d'âge: 65-95 ans), Bright (1985) démontrait que le risque de développer un processus pathologique de résolution du deuil était significativement plus élevé au grand âge. De façon plus spécifique, le risque de développer un processus pathologique de résolution du deuil était plus élevé au grand âge

avec le décès de plusieurs personnes significatives au cours d'une brève période de temps ainsi qu'avec le décès d'un conjoint concurremment avec d'autres personnes significatives ou avec une nouvelle localisation. Enfin, Pollock (1987) ajoute que le risque de développer un processus pathologique de résolution du deuil est plus élevé au grand âge avec le décès de personnes significatives dès l'enfance. Effectivement, Pollock (1987) explique que le décès de personnes significatives dès l'enfance peut interrompre le développement affectif, favoriser l'apparition de défenses anxieuses et ainsi ultérieurement nuire au processus de résolution du deuil d'autres personnes significatives. C'est pourquoi le processus de résolution du deuil au grand âge exige une adaptation préalable aux traumatismes de l'enfance. Dans le cas contraire, le décès de personnes significatives au grand âge peut réactiver les blessures anciennes et ainsi contribuer à rendre plus complexe, plus difficile et même pathologique le processus de résolution du deuil (Osterweis, 1985; Parkes, 1997; Pollock, 1987).

Plusieurs sujets présentent ces conditions à risque favorisant le développement d'un processus pathologique de résolution du deuil. Encore plus, plusieurs sujets présentent différents symptômes cliniques permettant l'identification d'un processus pathologique de résolution du deuil. Effectivement, Bierhals, et coll. (1995), Cohen (2000), Gowers, et Crisp (1990), Héту (2007), Shear (2005), et Szanto, et coll. (2002) confirment que le fait de présenter, eu égard aux personnes décédées, des mécanismes de rétention de l'expérience émotionnelle, des pensées intrusives, affligeantes, culpabilisantes et centrées sur le passé ainsi que des symptômes d'identification réfère sans conteste à des symptômes cliniques évoquant un processus pathologique de résolution du deuil. Les mécanismes de rétention de l'expérience émotionnelle permettent d'atténuer et même d'empêcher le déploiement de l'expérience émotionnelle alors que les

pensées intrusives, affligeantes, culpabilisantes et centrées sur le passé ainsi que les symptômes d'identification continuent d'éloigner le déploiement de l'expérience émotionnelle nuisant ainsi grandement au processus de résolution du deuil (Bierhals, & coll., 1995; Cohen, 2000; Gowers, & Crisp, 1990; Héту, 2007; Shear, 2005; Szanto, & coll., 2002). Les mécanismes de rétention de l'expérience émotionnelle concernent les mécanismes qui visent l'enfouissement et le refoulement de l'expérience émotionnelle (Cohen, 2000). Les pensées intrusives, affligeantes et culpabilisantes concernent les pensées qui émergent spontanément à la conscience, habituellement pendant le processus de réminiscence visant une revue rétrospective de vie, et qui accaparent toute l'attention (Gowers, & Crisp, 1990; Shear, 2005). Les pensées centrées sur le passé concernent les pensées qui idéalisent les personnes décédées et qui permettent le refuge dans le passé (Héту, 2007). Enfin, les symptômes d'identification concernent les symptômes qui visent l'appropriation des douleurs somatiques des personnes décédées et qui permettent le refuge dans la maladie (Bierhals, & coll., 1995; Szanto, & coll., 2002). Prigerson, et coll. (1995) recommandent l'utilisation du Inventory of Complicated Grief (ICG) pour bien détecter les personnes âgées aux prises avec un processus pathologique de résolution du deuil. Évidemment, la présence de ces symptômes cliniques traduit assurément une difficulté d'intégration des pertes définitives.

Ainsi, les personnes âgées sont plus à risque de développer un processus pathologique de résolution du deuil, de présenter une difficulté d'intégration des pertes définitives et d'être aux prises avec différents problèmes de santé physique et mentale. Nos résultats de recherche, appuyés par la littérature scientifique, nous permettent de conclure que plusieurs sujets présentent une difficulté d'intégration des pertes définitives. Les pertes définitives étant préalablement associées au déclenchement de la conduite

anorexique, nos résultats de recherche nous permettent également de conclure que la difficulté d'intégration des pertes définitives des sujets entretient leur conduite anorexique. Ramell, et Brown (1988) ainsi que Hill, Haslett, et Kumar (2001) parviennent d'ailleurs au même constat concernant l'anorexie mentale tardive en rapportant le cas de personnes âgées qui, ne parvenant pas à un processus normal de résolution du deuil, continuent de développer différents symptômes d'anorexie mentale tardive au cours des années suivant le décès de personnes significatives. Encore plus, Berry, et Marcus (2000) définissent carrément l'anorexie mentale tardive par le terme deuil pathologique.

5.2.2.2. Difficulté de préservation de l'identité

Certains sujets présentent une difficulté de préservation de l'identité. Les pertes définitives sont manifestement à l'origine de leur rupture identitaire. De même, la difficulté d'intégration de ces pertes définitives continue assurément d'entretenir leur rupture identitaire et d'empêcher le façonnement de leur nouvelle identité. Les pertes définitives ciblées par les sujets sont celles préalablement reconnues comme les éléments déclencheurs de leur conduite anorexique. Ainsi, ces sujets expliquent que le fait de ne plus être en mesure de poursuivre, à cause de difficultés émotionnelles et physiques liées aux pertes définitives, certaines habitudes et activités personnelles donnant un sens à leur vie compromet grandement leur identité. De même, ils expliquent que le fait de ne pas être en mesure de s'adapter à leurs nouvelles réalités de vie et de s'inventer leurs nouveaux objectifs de vie empêche certainement le façonnement de leur nouvelle identité.

L'identité, faisant référence à la perception de soi-même, de ses attributs physiques, intellectuels et émotionnels ainsi que de ses aspirations et désirs personnels

(Glick, & Eastman, 1991), doit convenir d'un sentiment de similitude avec soi-même, d'un sentiment de continuité existentielle ainsi que d'un sentiment d'appartenance à l'environnement (Simard, 2005). Les pertes définitives tendent généralement à déstabiliser ce sentiment d'identité chez les personnes âgées (Simard, 2005) parce qu'elles imposent des changements majeurs dans les habitudes personnelles et des conditions restrictives dans les activités personnelles qui entraînent bien souvent une perte de sens (Chrisler, & Ghiz, 1993; Oberg, 1996). Diverses expériences émotionnelles passées, présentes et futures peuvent alors se confronter (Dawson, 2000; Gattuso, 1996). C'est en réussissant à les réunir pour former un tout que l'identité peut parvenir à se maintenir et à repousser la fragmentation (Dawson, 2000; Gattuso, 1996). L'intégration des pertes définitives permet donc la préservation de l'identité (Simard, 2005). Au contraire, la difficulté d'intégration des pertes définitives entretient la rupture identitaire (Shear, 2005).

Ainsi, les personnes âgées aux prises avec une difficulté d'intégration des pertes définitives peuvent assurément présenter une difficulté de préservation de l'identité. Nos résultats de recherche, appuyés par la littérature scientifique, nous permettent de conclure que certains sujets présentent une difficulté de préservation de l'identité reliée à une difficulté d'intégration des pertes définitives. La difficulté d'intégration des pertes définitives étant préalablement associée à l'entretien de la conduite anorexique, nos résultats de recherche nous permettent également de conclure que la difficulté de préservation de l'identité entretient parallèlement la conduite anorexique. Larocca, et Goodner (1988) parviennent d'ailleurs au même constat concernant l'anorexie mentale tardive en expliquant que les personnes âgées qui ne réussissent pas à compléter le

processus d'intégration des pertes définitives présentent habituellement une rupture identitaire qui les rend beaucoup plus vulnérables face à la pathologie.

Mais de façon plus tangible, la difficulté de préservation de l'identité des personnes âgées aux prises avec une problématique anorexique peut certainement se percevoir à travers leur attitude alimentaire et leur image corporelle grandement affectées par la pathologie. Effectivement, l'attitude alimentaire référant à des comportements profondément associés à des symboliques identitaires et l'image corporelle référant à des concepts assurément associés à des préoccupations identitaires peuvent certainement représenter, en partie du moins, la condition identitaire (Chrisler, & Ghiz, 1993; Roy, 2002). L'attitude alimentaire et l'image corporelle des personnes âgées aux prises avec une problématique anorexique, traduites en terme de perte, de symptôme, d'insuffisance et d'incapacité (Prost, 1988), peuvent donc vraisemblablement évoquer une histoire, une vie et une identité perdues voire même une impuissance à les retrouver (Le Breton, 2001; Roy, 2002).

5.2.2.3 Difficulté de maintien d'un état affectif sain

Plusieurs sujets présentent une difficulté de maintien d'un état affectif sain. Les pertes définitives sont manifestement à l'origine de leur atteinte affective. De même, la difficulté d'intégration de ces pertes définitives continue assurément d'entretenir leur atteinte affective et d'empêcher l'amélioration de leur état affectif. Les pertes définitives ciblées par les sujets sont celles préalablement reconnues comme les éléments déclencheurs de leur conduite anorexique. Ainsi, certains sujets constatent être grandement affligés par les difficultés émotionnelles et physiques causées par les pertes définitives. Ils expliquent que leur désir d'être en relation interpersonnelle est de plus en plus difficile à satisfaire, que leur vie présente de moins en moins de sens et que leur

objectif de vie actuel consiste uniquement à surpasser leurs épreuves. Encore plus affligés, d'autres sujets constatent être complètement détachés face aux difficultés émotionnelles et physiques causées par les pertes définitives. Ils expliquent que leur désir d'être en relation interpersonnelle est quasiment absent, que leur vie n'a plus vraiment de sens et que leur objectif de vie actuel est tout simplement inexistant ne cherchant même plus à surpasser leurs épreuves. Malgré tout, l'ensemble de ces sujets constate que le fait d'être en relation interpersonnelle avec des personnes significatives de leur entourage leur apporte un bien-être et un plaisir qu'ils sont encore en mesure de savourer.

L'affectivité, définie comme l'expérience d'un ensemble de réactions psychiques faites de sentiments et d'émotions alimentées par la relation interpersonnelle pour procurer une saveur et un sens à la vie, témoigne d'une activité psychique et d'une vitalité psychique qui s'articulent autour d'une dimension émotionnelle, relationnelle et symbolique pour assurer un équilibre affectif (Simard, 2005). Les pertes définitives tendent généralement à déstabiliser cet équilibre affectif chez les personnes âgées (Simard, 2005). Lorsque l'équilibre affectif est gravement déstabilisé, une atteinte affective peut progressivement s'installer brimant ainsi grandement la vie affective (Simard, 2005). Le désir d'être en relation interpersonnelle, stimulé par le fait de sentir que la vie a un sens, devient alors essentiel pour permettre le ressourcement de l'affectivité, le maintien d'un état affectif sain (Simard, 2005) et en parallèle l'intégration des pertes définitives (Reker, 2001). Malheureusement, une difficulté d'intégration des pertes définitives bien installée, entretenant un déséquilibre affectif et même une atteinte affective, peut complètement bannir le désir d'être en relation interpersonnelle (Shear, 2005). Lorsque le désir d'être en relation interpersonnelle est pratiquement banni, l'activité psychique et la vitalité psychique de la vie affective sont assurément perturbées

et ralenties voire même désactivées et retirées et doivent absolument être réalimentées (Simard, 2005).

Ainsi, les personnes âgées aux prises avec une difficulté d'intégration des pertes définitives peuvent assurément présenter une difficulté de maintien d'un état affectif sain. Nos résultats de recherche, appuyés par la littérature scientifique, nous permettent de conclure que certains sujets présentent une difficulté de maintien d'un état affectif sain reliée à une difficulté d'intégration des pertes définitives. La difficulté d'intégration des pertes définitives étant préalablement associée à l'entretien de la conduite anorexique, nos résultats de recherche nous permettent également de conclure que la difficulté de maintien d'un état affectif sain entretient parallèlement la conduite anorexique.

Certains sujets aux prises avec une difficulté de maintien d'un état affectif sain reliée à une difficulté d'intégration des pertes définitives semblent toutefois présenter une atteinte affective majeure proche d'être associée à un état dépressif. Barrère (tel que cité par Simard, 2005) confirme d'ailleurs qu'une difficulté d'intégration des pertes définitives bien installée peut mener jusqu'au développement d'une dépression. Malheureusement, cette impression clinique concernant ces sujets ne peut à ce jour être confirmée puisque l'état dépressif des sujets n'a pas été évalué en cours de recherche doctorale. Effectivement, la dépression faisait partie intégrante des critères d'exclusion des sujets. Toutefois, nous sommes certainement en droit de présumer, après analyse complète des résultats de recherche, qu'une dépression masquée par de nombreuses plaintes somatiques incluant celles reliées à la problématique anorexique peut être en cause dans le développement de l'atteinte affective majeure de ces sujets. P. Thomas, et C. Hazif-Thomas (2004), tel que mentionné sous la rubrique des troubles dépressifs dans le contexte du cadre théorique, adhèrent d'ailleurs fermement à ce postulat théorique

voulant que la dépression masquée, non diagnostiquée et non traitée soit spécifiquement reliée au développement de l'anorexie associée au vieillissement. D'ailleurs, dans le cadre de l'étude effectuée par Landi, Russo, et coll. (2010), la dépression était assurément rapportée comme une condition clinique significativement plus fréquente chez les personnes âgées présentant un problème d'anorexie.

Cosford, et Arnold (1992) parviennent d'ailleurs au même constat concernant l'anorexie mentale tardive en rapportant, après étude de huit cas publiés dans la littérature scientifique, la présence de symptômes dépressifs au cours des cinq années précédant le diagnostic de la pathologie chez cinq cas d'entre eux. Hsu, et Zimmer (1988), Inagaki, et coll. (2002) ainsi que Swift, Andrews, et Backlage (tel que cité par Nicholson, & Ballance, 1998) présument de même que les symptômes dépressifs et les histoires passées d'épisodes dépressifs se retrouvent chez la plupart des personnes âgées présentant un problème d'anorexie mentale tardive.

Mais nonobstant le degré de l'atteinte affective, la difficulté de maintien d'un état affectif sain chez les personnes âgées aux prises avec une problématique anorexique peut certainement se percevoir à travers leur attitude alimentaire et leur image corporelle. Effectivement, l'attitude alimentaire faisant partie intégrante de l'attitude générale face à la vie et l'image corporelle faisant référence à un indicateur visible de l'état intérieur peuvent certainement représenter, en partie du moins, la condition affective (Kligman, & Graham, 1989; Savina, & coll., 2006). L'attitude alimentaire des personnes âgées aux prises avec une problématique anorexique, traduite en terme de perte d'appétit, de plaisir et d'intérêt face à l'alimentation, peut donc vraisemblablement évoquer une perte d'appétit, de plaisir et d'intérêt face à la vie (Savina, & coll., 2006). De même, l'image corporelle des personnes âgées aux prises avec une problématique anorexique,

représentée par un corps amaigri et accablé par la lassitude physique, peut donc vraisemblablement évoquer une lassitude générale face à la vie (Depraz, 2001). D'ailleurs, dans le cadre de l'étude effectuée par Wikby, et Fagerskiold (2004), l'appétit des personnes âgées était grandement affecté par leur condition affective elle-même lourdement marquée par les pertes définitives. Les personnes âgées ayant moins d'appétit étaient effectivement celles qui ressentaient moins de satisfaction, de joie, de paix et de bien-être et qui avaient plus de difficulté à prendre soin d'elles-mêmes et à demeurer actives et intéressées face aux plaisirs de la vie.

5.2.3 Composantes psychologiques sous-jacentes donnant un sens à la conduite anorexique

L'ensemble des sujets reconnaît l'influence marquée des pertes définitives dans le déclenchement de leur conduite anorexique. Ils confirment également leur difficulté d'intégration de ces pertes définitives, de même que la rupture identitaire et l'atteinte affective qui tendent parallèlement à s'installer. Concrètement, ils constatent être exposés à des difficultés émotionnelles et physiques liées aux pertes définitives qu'ils ne parviennent pas à surmonter. La conduite anorexique déclenchée par les pertes définitives et entretenue par la difficulté d'intégration de ces pertes définitives devient alors une tentative de contrôle devant les événements incontournables, une voie détournée d'expression devant l'impasse affective et un prélude à la mort devant la perte de sens. La tentative de contrôle, la voie détournée d'expression affective et le prélude à la mort se définissent par conséquent comme les composantes psychologiques sous-jacentes donnant un sens à la conduite anorexique.

La littérature scientifique présente certains résultats de recherche et postulats théoriques concernant les composantes psychologiques sous-jacentes donnant un sens à

l'anorexie associée au vieillissement. De même, il présente certains postulats théoriques concernant les composantes psychologiques sous-jacentes donnant un sens à l'anorexie mentale tardive. Nous avons choisi d'intégrer l'ensemble de ces données au sein des trois prochaines sections d'autant plus qu'elles s'orientent assurément dans le même sens que nos résultats de recherche.

5.2.3.1 Tentative de contrôle

La grande majorité des sujets démontre différentes attitudes de contrôle face à l'alimentation. Ils considèrent même leurs attitudes de contrôle face à l'alimentation comme des attitudes alimentaires tout à fait appropriées qui ont indéniablement du sens pour eux. Les attitudes de contrôle face à l'alimentation font effectivement partie intégrante de la conduite anorexique. Elles surviennent au moment où la conduite anorexique est déclenchée par les pertes définitives. Elles continuent d'être alimentées par la difficulté d'intégration de ces pertes définitives. Dans ce contexte, elles se présentent tout simplement comme une tentative de contrôle pour faire face aux événements incontournables.

Le processus de vieillissement normal reflète le déclin progressif de l'habileté à contrôler les différentes pertes définitives qui surviennent de façon fréquente et souvent concomitante (Featherstone, & Hepworth, 1991). Le corps, en tant qu'objet extérieur capable de structurer les bouleversements émotionnels (Goumas, 1999), se présente alors comme le dernier vestige d'une réalité contrôlable (Hazan, 1986) où l'alimentation sert, consciemment et parfois inconsciemment, de simple outil utilitaire permettant de conserver ce précieux contrôle (Kay, 1987). C'est dans ce contexte que la conduite anorexique prend du sens et devient assurément une façon de gérer les pertes définitives (Bourquin, & Giacomini, 1998; Hennessy, 1989).

Crisp (tel que cité par Gowers, & Crisp, 1990), Cosford, et Arnold (1992) ainsi que Hsu, et Zimmer (1988) parviennent d'ailleurs au même constat concernant l'anorexie mentale tardive en présentant la pathologie comme une tentative de contrôle pour faire face aux événements incontournables. Crisp (tel que cité par Gowers, & Crisp, 1990) et Hsu, et Zimmer (1988) ajoutent même que les événements incontournables concernés sont précisément ceux reliés aux pertes définitives.

Par ailleurs, plusieurs sujets démontrent des attitudes de contrôle face à l'alimentation qui impliquent spécifiquement leurs proches. Effectivement, même si les sujets précisent que la présence de leurs proches est grandement appréciée et qu'elle leur apporte sans conteste un bien-être et un plaisir savourés, ils insistent sur le fait que l'ingérence de leurs proches dans leurs activités de la vie quotidienne et domestique reliées à l'alimentation est au contraire non désirée et qu'elle les oblige à instaurer des attitudes de contrôle face à l'alimentation qui visent essentiellement le maintien de leur indépendance. Ainsi, les proches qui souhaitent offrir du soutien face à la problématique anorexique, mais dont l'approche s'avère trop insistante, ne réussissent qu'à renforcer la conduite anorexique. L'aide des proches pour l'approvisionnement, la préparation et la consommation des aliments peut effectivement être considérée par les personnes âgées comme une offense à leur indépendance et même une atteinte à leur intégrité et à leur intimité (Croese, 1999). D'ailleurs, dans le cadre de l'étude qualitative effectuée par Wikby, et Fagerskiold (2004), l'appétit des personnes âgées était grandement affecté par leur niveau d'indépendance et d'intégrité. Les personnes âgées ayant moins d'appétit étaient effectivement celles qui n'étaient pas en mesure d'accomplir leurs activités de la vie quotidienne et domestique sans assistance, d'avoir une influence et un contrôle sur leur vie et d'avoir une certaine liberté d'action et de choix face à leurs proches.

Fairburn, et Hope (tel que cité par Cosford, & Arnold, 1992)) parviennent d'ailleurs au même constat concernant l'anorexie mentale tardive en présentant la pathologie comme une tentative de contrôle visant spécifiquement à repousser l'ingérence des proches.

5.2.3.2 Voie détournée d'expression affective

Un sujet constate sa difficulté d'expression affective déclenchée par les pertes définitives et entretenue par la difficulté d'intégration de ces pertes définitives. Il explique comment son corps choisit de s'exprimer à travers diverses pathologies physiques. La conduite anorexique associée à ces diverses pathologies physiques devient alors une voie détournée d'expression devant l'impasse affective.

Les pathologies physiques peuvent devenir un refuge pour une affectivité sans repère et même sans activité psychique et sans vitalité psychique puisque le corps demeure le véhicule de l'affectivité (Simard, 2005). Ainsi, lorsque le corps s'associe aux pertes, aux incapacités, aux douleurs et aux symptômes, il tente simplement d'exprimer une impuissance à dévoiler l'affectivité (Corin, 1985). Simard (2005) ajoute qu'il tente même d'exprimer une impuissance à précisément dévoiler les émotions ressenties face aux pertes définitives. La somatisation permet alors d'apporter un sentiment d'existence devant l'impasse affective (Léger (tel que cité par Simard, 2005)).

C'est ainsi que la conduite anorexique associée à diverses pathologies physiques et à diverses manifestations de somatisation se présente comme une voie détournée d'expression servant à refléter l'impasse affective (Douglas (as cited in Elsner, 2002); Duggal, & Lawrence, 2001). P. Thomas, et C. Hazif-Thomas (2004) ajoutent même qu'elle peut servir à refléter une impasse affective proche d'être associée à un état dépressif. Car plus la conduite anorexique s'installe, plus elle empêche, dans un cercle

vicieux, le dévoilement de l'affectivité (P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004). Clarke, et coll. (1999) reconnaissent d'ailleurs l'inhabileté des personnes âgées présentant un problème d'anorexie à exprimer les aspects émotionnels de leur vie affective. Encore plus, P. Thomas, et C. Hazif-Thomas (2004) constatent que leur capacité d'être en relation interpersonnelle est grandement touchée. À titre d'exemple, Chevrier (1991) rapporte les propos d'une femme âgée mourant de malnutrition protéino-énergétique qui s'exprime en disant qu'elle peut encore inspirer un sentiment, qu'elle peut au moins inspirer l'horreur. C'est dans ce contexte que la conduite anorexique traduit sans conteste un besoin d'expression et de relation interpersonnelle inassouvi (Kay, 1987).

5.2.3.3 Prélude à la mort

La grande majorité des sujets envisage et même souhaite la mort. D'ailleurs, plusieurs sujets considèrent la mort comme l'unique solution permettant de les soulager du sentiment d'affliction et de perte de sens ressenti depuis la survenue de certaines pertes définitives. Étant aux prises avec une difficulté d'intégration de ces pertes définitives, ils se retrouvent effectivement devant une rupture identitaire et une impasse affective qui les conduisent directement vers une perte de sens et ainsi vers l'attente de la mort. La conduite anorexique déclenchée par les pertes définitives et entretenue par la difficulté d'intégration de ces pertes définitives s'associe à ce sentiment d'attente face à la mort. Elle devient alors, devant la perte de sens, un prélude à la mort.

Le processus de vieillissement normal fait référence à un processus de détérioration progressive qui entraîne diverses pertes définitives, qui exige en parallèle l'instauration d'un processus de résolution du deuil pour permettre l'intégration de ces diverses pertes définitives, mais qui inévitablement, conduit à la mort (Conway, & Hockey, 1998; Hepworth, 1995; Le Breton, 2001). Les personnes âgées qui ne

parviennent pas à un processus normal de résolution du deuil et qui par conséquent se retrouvent face à une difficulté d'intégration des pertes définitives finissent forcément par interioriser une mort symbolique (Le Breton, 2001) qui les oblige à considérer la véritable mort comme un événement incessant devant être attendu pour son effet libérateur plutôt qu'un événement naturel devant survenir en son temps (Pollock, 1987).

Dans le cadre d'une étude qualitative utilisant l'approche phénoménologique effectuée en Suède auprès de 30 personnes âgées vivant à domicile (19 femmes, 11 hommes, tranche d'âge: 82-92 ans), Nilsson, Ekman, et Sarvimaki (1998) établissaient certains critères descriptifs permettant de définir diverses formes de vieillissement. Le vieillissement affligeant caractérisé par un sentiment de résignation et d'attente face à la mort se révélait être celui qui décrivait le mieux les personnes âgées aux prises avec une difficulté d'intégration des pertes définitives. Effectivement, les personnes âgées faisant partie du vieillissement affligeant considéraient le vieillissement comme une condition astreignante qu'elles ne pouvaient influencer et qu'elles devaient subir, présentaient diverses maladies invalidantes qu'elles percevaient comme des obstacles aux activités sociales et aux relations interpersonnelles, se retrouvaient devant une rupture identitaire et une impasse affective qu'elles associaient bien souvent à un état dépressif, avaient le sentiment qu'elles disposaient d'un passé non résolu, d'un présent absent de sens et d'un futur sans perspective et enfin annonçaient qu'elles attendaient et envisageaient la mort comme la seule option possible.

Les personnes âgées qui se retrouvent face à un tel vieillissement finissent forcément par entretenir des comportements négligents qui nuisent à leur santé physique et émotionnelle (Abrams, Lachs, Mc Avay, Keohane, & Bruce, 2002). Savina, et coll. (2006) précisent même qu'elles finissent par entretenir, bien souvent inconsciemment,

des comportements autodestructeurs indirects qui mènent inmanquablement à la mort. D'ailleurs, pour définir ces comportements autodestructeurs indirects, Meerloo (tel que cité par J. Mc Intosh, & Hubbard, 1988) utilise carrément le terme suicide caché. Malheureusement, le taux de suicide actuel ne tient aucunement compte de ces comportements autodestructeurs indirects ce qui tend grandement à sous-estimer chez les personnes âgées le taux de suicide réel (Conwell, Rotenberg, & Caine (tel que cité par Prévile, Boyer, Hébert, Bravo, & Séguin, 2005)).

Ainsi, les personnes âgées aux prises avec une problématique anorexique, qui omettent de s'alimenter en quantité suffisante pour assurer le maintien de leur santé, présentent assurément des comportements autodestructeurs indirects (Savina, & coll., 2006). Même que, selon Nelson, et Farberow (as cited in Marcus, & Berry, 1998), leur conduite anorexique prend carrément la forme d'un suicide déguisé tirant certainement son efficacité de ces comportements autodestructeurs indirects. La conduite anorexique se présente ainsi comme une façon efficace de se rapprocher de la mort voire même une méthode éthique acceptable et confortable capable de causer la mort (Morley, & Morley, 1995). Assurément, elle constitue un prélude à la mort (P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004) d'autant plus qu'elle se produit en fin de vie (Savina, & coll., 2006). Évidemment, elle se traduit par un intense désir de mourir (Berry, & Marcus, 2000), mais surtout par un intense besoin de se libérer de ce lourd fardeau qu'est devenue la vie (Morley, & Morley, 1995; Savina, & coll., 2006).

Inagaki, et coll. (2002) parviennent d'ailleurs au même constat concernant l'anorexie mentale tardive en précisant que la pathologie traduit assurément un intense désir de mourir. De même, Gowers, et Crisp (1990) expliquent qu'elle se présente comme

une façon de se retirer de la vie lorsque les difficultés physiques et émotionnelles deviennent trop lourdes à supporter.

Les composantes psychologiques sous-jacentes qui provoquent, entretiennent et donnent un sens à la conduite anorexique demeurent tout de même très peu explorées par la communauté scientifique. Quelques auteurs soulignent l'implication des dimensions psychologiques dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement (Basile-Filler, 1997; Berry, & Marcus, 2000; Bourquin, & Giacomini, 1998; Chapman, 2007; Clarke, & coll., 1999; Duggal, & Lawrence, 2001; Elsner, 2001; Giannini, 1988; Kay, 1987; Landi, Russo, & coll., 2010; Morley, 2002; Morley, & Morley, 1995; P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004; Savina, & coll., 2006). Quelques uns d'entre eux prédisent la participation des aspects émotionnels, affectifs et relationnels dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement (Clarke, & coll., 1999; Duggal, & Lawrence, 2001; Elsner, 2001; Kay, 1987; P. Thomas, & C. Hazif-Thomas, 2004). Mais aucun d'entre eux n'est véritablement en mesure de constituer les processus psychologiques opérant dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement. Nos résultats de recherche, permettant l'édification de la toute première description structurale des processus psychologiques opérant dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement, sont donc uniques, innovateurs et même visionnaires. Plusieurs auteurs étudiant l'anorexie mentale tardive supportent tout de même nos résultats de recherche (Cosford, & Arnold, 1992; Gadalla, 2008; Gowers, & Crisp, 1990; Hill, & coll., 2001; Hsu, & Zimmer, 1988; Inagaki, & coll., 2002; Larocca, & Goodner, 1988; Nagaratnam, & Ghougassian, 1988; Nicholson, & Ballance, 1998; Ramell, & Brown, 1988; Wills, & Olivieri, 1998). Effectivement, l'anorexie mentale tardive semble présenter au niveau des déterminants psychologiques de nombreux points communs avec l'anorexie associée au

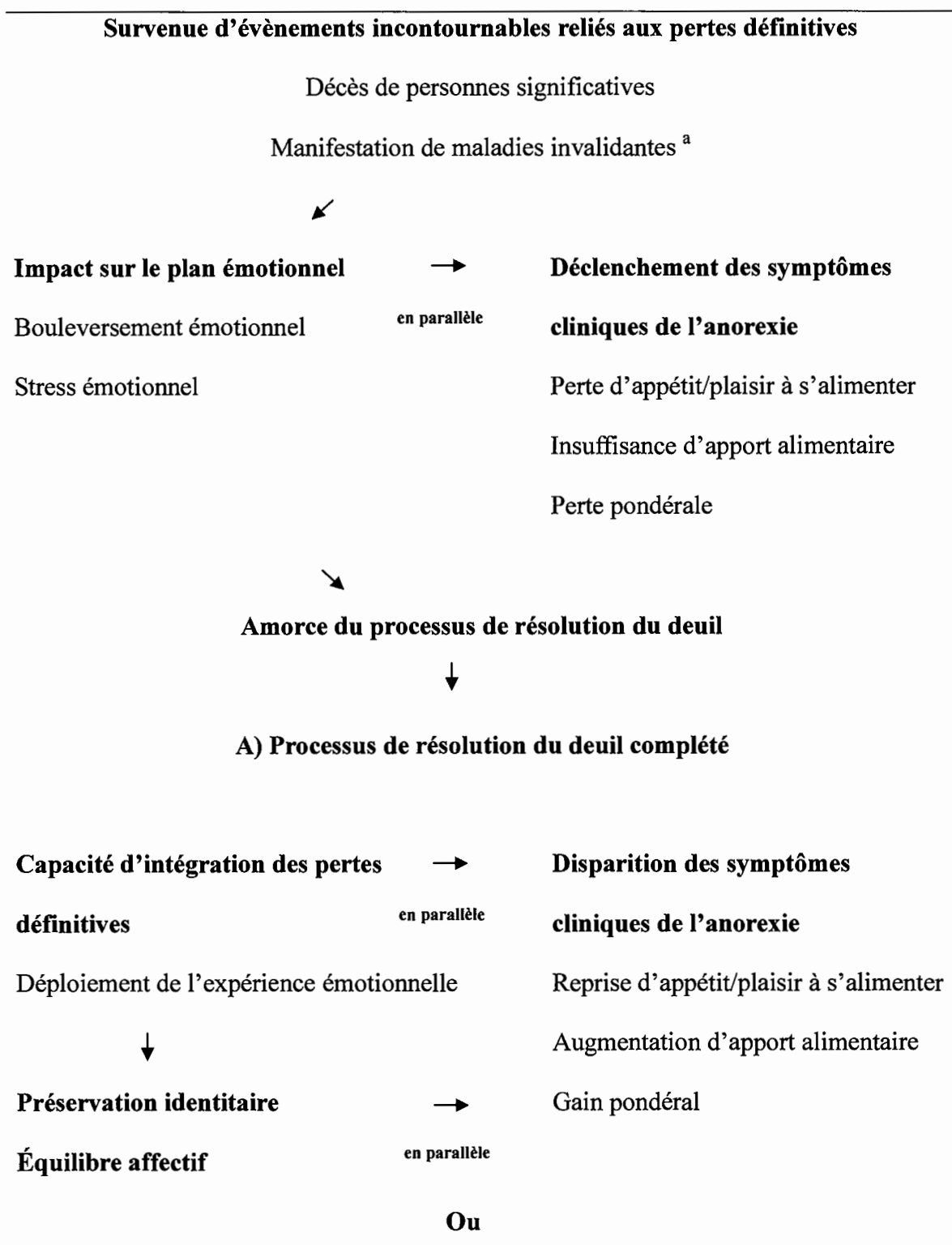
vieillessement même si les pathologies sont manifestement distinctes au point de vue de leurs caractéristiques diagnostiques. Mais assurément, la communauté scientifique doit précisément s'attarder à l'élucidation des dimensions psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement pour permettre une meilleure compréhension de la pathologie et surtout un meilleur arrimage des interventions cliniques.

5.3 Analyse globale des dimensions physiques et psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement

La recherche doctorale propose un portrait intégral du concept de l'anorexie associée au vieillissement ainsi qu'une description structurale des processus psychologiques opérant dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement. Une analyse globale s'avère essentielle pour permettre l'intégration et la synthèse des dimensions physiques et psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement à l'étude dans le cadre de la recherche doctorale.

La figure 3 présente un schéma récapitulatif des dimensions physiques et psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement préparé en fonction d'une évolution séquentielle.

Figure 3. Schéma récapitulatif des dimensions physiques et psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement préparé en fonction d'une évolution séquentielle



Les symptômes cliniques de perte d'appétit, d'insuffisance d'apport alimentaire et de perte pondérale permettant de définir et de diagnostiquer l'anorexie associée au vieillissement s'installent lors de la survenue d'évènements incontournables reliés aux pertes définitives. En fait, l'impact des pertes définitives sur le plan émotionnel est si intense qu'il provoque le déclenchement de la problématique anorexique. Les pertes définitives reliées au décès de personnes significatives et à la manifestation de maladies invalidantes sont précisément celles qui entraînent les difficultés émotionnelles à l'origine de la conduite anorexique. La conduite anorexique ne provient donc pas d'un choix délibéré visant à restreindre l'apport alimentaire et à perdre du poids. Au contraire, elle s'installe insidieusement en réponse aux difficultés émotionnelles nuisant grandement à l'état de santé physique et psychologique.

Un processus de résolution du deuil doit être amorcé pour faire face aux pertes définitives. Le déploiement de l'expérience émotionnelle est alors essentiel pour permettre l'intégration graduelle des pertes définitives. Le façonnement d'une nouvelle identité qui tient compte des changements apportés par les pertes définitives et l'atteinte d'un équilibre affectif qui témoigne d'un état d'acceptation des pertes définitives permettent ensuite d'assurer que le processus de résolution du deuil est complété. Lorsque le processus de résolution du deuil est amorcé et complété, les symptômes cliniques de l'anorexie s'estompent et disparaissent pour faire place au retour de l'appétit, à l'augmentation de l'apport alimentaire et à la reprise du poids.

Malheureusement, le processus de résolution du deuil est parfois entravé par divers facteurs personnels et sociaux. La rétention de l'expérience émotionnelle dans le but de permettre une diminution de la charge émotionnelle et un apaisement temporaire tend alors à s'installer entraînant une difficulté d'intégration des pertes définitives. Une

rupture identitaire témoignant d'un sentiment de dissimilitude avec soi-même et une atteinte affective témoignant d'une activité psychique et d'une vitalité psychique ralenties, voire même suffisamment désactivées pour être associées à un état dépressif, s'installent à leur tour provoquant une perte de sens face à la vie. Le processus de résolution du deuil devient alors pathologique. Lorsque le processus de résolution du deuil est entravé par un fonctionnement pathologique, les symptômes cliniques de l'anorexie se développent, augmentent en intensité et se traduisent par d'autres symptômes cliniques notamment ceux de perte de sensation de la faim et de perte d'intérêt face à l'alimentation.

C'est dans ce contexte évolutif que la conduite anorexique prend tout son sens. D'abord, la conduite anorexique se présente comme une tentative de contrôle pour faire face aux événements incontournables liés aux pertes définitives. Elle agit en tant que mécanisme de défense pour favoriser la rétention de l'expérience émotionnelle. Elle offre un sentiment de contrôle illusoire qui laisse effectivement croire que la détresse émotionnelle liée aux pertes définitives est neutralisée. Ensuite, la conduite anorexique se présente comme une voie détournée d'expression affective en réponse à l'impasse affective causée par la difficulté d'intégration des pertes définitives. Elle agit en tant que mécanisme d'adaptation pour traduire, à travers la somatisation, l'impuissance ressentie devant l'impasse affective. Elle offre un sentiment d'existence illusoire qui laisse effectivement croire en la présence d'une certaine vie affective. Enfin, la conduite anorexique se présente comme un prélude à la mort lorsque la vie perd tout son sens et que l'intégration des pertes définitives ne semble plus possible. Elle témoigne d'un sentiment de résignation et d'attente face à la mort prédéfini par l'intériorisation d'une mort symbolique. Elle offre une méthode éthique acceptable et confortable capable de

causer la mort qui laisse effectivement croire que la mort s'avère la seule option possible pouvant procurer le soulagement tant attendu devant l'absence intérieure et la perte de sens.

La conduite anorexique semble donc afficher des moyens inefficaces de faire face aux évènements incontournables reliés aux pertes définitives. Empêchant le déploiement de l'expérience émotionnelle, entretenant l'impasse affective et minant l'espoir de parvenir à une amélioration de l'état de santé physique et psychologique, elle contribue dans un cercle vicieux à rendre plus complexe et difficile le processus de résolution du deuil. Les pertes définitives agissent comme un facteur précurseur de l'anorexie associée au vieillissement et la difficulté d'intégration des pertes définitives agit comme un facteur aggravant de l'anorexie associée au vieillissement, mais la conduite anorexique agit à son tour comme un facteur contribuant au processus pathologique de résolution du deuil.

Le déploiement de l'expérience émotionnelle et l'expression de la détresse émotionnelle s'avèrent donc essentiels pour défaire ce cercle vicieux affadissant. Effectivement, l'intégration des difficultés émotionnelles, affectives et relationnelles associées aux pertes définitives peut contribuer à l'amélioration de l'état de santé physique et psychologique des personnes âgées et par le fait même à l'amélioration des symptômes cliniques de l'anorexie associée au vieillissement.

5.4 Recommandations cliniques novatrices de l'anorexie associée au vieillissement

L'édification du portrait intégral du concept de l'anorexie associée au vieillissement et de la description structurale des processus psychologiques opérant dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement, façonnée à partir de nos résultats de recherche, permet l'ébauche de recommandations cliniques novatrices qui peuvent évidemment s'adjoindre aux recommandations cliniques actuelles d'ailleurs déjà

brièvement présentées sous les rubriques diagnostic et traitement de l'anorexie associée au vieillissement dans le contexte du cadre théorique. Ces recommandations cliniques novatrices visent essentiellement l'amélioration des interventions cliniques posées auprès des personnes âgées présentant un problème d'anorexie. Évidemment, étant donné la visée de la thèse doctorale, elles concernent particulièrement les composantes psychologiques malgré qu'elles abordent les composantes médicales et nutritionnelles via les aspects diagnostiques et évolutifs.

Les recommandations cliniques novatrices de l'anorexie associée au vieillissement relevant des composantes médicales, nutritionnelles et psychologiques se présentent comme suit:

- s'assurer d'établir un diagnostic différentiel permettant l'élimination de l'anorexie mentale tardive^m;
- s'assurer de graduer l'aspect évolutif de la pathologie selon son niveau de sévérité en tenant compte des différents symptômes cliniquesⁿ;
- s'assurer d'identifier les pertes définitives à l'origine de la conduite anorexique de même que les difficultés émotionnelles associées^o;
- s'assurer de procéder à une évaluation systématique du processus de résolution du deuil des pertes définitives préalablement ciblées^p;
- s'assurer de procéder à une évaluation systématique de l'état dépressif^q;

^m Voir sections 5.1 et 5.1.1

ⁿ Voir sections 5.1 et 5.1.2

^o Voir sections 5.2, 5.2.1, 5.2.1.1 et 5.2.1.2

^p Voir sections 5.2, 5.2.2 et 5.2.2.1

^q Voir sections 5.2, 5.2.2 et 5.2.2.3

- s'assurer d'offrir des interventions cliniques permettant l'intégration des difficultés émotionnelles, affectives et relationnelles associées aux pertes définitives.

Ainsi, nous recommandons d'établir un diagnostic différentiel permettant l'élimination de l'anorexie mentale tardive étant donné que nos résultats de recherche suggèrent la présence de symptômes cliniques s'apparentant à l'anorexie mentale, notamment ceux reliés aux attitudes de contrôle face à l'alimentation, chez plusieurs personnes âgées présentant un problème d'anorexie. De même, nous recommandons de graduer l'aspect évolutif de la pathologie selon son niveau de sévérité en tenant compte des différents symptômes cliniques étant donné que nos résultats de recherche suggèrent la présence de deux niveaux d'évaluation permettant de définir l'anorexie associée au vieillissement de niveau léger à modéré et l'anorexie associée au vieillissement de niveau sévère. Un diagnostic fiable associé à une catégorisation précise de la pathologie peut effectivement permettre des interventions cliniques plus efficaces axées sur les symptômes cliniques les plus pertinents et les plus préoccupants.

Par ailleurs, nous recommandons d'identifier les pertes définitives à l'origine de la conduite anorexique de même que les difficultés émotionnelles associées étant donné que nos résultats de recherche suggèrent la présence de ces éléments déclencheurs dès l'instauration de la conduite anorexique. De même, nous recommandons de procéder à une évaluation systématique du processus de résolution du deuil des pertes définitives préalablement ciblées étant donné que nos résultats de recherche suggèrent la présence d'une difficulté d'intégration des pertes définitives qui favorise l'entretien de la conduite anorexique. Enfin, nous recommandons de procéder à une évaluation systématique de l'état dépressif étant donné que nos résultats de recherche suggèrent la présence d'une

atteinte affective, pouvant être associée à une dépression bien souvent masquée par diverses plaintes somatiques telles que celles reliées à la problématique anorexique, qui favorise l'entretien de la conduite anorexique. Une évaluation plus exhaustive de la pathologie tenant compte des aspects émotionnels, affectifs et relationnels peut effectivement permettre des interventions cliniques plus efficaces axées sur les aspects psychologiques autant que les aspects physiques.

Évidemment, nous recommandons d'offrir des interventions cliniques permettant précisément l'intégration des difficultés émotionnelles, affectives et relationnelles associées aux pertes définitives étant donné que nos résultats de recherche suggèrent la présence de ces dimensions expérientielles dans le cadre des processus psychologiques structurant le développement de l'anorexie associée au vieillissement. P. Thomas, et C. Hazif-Thomas (2004) recommandent également, dans le traitement de l'anorexie associée au vieillissement, des interventions cliniques permettant l'intégration des difficultés émotionnelles, affectives et relationnelles. L'ensemble des disciplines professionnelles concernées doivent donc être impliquées dès la suspicion d'une problématique anorexique de façon à permettre, dans le cadre d'une approche intercollaborative, le déploiement de toutes les expertises professionnelles. Corin (1985) souligne toutefois que la plupart des pathologies physiques investies affectivement à travers diverses formes de somatisation sont très difficiles à traiter. Inagaki, et coll. (2002), Nicholson, et Ballance (1998), Riemann, Mc Nally, et Meier (1993) ainsi que White, Harries, et Allen (1990) parviennent d'ailleurs au même constat concernant l'anorexie mentale tardive en précisant qu'un long processus thérapeutique est souvent nécessaire pour permettre l'amélioration des symptômes cliniques.

CONCLUSION

L'alimentation joue un rôle central dans le maintien de la santé et de la qualité de vie des personnes âgées. Dépendante de multiples facteurs influents, elle subit toutefois une baisse importante avec l'avancée en âge s'associant ainsi fréquemment à un problème d'anorexie. L'anorexie associée au vieillissement, fortement impliquée dans la progression de nombreuses pathologies, contribue alors grandement à la détérioration de la santé et de la qualité de vie des personnes âgées.

La communauté scientifique affiche actuellement une compréhension limitée des éléments causals impliqués dans le développement de l'anorexie associée au vieillissement. Poursuivant rigoureusement son investigation, elle s'attarde largement aux facteurs étiologiques d'ordre physiologique laissant les facteurs étiologiques d'ordre psychologique quasi inexplorés.

La recherche doctorale utilisant une méthode qualitative d'approche phénoménologique sera la première recherche publiée concernant les dimensions psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement et plus précisément l'élucidation des processus psychologiques structurant le développement de l'anorexie associée au vieillissement dans le but de mieux comprendre les composantes psychologiques sous-jacentes qui provoquent, entretiennent et donnent un sens à la conduite anorexique. Elle contribuera à l'avancement des connaissances scientifiques tout en offrant de nouvelles pistes d'investigation. Proposant de surcroît des recommandations cliniques novatrices, elle permettra l'amélioration des interventions cliniques posées auprès des personnes âgées présentant un problème d'anorexie.

BIBLIOGRAPHIE

- Abrams, R. C., Lachs, M., Mc Avay, G., Keohane, D. J., & Bruce, M. L. (2002). Predictors of self-neglect in community-dwelling elders. *The American Journal of Psychiatry*, *159* (10), 1724-1730.
- Alspach, G. (1998). Chemosensory impairments in the elderly: Nothing to sniff at. *Critical Care Nurse*, *18* (2), 16-18.
- Amarantos, E., Martinez, A., & Dwyer, J. (2001). Nutrition and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology-Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *56A* (2), 54-64.
- American Psychiatric Association. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e ed., texte révisé). Paris, France: Masson.
- Arnalich, F., Hernanz, A., Vazquez, J. J., & Amores, A. (1994). Cell-mediated immune response and cytokine production in idiopathic senile anorexia. *Mechanisms of Ageing and Development*, *77* (1), 67-74.
- Bachelor, A. (1989). L'approche phénoménologique en psychologie: Caractéristiques et aspects méthodologiques. *Revue de l'Association pour la Recherche Qualitative*, *2*, 5-17.
- Bachelor, A., & Joshi, P. (1986). *La méthode phénoménologique de recherche en psychologie: Guide pratique*. Québec, Canada: Université Laval.
- Barrell, J. J., Aanstoos, C., Richards, A. C., & Arons, M. (1987). Human science research methods. *Journal of Humanistic Psychology*, *27* (4), 424-457.
- Bartlett, B. J. (1990). Characterization of anorexia in nursing home patients. *Educational Gerontology*, *16* (6), 591-600.

Bartlett, S., Shrimanker, J., & Ballard, C. (2000). Prevalence of abnormal eating amongst elderly people in residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 15* (3), 283-284.

Basile-Filler, M. J. (1997). Anorexia and aging. *Journal of Women and Aging, 9* (1-2), 45-52.

Beckoff, K., Mac Intosh, C. G., Chapman, I. M., Wishart, J. M., Morris, H. A., Horowitz, M., & Jones, K. L. (2001). Effects of glucose supplementation on gastric emptying, blood glucose homeostasis, and appetite in the elderly. *The American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology, 280* (2), 570-576.

Benelam, B. (2009). Satiety and the anorexia of ageing. *British Journal of Community Nursing, 14* (8), 332-335.

Berry, E. M., & Marcus, E.-L. (2000). Disorders of eating in the elderly. *Journal of Adult Development, 7* (2), 87-99.

Bierhals, A. J., Prigerson, H. G., Fasiczka, A., Frank, E., Miller, M., & Reynolds, C. F. (1995). Gender differences in complicated grief among the elderly. *Omega: Journal of Death and Dying, 32* (4), 303-317.

Blanton, C. A., Horwitz, B. A., & McDonald, R. B. (1999). Neurochemical alterations during age-related anorexia. *Proceedings of the Society for Experimental Biology Medicine, 221* (3), 153-165.

Blundell, J. E. (1988). Understanding anorexia in the elderly: Formulating biopsychological research strategies. *Neurobiology of Aging, 9* (1), 18-20.

Blundell, J. E., Lawton, C. J., & King, N. J. (1997). Problems of eating and appetite control in the elderly. *Aging Clinical and Experimental Research, 9* (4), 42.

- Bourquin, F., & Giacomini, V. (1988). L'anorexie de la personne âgée. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 108 (6), 471-477.
- Bright, C. K. (1985). *A study of the impact of normal and atypical grief patterns on the health and living environment of institutionalized and non-institutionalized elderly widows* (Thèse de doctorat). ProQuest Dissertations and Theses database. (AAT 8614592)
- Burton, A. M., Haley, W. E., & Small, B. J. (2006). Bereavement after caregiving or unexpected death: Effects on elderly spouses. *Aging and Mental Health*, 10 (3), 319-326.
- Byrne, G. J. A., & Raphael, B. (1997). The psychological symptoms of conjugal bereavement in elderly men over the first 13 months. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12 (2), 241-251.
- Camu, J. N. (1999). *An exploration of the experience of grief amongst the elderly following the unexpected death of a spouse* (Thèse de doctorat). ProQuest Dissertations and Theses database. (AAT 9941996)
- Castle, S., Nguyen, C., Joaquin, A., Coyne, B., Heuston, C., Chan, A., Percy, L., & Ohmen, J. (1995). Megestrol acetate suspension therapy in the treatment of geriatric anorexia/cachexia in nursing home patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 43 (7), 835-836.
- Chapman, I. M. (2004). Endocrinology of anorexia of ageing. *Best Practice and Research Clinical Endocrinology and Metabolism*, 18 (3), 437-452.
- Chapman, I. M. (2006). Nutritional disorders in the elderly. *The Medical Clinics of North America*, 90 (5), 887-907.
- Chapman, I. M. (2007). The anorexia of aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 23 (4), 735-756.

- Chapman, I. M., Mac Intosh, C. G., Morley, J. E., & Horowitz, M. (2002). The anorexia of ageing. *Biogerontology*, 3 (1-2), 67-71.
- Chapman, K. M., & Nelson, R. A. (1994). Loss of appetite: Managing unwanted weight loss in the older patient. *Geriatrics*, 49 (3), 54-59.
- Chevrier, A. (1991). Karen Blixen: Un cas d'anorexie mentale du troisième âge. *Actualités Psychiatriques*, 7, 44-47.
- Chrisler, J. C., & Ghiz, L. (1993). Body image issues of older women. *Women and Therapy*, 14 (1-2), 67-75.
- Clark, D. C. (1993). Narcissistic crises of aging and suicidal despair. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23 (1), 21-26.
- Clarke, D. M., Wahlqvist, M. L., Rassias, C. R., & Strauss, B. J. G. (1999). Psychological factors in nutritional disorders of the elderly: Part of the spectrum of eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 25 (3), 345-348.
- Clarke, D. M., Wahlqvist, M. L., & Strauss, B. J. G. (1998). Undereating and undernutrition in old age: Integrating bio-psychosocial aspects. *Age and Ageing*, 27 (4), 527-534.
- Clarkston, W. K., Pantano, M. M., Morley, J. E., Horowitz, M., Littlefield, J. M., & Burton, F. R. (1997). Evidence for the anorexia of aging: Gastrointestinal transit and hunger in healthy elderly versus young adults. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 272 (1), 243-248.
- Cohen, M. A. (2000). Bereavement groups with the elderly. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1 (2), 33-41.
- Conte, C., Cascino, A., Bartali, B., Donini, L. M., Rossi-Fanelli, F., & Laviano, A. (2009). *Current Nutrition and Food Science*, 5 (1), 9-12.

Conway, S., & Hockey, J. (1998). Resisting the "mask" of old age? The social meaning of lay health beliefs in later life. *Ageing and Society, 18* (4), 469-494.

Cook, C. G., Andrews, J. M., Jones, K. L., Wittert, G. A., Chapman, I. M., Morley, J. E., & Horowitz, M. (1997). Effects of small intestinal nutrient infusion on appetite and pyloric motility are modified by age. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology, 273* (2), 755-761.

Corin, E. (1985). Définisseurs culturels et repères individuels: Le rapport au corps chez les personnes âgées. *International Journal of Psychology, 20* (4-5), 471-500.

Cornali, C., Franzoni, S., Frisoni, G. B., & Trabucchi, M. (2005). Anorexia as an independent predictor of mortality. *Journal of the American Geriatrics Society, 53* (2), 354-355.

Cosford, P., & Arnold, E. (1991). Anorexia nervosa in the elderly. *The British Journal of Psychiatry, 158*, 286-287.

Cosford, P., & Arnold, E. (1992). Eating disorders in later life: A review. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 7* (7), 492-498.

Council for nutritional clinical strategies in long-term care (1999). *Anorexia in the elderly*. New Jersey, États-Unis: Multimedia Health Care.

Cröse, R. G. (1999). Addressing late life developmental issues for women: Body image, sexuality, and intimacy. In M. Duffy (Ed.), *Handbook of counselling and psychotherapy with older adults* (pp. 57-76). New York, États-Unis: John Wiley and Sons.

Cröse, R. G. (2002). A women's aging body: Friend or foe? In F. K. Trotman & C. M. Brody (Eds.), *Psychotherapy and counseling with older women: Cross-cultural, family, and end-of-life issues* (pp. 17-40). New York, États-Unis: Springer.

Davis, M. A., Murphy, S. P., & Neuhaus, J. M. (1988). Living arrangements and eating behaviors of older adults in the United States. *The Journals of Gerontology: Social Sciences*, 43 (3), 96-98.

Davis, M. A., Murphy, S. P., Neuhaus, J. M., & Lein, D. (1990). Living arrangements and dietary quality of older United States adults. *Journal of the American Dietetic Association*, 90 (1), 1667-1672.

Dawson, T. E. (2000). *A life-span comparison of early attachment experiences to current attachment and psychological well-being in an elderly population* (Thèse de doctorat). ProQuest Dissertations and Theses database. (AAT 9980138)

De Jong, N., Mulder, I., De Graaf, C., & Van Staveren, W. A. (1999). Impaired sensory functioning in elders: The relation with its potential determinants and nutritional intake. *The Journals of Gerontology-Series A: Biological Sciences*, 54 (8), 324-331.

Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (1), 6-20.

Depraz, N. (2001). L'animal, l'enfant, l'aliéné, l'étranger: Quelle altérologie? Auto-antécédance des consciences enfantine et sénescence: La générativité. In N. Depraz (Ed.), *Lucidité du corps: De l'empirisme transcendantal en phénoménologie* (pp. 159-174). Boston, États-Unis: Kluwer Academic.

Deschamps, C. (1993). Démarche de recherche phénoménologique. In C. Deschamps (Ed.), *L'approche phénoménologique en recherche: Comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine* (pp. 43-78). Montréal, Canada: Guérin.

Di Francesco, V., Fantin, F., Omizzolo, F., Residori, L., Bissoli, L., Bosello, O., & Zamboni, M. (2007). The anorexia of aging. *Digestive Diseases*, 25 (2), 129-137.

Di Francesco, V., Zamboni, M., Zoico, E., Mazzali, G., Dioli, A., Omizzolo, F., Bissoli, L., Fantin, F., Rizzotti, P., Solerte, S. B., Micciolo, R., & Bosello, O. (2006). Unbalanced serum leptin and ghrelin dynamics prolong postprandial satiety and inhibit hunger in healthy elderly: Another reason for the anorexia of aging. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 83 (5), 1149-1152.

Donalek, J. G. (2004). Phenomenology as a qualitative research method. *Urologic Nursing*, 24 (6), 516-517.

Donini, L. M., Savina, C., & Cannella, C. (2003). Eating habits and appetite control in the elderly: The anorexia of aging. *International Psychogeriatrics*, 15 (1), 73-87.

Donini, L. M., Savina, C., & Cannella, C. (2010). Nutritional interventions in the anorexia of aging. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 14 (6), 494-496.

Donini, L. M., Savina, C., Piredda, M., Cucinotta, D., Fiorito, A., Inelmen, E. M., Sergi, G., Dominguez, L. J., Barbagallo, M., & Cannella, C. (2008). Senile anorexia in acute-ward and rehabilitation settings. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 12 (8), 511-517.

Duggal, A., & Lawrence, R. M. (2001). Aspects of food refusal in the elderly: The "hunger strike". *The International Journal of Eating Disorders*, 30 (2), 213-216.

Elsner, R. J. F. (2002). Changes in eating behavior during the aging process. *Eating Behaviors*, 3 (1), 15-43.

Featherstone, M., & Hepworth, M. (1991). The mask of ageing and the postmodern life course. In M. Featherstone, M. Hepworth & B. S. Turner (Eds.), *The body: Social process and cultural theory* (pp. 371-389). Londres, Angleterre: Sage.

Ferland, G. (1998). Nutritional problems of the elderly. In K. K. Carroll (Ed.), *Current perspectives on nutrition and health* (pp. 199-212). Montréal, Canada: McGill-Queen's University.

Ferland, G. (2003). Facteurs susceptibles d'influer sur les apports nutritionnels/ Principaux changements physiologiques ayant un impact nutritionnel. In G. Ferland (Ed.), *Alimentation et vieillissement* (pp. 141-191). Université de Montréal.

Fitzpatrick, T. R. (1998). Bereavement events among elderly men: The effects of stress and health. *Journal of Applied Gerontology, 17* (2), 204-228.

Fleming, A. A. (1999). Older men in contemporary discourses on ageing: Absent bodies and invisible lives. *Nursing Inquiry, 6* (1), 3-8.

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & Mc Burnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology-Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 56* (3), 146-156.

Gadalla, T. M. (2008). Eating disorders and associated psychiatric comorbidity in elderly canadian women. *Archives of Women's Mental Health, 11* (5-6), 357-362.

Gattuso, S. (1996). The ageing body and the self-project in women's narratives. *Journal of Occupational Science, 3* (3), 104-109.

Giannini, A. J. (1988). Drug abuse and depression: Possible models for geriatric anorexia. *Neurobiology of Aging, 9* (1), 26-27.

Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. In A. Giorgi (Ed.), *Phenomenology and psychological research* (pp. 8-22). Pittsburgh, États-Unis: Duquesne University.

Giorgi, A. (1986). Theoretical justification for the use of descriptions in psychological research. In P. D. Ashworth, A. Giorgi & A. J. J. De Koning (Eds.), *Qualitative research in psychology* (pp. 3-22). Pittsburgh, États-Unis: Duquesne University.

Giorgi, A. (1988). Validity and reliability from a phenomenological perspective. In W. J. Baker, L. P. Mos, H. V. Rappord & H. J. Stam (Eds.), *Recent trends in theoretical psychology* (pp. 167-176). New York, États-Unis: Springer-Verlag.

Giorgi, A. (1989a). One type of analysis of descriptive data: Procedures involved in following a scientific phenomenological method. In D. E. Polkinghorne & J. Blanton (Eds.), *Methods* (pp. 39-61). San Francisco, États-Unis: Saybrook.

Giorgi, A. (1989b). Some theoretical and practical issues regarding the psychological phenomenological method. *Saybrook Review*, 7 (2), 71-85.

Giorgi, A. (1992). Description versus interpretation: Competing alternative strategies for qualitative research. *Journal of Phenomenological Psychology*, 23 (2), 119-135.

Giorgi, A. (1994). A phenomenological perspective on certain qualitative research methods. *Journal of Phenomenological Psychology*, 25 (2), 190-220.

Giorgi, A. (1997a). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: Théorie, pratique et évaluation. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Lapperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.341-364). Boucherville, Canada: Gaëtan Morin.

Giorgi, A. (1997b). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology, 28* (2), 235-260.

Giorgi, A. (2000). Concerning the application of phenomenology to caring research. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 14* (1), 11-15.

Giorgi, A. (2005). The phenomenological movement and research in the human sciences. *Nursing Science Quarterly, 18* (1), 75-82.

Giorgi, A. (2006). Concerning variations in the application of the phenomenological method. *The Humanistic Psychologist, 34* (4), 305-319.

Giorgi, A., & Giorgi, B. M. (2003). The descriptive phenomenological psychological method. In P. M. Camic, J. E. Rhodes & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology: An expanding perspectives in methodology and design* (pp. 243-273). Washington, États-Unis: American Psychological Association.

Glick, O. J., & Eastman, L. (1991). Body image disturbance. In M. Maas, K. C. Buckwalter & M. Hardy (Eds.), *Nursing diagnosis and interventions for the elderly* (pp. 433-448). New York, États-Unis: Addison-Wesley.

Gorbien, M. J. (1994). Anorexia of aging: A simple approach to management. *Cleveland Clinic Journal of Medicine, 61* (4), 253.

Goumas, J. (1999). Quand le corps de la personne âgée s'enlise. In F. Giromini & M. Basquin (Eds.), *Entretiens de psychomotricité: Du mouvement corporel au mouvement psychique* (pp. 14-18). Paris, France: Expansion Scientifique Française.

Gowers, S. G., & Crisp, A. H. (1990). Anorexia nervosa in an 80 year old woman. *The British Journal of Psychiatry, 157*, 754-757.

Griep, M. I., Verleye, G., Franck, A. H., Collys, K., Mets, T. F., & Massart, D. L. (1996). Variation in nutrient intake with dental status, age and odour perception. *European Journal of Clinical Nutrition*, 50 (12), 816-825.

Gupta, M. A. (1995). Concerns about aging and a drive for thinness: A factor in the biopsychosocial model of eating disorders? *The International Journal of Eating Disorders*, 18 (4), 351-357.

Gupta, M. A., & Schork, N. J. (1993). Aging-related concerns and body image: Possible future implications for eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 14 (4), 481-486.

Hall, P., & Driscoll, R. (1993). Anorexia in the elderly, an annotation. *The International Journal of Eating Disorders*, 14 (4), 497-499.

Hays, N. P., & Roberts, S. B. (2006). The anorexia of aging in humans. *Physiology and Behavior*, 88 (3), 257-266.

Hazan, H. (1986). Body image and temporality among the aged: A case study of an ambivalent symbol. *Studies in Symbolic Interaction*, 7A, 305-329.

Hegge, M., & Fischer, C. (2000). Grief responses of senior and elderly widows: Practice implications. *Journal of Gerontological Nursing*, 26 (2), 35-43.

Hein, S. F., & Austin, W. J. (2001). Empirical and hermeneutic approaches to phenomenological research in psychology: A comparison. *Psychological Methods*, 6 (1), 3-17.

Hennessy, C. H. (1989). Culture in the use, care, and control of the aging body. *Journal of Aging Studies*, 3 (1), 39-54.

Hepworth, M. (1995). Images of old age. In J. F. Nussbaum & J. Coupland (Eds.), *Handbook of communication and aging research* (pp. 5-37). New Jersey, États-Unis: Lawrence Erlbaum.

Hetherington, M. M. (1998). Taste and appetite regulation in the elderly. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 57 (4), 625-631.

Hetherington, M. M., & Burnett, L. (1994). Ageing and the pursuit of slimness: Dietary restraint and weight satisfaction in elderly women. *The British Journal of Clinical Psychology*, 33 (3), 391-400.

Héту, J.-L. (Ed.). (2007). *Psychologie du vieillissement: Comprendre pour intervenir*. Longueuil, Canada: Groupéditions.

Hill, R., Haslett, C., & Kumar, S. (2001). Anorexia nervosa in an elderly woman. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35 (2), 246-248.

Horwitz, B. A., Blanton, C. A., & Mac Donald, R. B. (2002). Physiologic determinants of the anorexia of aging: Insights from animal studies. *Annual Review of Nutrition*, 22, 417-438.

Hsu, L. K. G., & Zimmer, B. (1988). Eating disorders in old age. *The International Journal of Eating Disorders*, 7 (1), 133-138.

Hurd, L. C. (2000). Older women's body image and embodied experience: An exploration. *Journal of Women and Aging*, 12 (3-4), 77-97.

Hycner, R. H. (1985). Some guidelines for the phenomenological analysis of interview data. *Human Studies*, 8, 279-303.

Inagaki, T., Horiguchi, J., Tsubouchi, K., Miyaoka, T., Uegaki, J., & Seno, H. (2002). Late onset anorexia nervosa: Two case reports. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32 (1), 91-95.

- Janelli, L. M. (1986). Body image in older adults: A review of the literature. *Rehabilitation Nursing, 11* (4), 6-8.
- Janelli, L. M. (1993). Are there body image differences between older men and women? *Western Journal of Nursing Research, 15* (3), 327-339.
- Johnson, C. S. (2002). Nutritional considerations for bereavement and coping with grief. *The Journal of Nutrition, Health and Aging, 6* (3), 171-176.
- Kay, P. A. J. (1987). Clinical aspects of geriatric eating disorders. In H. L. Field & B. B. Domangue (Eds.), *Eating disorders throughout the life span* (pp. 139-146). New York, États-Unis: Praeger.
- Keller, H. H., & Ostbye, T. (2003). Nutritional risk and time to death; predictive validity of screen (seniors in the community risk evaluation for eating and nutrition). *The Journal of Nutrition, Health and Aging, 7* (2), 274-279.
- Keller, H. H., Ostbye, T., & Bright-See, E. (1997). Predictors of dietary intake in Ontario seniors. *Canadian Journal of Public Health, 88* (5), 305-309.
- Kérisit, M. (2000). Les figures du vieillissement des femmes en gérontologie. In S. Frigon & M. Kérisit (Eds.), *Du corps des femmes: Contrôles, surveillances et résistances* (pp. 195-228). Université d'Ottawa.
- Kligman, A. M., & Graham, J. A. (1989). The psychology of appearance in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine, 5* (1), 213-222.
- Landi, F., Laviano, A., & Cruz-Jentoft, A. J. (2010). The anorexia of aging: Is it a geriatric syndrome? *Journal of the American Medical Directors Association, 11* (3), 153-156.
- Landi, F., Russo, A., Liperoti, R., Tosato, M., Barillaro, C., Pahor, M., Bernabei, R., & Onder, G. (2010). Anorexia, physical function, and incident disability among the

frail elderly population: Results from the ilSIRENTE study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11 (4), 268-274.

Lanier, J. G. (1996). *Attachment style, social support and psychological adjustment among the elderly* (Thèse de doctorat). ProQuest Dissertations and Theses database. (AAT 9718184)

Larocca, F. E. F., & Goodner, S. A. (1988). Eating disorders in the elderly: Transgenerational psychiatry. *Clinical Gerontologist*, 7 (3-4), 137-153.

Leahey, J., Marcoux, Y., Sauvageau, J., & Spain, A. (1989). L'élaboration de la méthode d'une recherche d'inspiration phénoménologique: Quiproquos et imbroglio. *Revue de l'Association pour la Recherche Qualitative*, 2, 27-41.

Le Breton, D. (2001). Le vieillissement intolérable: Le corps défait. In D. Le Breton (Ed.), *Anthropologie du corps et modernité* (2^e ed., pp. 145-155). Presses Universitaires de France.

Lee, J. S., & Frongillo, E. A. (2001). Factors associated with food insecurity among U. S. elderly persons: Importance of functional impairments. *The Journals of Gerontology: Social Sciences*, 56B (2), 94-99.

Lee, J. S., Kritchevsky, S. B., Tylavsky, F., Harris, T. B., Ayonayon, H. N., & Newman, A. B. (2006). Factors associated with impaired appetite in well-functioning community-dwelling older adults. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 26 (1-2), 27-43.

Leibowitz, S. F. (1988). Brain neurotransmitters and eating behavior in the elderly. *Neurobiology of Aging*, 9 (1), 20-22.

Lewis, D. M., & Cachelin, F. M. (2001). Body image, body dissatisfaction, and eating attitudes in midlife and elderly women. *Eating Disorders-The Journal of Treatment and Prevention*, 9 (1), 29-39.

Loomis, R. A., & Thomas, C. D. (1991). Elderly women in nursing home and independent residence: Health, body attitudes, self-esteem and life satisfaction. *Canadian Journal on Aging, 10* (3), 224-231.

Lund, D. A., Dimond, M. F., Caserta, M. S., Johnson, R. J., Poulton, J. L., & Connelly, J. R. (1985). Identifying elderly with coping difficulties after two years of bereavement. *Omega: Journal of Death and Dying, 16* (3), 213-224.

Mac Intosh, C. G., Andrews, J. M., Jones, K. L., Wishart, J. M., Morris, H. A., Jansen, J. B. M. J., Morley, J. E., Horowitz, M., & Chapman, I. M. (1999). Effects of age on concentrations of plasma cholecystokinin, glucagon-like peptide 1, and peptide YY and their relation to appetite and pyloric motility. *The American Journal of Clinical Nutrition, 69* (5), 999-1006.

Mac Intosh, C. G., Horowitz, M., Verhagen, M. A. M. T., Smout, A. J. P. M., Wishart, J., Morris, H., Goble, E., Morley, J. E., & Chapman, I. M. (2001). Effect of small intestinal nutrient infusion on appetite, gastrointestinal hormone release, and gastric myoelectrical activity in young and older men. *The American Journal of Gastroenterology, 96* (4), 97-1007.

Mac Intosh, C. G., Morley, J. E., & Chapman, I. M. (2000). The anorexia of aging. *Nutrition, 16* (10), 983-995.

Mac Intosh, C. G., Morley, J. E., Wishart, J., Morris, H., Jansen, J. B. M. J., Horowitz, M., & Chapman, I. M. (2001). Effect of exogenous cholecystokinin CCK-8 on food intake and plasma CCK, leptin, and insulin concentrations in older and young adults: Evidence for increased CCK activity as a cause of the anorexia of aging. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 86* (12), 5830-5837.

Mac Intosh, C. G., Sheehan, J., Davani, N., Morley, J. E., Horowitz, M., & Chapman, I. M. (2001). Effects of aging on the opioid modulation of feeding in humans. *Journal of the American Geriatrics Society, 49* (11), 1518-1524.

Marcus, E.-L., & Berry, E. M. (1998). Refusal to eat in the elderly. *Nutrition Reviews, 56* (6), 163-171.

Martinez, M., Arnalich, F., & Hernanz, A. (1993). Alterations of anorectic cytokine levels from plasma and cerebrospinal fluid in idiopathic senile anorexia. *Mechanisms of Ageing and Development, 72* (2), 145-153.

Martinez, M., Arnalich, F., Vazquez, J. J., & Hernanz, A. (1993). Altered cerebrospinal fluid amino acid pattern in the anorexia of aging: Relationship with biogenic amine metabolism. *Life Sciences, 53* (21), 1643-1650.

Martinez, M., Hernanz, A., Gomez-Cerezo, J., Pena, J. M., Vazquez, J. J., & Arnalich, F. (1993). Alterations in plasma and cerebrospinal fluid levels of neuropeptides in idiopathic senile anorexia. *Regulatory Peptides, 49* (2), 109-117.

Mc Intosh, J. L., & Hubbard, R. W. (1988). Indirect self-destructive behavior among the elderly: A review with cases examples. *Journal of Gerontological Social Work, 13* (1-2), 37-48.

Mermelstein, H. T., & Basu, R. (2001). Can you ever be too old to be too thin? Anorexia nervosa in a 92 year old woman. *The International Journal of Eating Disorders, 30* (1), 123-126.

Miller, D. K., Morley, J. E., Rubenstein, L. Z., & Pietruszka, F. M. (1991). Abnormal eating attitudes and body image in older undernourished individuals. *Journal of American Geriatrics Society, 39* (5), 462-466.

- Monson, T. (1986). Nutritional problems vary among elderly persons. *Nutrition week*, 17, 4-5.
- Morley, J. E. (1987). Nutritional problems in the elderly. *Boletin de la Asociacion Medica de Puerto Rico*, 79 (12), 505-507.
- Morley, J. E. (1990). Anorexia in older patients: Its meaning and management. *Geriatrics*, 45 (12), 59-66.
- Morley, J. E. (1995). Anorexia of aging and protein-energy undernutrition. In J. E. Morley, Z. Glick & L. Z. Rubenstein (Eds.), *Geriatric nutrition: A comprehensive review* (2^o ed., pp. 75-78). New York, États-Unis: Raven.
- Morley, J. E. (1996). Anorexia in older persons: Epidemiology and optimal treatment. *Drugs and Aging*, 8 (2), 134-155.
- Morley, J. E. (1997). Anorexia of aging: Physiologic and pathologic. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 66 (4), 760-773.
- Morley, J. E. (2001a). Anorexia, body composition, and ageing. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 4 (1), 9-13.
- Morley, J. E. (2001b). Anorexia, sarcopenia, and aging. *Nutrition*, 17 (7-8), 660-663.
- Morley, J. E. (2001c). Decreased food intake with aging. *The Journals of Gerontology-Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56A (2), 81-88.
- Morley, J. E. (2002). Pathophysiology of anorexia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18 (4), 661-673.
- Morley, J. E. (2003). Anorexia and weight loss in older persons. *The Journals of Gerontology-Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58A (2), 131-137.

Morley, J. E. (2010). Anorexia, weight loss, and frailty. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11 (4), 225-228.

Morley, J. E., Miller, D. K., & Flood, J. F. (1993). Anorexia, weight loss and the aging process. In E. Ferrari, F. Brambilla & S. B. Solerte (Eds.), *Primary and secondary eating disorders: A psychoneuroendocrine and metabolic approach* (pp. 425-432). New York, États-Unis: Pergamon.

Morley, J. E., Miller, D. K., Perry, H. M., Patrick, P., Guigoz, Y., & Vellas, B. (1999). Anorexia of aging, leptin, and the Mini Nutritional Assessment. *Nestlé Nutrition Workshop Series Clinical and Performance Program*, 1, 67-76.

Morley, J. E., & Morley, P. M. K. (1995). Psychological and social factors: The pathogenesis of weight loss. In M. P. Lawton, J. E. Morley & D. K. Miller (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (vol. 15, pp. 83-109). New York, États-Unis: Springer.

Morley, J. E., & Silver, A. J. (1988). Anorexia in the elderly. *Neurobiology of Aging*, 9 (1), 9-16.

Morley, J. E., Silver, A. J., Miller, D. K., & Rubenstein, L. Z. (1989). The anorexia of the elderly. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 575, 50-58.

Morley, J. E., & Thomas, D. R. (1999). Anorexia and aging: Pathophysiology. *Nutrition*, 15 (6), 499-503.

Mowe, M., & Bohmer, T. (2002). Reduced appetite: A predictor for undernutrition in aged people. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 6 (1), 81-83.

Mucchielli, A. (1991). Les techniques de recueil des données. In A. Mucchielli (Ed.), *Les méthodes qualitatives* (1^{ère} ed., pp. 21-48). Presses Universitaires de France.

- Mucchielli, A. (Ed.). (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris, France: Armand Colin.
- Nagaratnam, N., & Ghougassian, D. F. (1988). Anorexia nervosa in a 70 year old man. *British Medical Journal*, 296 (6634), 1443-1444.
- Nicholson, S. D., & Ballance, E. (1998). Anorexia nervosa in later life: An overview. *Hospital Medicine*, 59 (4), 268-272.
- Nilsson, M., Ekman, S.-L., & Sarvimaki, A. (1998). Ageing with joy or resignation to old age: Older people's experiences of the quality of life in old age. *Health Care Later Life*, 3 (2), 94-110.
- Oberg, P. (1996). The absent body: A social gerontological paradox. *Ageing and Society*, 16 (6), 701-719.
- Olsen-Noll, C. G., & Bosworth, M. F. (1989). Anorexia and weight loss in the elderly: Causes range from loose dentures to debilitating illness. *Postgraduate Medicine*, 85 (3), 140-144.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (10^e ed., texte révisé). Genève, Suisse. <http://www.med.univ-rennes1.fr>
- Osterweis, M. (1985). Bereavement and the elderly. *Aging*, 348, 8-13.
- Parkes, C. M. (1997). Bereavement and mental health in the elderly. *Reviews in Clinical Gerontology*, 7, 47-53.
- Payette, H., Gray-Donald, K., Cyr, R., & Boutier, V. (1995). Predictors of dietary intake in a functionally dependant elderly population in the community. *American Journal of Public Health*, 85 (5), 677-683.

Peat, C. M., Peyerl, N. L., & Muehlenkamp, J. J. (2008). Body image and eating disorders in older adults: A review. *The Journal of General Psychology, 135* (4), 343-358.

Pellerin, J., Mure-Petitjean, C., & Boiffin, A. (2000). Anorexie mentale au cours du vieillissement: À propos d'un cas. *Annales de Médecine Interne, 151*, 47-51.

Pinkerton, S. A. (1992). *Weight loss in elderly nursing home residents: An emphasis on anorexia nervosa* (Thèse de doctorat). ProQuest Dissertations and Theses database. (AAT 1351271)

Pobee, K. A., & Lapalio, L. R. (1996). Anorexia nervosa in the elderly: A multidisciplinary diagnosis. *Clinical Gerontologist, 16* (3), 3-9.

Polkinghorne, D. E. (1989). Phenomenological research methods. In R. S. Valle & S. Halling (Eds.), *Existential-phenomenological perspectives in psychology: Exploring the breadth of human experience* (pp. 41-60). New York, États-Unis: Plenum.

Pollock, G. H. (1987). The mourning-liberation process: Ideas on the inner life of the older adult. In J. Sadavoy & M. Leszcz (Eds.), *Treating the elderly with psychotherapy: The scope for change in later life* (pp. 3-29). Madison, États-Unis: International Universities.

Préville, M., Boyer, R., Hébert, R., Bravo, G., & Séguin, M. (2005). Correlates of suicide in the older adult population in Quebec. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35* (1), 91-105.

Price, W. A., Giannini, A. J., & Colella, J. (1985). Anorexia nervosa in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society, 33* (3), 213-215.

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of complicated

grief : A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59 (1-2), 65-79.

Prost, C. (1988). Les plaintes corporelles de la personne âgée. *Soins. Psychiatrie*, 89, 41-44.

Rajcevic, K., & Wakefield, B. (1991). Altered nutrition: Less than body requirements. In M. Maas, K. C. Buckwalter & M. Hardy (Eds.), *Nursing diagnosis and interventions for the elderly* (pp. 97-105). New York, États-Unis: Addison-Wesley.

Ramell, M. D., & Brown, N. (1988). Anorexia nervosa in a 67 year old woman. *Postgraduate Medical Journal*, 64 (747), 48-49.

Rayner, C. K., Mac Intosh, C. G., Chapman, I. M., Morley, J. E., & Horowitz, M. (2000). Effects of age on proximal gastric motor and sensory function. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 35 (10), 1041-1047.

Reker, G. T. (2001). Prospective predictors of successful aging in community-residing and institutionalized canadian elderly. *Ageing International*, 27 (1), 42-64.

Riemann, B. C., Mc Nally, R. J., & Meier, A. (1993). Anorexia nervosa in an elderly man. *The International Journal of Eating Disorders*, 14 (4), 501-504.

Roberts, S. B. (1995). Effects of aging on energy requirements and the control of food intake in men. *The Journals of Gerontology-Series A: Biological Sciences*, 50A, 101-106.

Roberts, S. B., Fuss, P., Heyman, M. B., Evans, W. J., Tsay, R., Rasmussen, H., Fiore, M., Cortiella, J., Dallal, G. E., & Young, V. R. (1994). Control of food intake in older men. *The Journal of the American Medical Association*, 272 (20), 1601-1606.

Rockwood, K., Stadnyk, K., Carver, D., Mac Pherson, K. M., Beanlands, H. E., Powell, C., Stolee, P., Thomas, V. S., & Tonks, R. S. (2000). A clinimetric evaluation of

specialized geriatric care for rural dwelling, frail older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48 (9), 1080-1085.

Roe, D. A. (1987). Factors determining food intake. In D. A. Roe (Ed.), *Geriatric nutrition* (2^e ed., pp. 87-98). New Jersey, États-Unis: Englewood Cliffs.

Roe, D. A. (1990). Risks of hunger in the elderly. *Journal of Environmental Pathology, Toxicology and Oncology*, 10 (4-5), 198-205.

Rolls, B. J. (1989). Regulation of food and fluid intake in the elderly. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 561, 217-225.

Rolls, B. J. (1992). Aging and appetite. *Nutrition Reviews*, 50 (12), 422-426.

Rolls, B. J. (1993). Appetite, hunger, and satiety in the elderly. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 33 (1), 39-44.

Rolls, B. J. (1994). Appetite and satiety in the elderly. *Nutrition Reviews*, 52 (8), 9-10.

Rolls, B. J. (1999). Do chemosensory changes influence food intake in the elderly. *Physiology and Behavior*, 66 (2), 193-197.

Rolls, B. J., Dimeo, K. A., & Shide, D. J. (1995). Age-related impairments in the regulation of food intake. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 62 (5), 923-931.

Rosenbloom, C. A., & Whittington, F. J. (1993). The effects of bereavement on eating behaviors and nutrient intakes in elderly widowed persons. *The Journals of Gerontology: Social Sciences*, 48 (4), 223-229.

Rosenzweig, A., Prigerson, H., Miller, M. D., & Reynolds, C. F. (1997). Bereavement and late-life depression: Grief and its complications in the elderly. *Annual Review of Medicine*, 48, 421-428.

Roy, B. (2002). Dis-moi ce que tu manges, je te dirai qui tu es. *Le Clinicien*, 17 (7), 31-35.

Sauvageau, J. (1989). Historicité, corporalité et "présence" du chercheur dans le processus de recherche: Quelques problèmes liés à la pratique de la réduction phénoménologique. *Revue de l'Association pour la Recherche Qualitative*, 2, 81-97.

Savina, C., Donini, L. M., & Cannella, C. (2006). Anorexia of aging. In P. Swain (Ed.), *New developments in eating disorders research* (pp. 135-147). New York, États-Unis: Nova Science.

Schiffman, S. S. (1994). The role of taste and smell in appetite and satiety: Impact of chemosensory changes due to aging and drug interactions. In M. L. Wahlqvist, A. S. Truswell, R. Smith & P. J. Nestell (Eds.), *Nutrition in a sustainable environment* (pp. 728-731). Londres, Angleterre: Smith-Gordon.

Schiffman, S. S. (1999). Chemosensory impairment and appetite commentary on "impaired sensory functioning in elders: The relation with its potential determinants and nutritional intake". *The Journals of Gerontology-Series A: Biological Sciences*, 54 (8), 332-333.

Schiffman, S. S., & Graham, B. G. (2000). Taste and smell perception affect appetite and immunity in the elderly. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54 (3), 54-63.

Schiffman, S. S., & Warwick, Z. S. (1988). Flavor enhancement of foods for the elderly can reverse anorexia. *Neurobiology of Aging*, 9 (1), 24-26.

Schiffman, S. S., & Warwick, Z. S. (1991). Changes in taste and smell over the life span: Effects on appetite and nutrition in the elderly. In M. I. Friedman, M. G. Tordoff

& M. R. Kare (Eds.), *Chemical senses: Appetite and nutrition* (vol. 4, pp. 341-365). New York, États-Unis: Marcel Dekker.

Shear, K. (2005). Bereavement-related depression in the elderly. *CNS Spectrums*, 10 (8), 3-5.

Shock, N. W. (1988). Anorexia in the elderly [commentaire]. *Neurobiology of Aging*, 9 (1), 17.

Silver, A. J. (1990). Anorexia of aging and protein-energy malnutrition. In J. E. Morley, Z. Glick & L. Z. Rubenstein (Eds.), *Geriatric nutrition: A comprehensive review* (pp. 105-115). New York, États-Unis: Raven.

Simard, C. (Ed.). (2005). *Vieillesse, identité, affectivité: Préserver la valeur du quotidien*. Montréal, Canada: Centre Collégial de Développement de Matériel Didactique.

Spangler, A. A., & Eigenbrod, J. S. (1995). Field trial affirms value of determining nutrition-related problems of free-living elderly. *Journal of the American Dietetic Association*, 95 (4), 489-490.

Statistique Canada. (1996). *Démence chez les personnes âgées*. Ottawa, Canada. <http://www.statcan.gc.ca>

Statistique Canada. (1999). *Enquête nationale sur la santé de la population*. Ottawa, Canada. <http://www.statcan.gc.ca>

Statistique Canada. (2008). *Estimations et projections démographiques de la population canadienne*. Ottawa, Canada. <http://www.statcan.gc.ca>.

Sturm, K., Mac Intosh, C. G., Parker, B. A., Wishart, J., Horowitz, M., & Chapman, I. M. (2003). Appetite, food intake and plasma concentrations of cholecystokinin, ghrelin and other gastrointestinal hormones in undernourished older

women and well-nourished young and older women. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 88 (8), 3747-3755.

Szanto, K., Gildengers, A., Mulsant, B. H., Brown, G., Alexopoulos, G. S., & Reynolds, C. F. (2002). Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. *Drugs and Aging*, 19 (1), 11-24.

Thomas, D. R. (2005). Are older people starving to death in a world of plenty? *Neslé Nutrition Workshop Series Clinical and Performance Program*, 10, 15-29.

Thomas, D. R. (2009). Anorexia: Aetiology, epidemiology, and management in older people. *Drugs and Aging*, 26 (7), 557-570.

Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2004). Anorexie de la personne âgée. *Krankenpflege. Soins Infirmiers*, 97 (6), 40-45.

Tulle-Winton, E. (1999). Growing old and resistance: Towards a new cultural economy of old age? *Ageing and Society*, 19 (3), 281-299.

Van Staveren, W. A., De Graaf, C., & De Groot, L. C. P. G. M. (2002). Regulation of appetite in frail persons. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18 (4), 675-684.

Visvanathan, R., & Chapman, I. M. (2009). Undernutrition and anorexia in the older person. *Gastroenterology Clinics of North America*, 38 (3), 393-409.

Von Eckartsberg, R. (1998). Existential-phenomenological research. In R. S. Valle (Ed.), *Phenomenological inquiry in psychology: Existential and transpersonal dimensions* (pp. 21-61). New York, États-Unis: Plenum.

Wahlqvist, M. L., Savige, G. S., & Lukito, W. (1995). Nutritional disorders in the elderly. *The Medical Journal of Australia*, 163 (7), 376-381.

Walsh, R. A. (1995). The approach of the human science researcher: Implications for the practice of qualitative research. *The Humanistic Psychologist*, 23 (3), 333-344.

Walter, W. B. (1987). Pharmacological aspects of nutrition in the elderly. In H. L. Field & B. B. Domangue (Eds.), *Eating disorders throughout the life span* (pp. 147-156). New York, États-Unis: Praeger.

White, A., Harries, D., & Allen, S. C. (1990). Anorexia nervosa in the elderly: A case report and review of the literature. *The British Journal of Clinical Practice*, 44 (11), 630-631.

Wiederman, M. W. (1995). Eating disorders in an 86-year-old female. *Clinical Gerontologist*, 16 (2), 77-79.

Wikby, K., & Fagerskiold, A. (2004). The willingness to eat: An investigation of appetite among elderly people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (2), 120-127.

Wills, A., & Olivieri, S. (1998). Anorexia nervosa in old age. *Aging and Mental Health*, 2 (3), 239-245.

Williams, F. R. (1989). Bereavement and the elderly: The role of the psychotherapist. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 5 (1-2), 225-241.

Wilson, M.-M. G., Thomas, D. R., Rubenstein, L. Z., Chibnall, J. T., Anderson, S., Baxi, A., Diebold, M. R., & Morley, J. E. (2005). Appetite assessment: Simple appetite questionnaire predicts weight loss in community-dwelling adults and nursing home residents. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82 (5), 1074-1081.

Winkler, S., Garg, A. K., Mekayarajjananonth, T., Bakaeen, L. G., & Khan, E. (1999). Depressed taste and smell in geriatric patients. *Journal of the American Dental Association*, 130 (12), 1759-1765.

Wood, P., & Vogen, B. D. (1998). Feeding the anorectic client: Comfort foods and happy hour. *Geriatric Nursing*, 19 (4), 192-194.

Yen, P. K. (1994). Boosting intake when appetite is poor. *Geriatric Nursing*, 15 (5), 284.

Yen, P. K. (1996). When food doesn't taste good anymore. *Geriatric Nursing*, 17 (1), 44-45.

ANNEXE A FORMULAIRE D'INFORMATION

Recherche doctorale: "Le sens et les dimensions psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement"

Chercheure: Danielle Ferland, B.Sc.Nut., Ph.D.Ps. ©

Préambule

Avant d'accepter de participer à la recherche doctorale, je vous conseille de prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Je vous invite à me poser toutes les questions que vous jugez utiles et à me demander de vous expliquer tous les éléments qui ne sont pas clairs.

Nature de la recherche doctorale

Je suis la chercheure principale de la recherche doctorale intitulée "Le sens et les dimensions psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement". Je suis détentrice d'un baccalauréat en nutrition et je travaille comme nutritionniste clinicienne au département de gériatrie active de l'Hôpital Saint-Luc du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) depuis plus d'une quinzaine d'années. Je suis spécialisée dans le traitement des personnes âgées présentant un problème d'anorexie. Le terme anorexie chez les personnes âgées ne fait aucunement référence au terme anorexie mentale chez les jeunes adolescentes. Il correspond plutôt à une perte d'appétit, d'intérêt et de plaisir face à l'alimentation entraînant une réduction d'apport alimentaire ainsi qu'une perte pondérale.

Je poursuis présentement des études avancées en psychologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Je prépare, dans le cadre de ma thèse doctorale, une recherche doctorale concernant les dimensions psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement. Je souhaite ainsi approfondir et mieux comprendre la façon dont les

personnes âgées vivent cet état anorexique les privant d'une alimentation adéquate et suffisante dans le but de permettre l'amélioration des interventions cliniques posées auprès d'elles.

Nature de la participation du sujet

Votre participation à la recherche doctorale consiste uniquement à prendre part à une entrevue de recherche d'une durée d'environ une heure à une heure et demie à l'intérieur de laquelle je vous interviewe sur différents thèmes reliés à l'anorexie associée au vieillissement. Je prévois ainsi vous poser environ une quinzaine de questions. L'entrevue de recherche, sous forme d'un dialogue ouvert, vise simplement l'échange sincère pour mieux connaître et mieux comprendre.

Évidemment, l'enregistrement audio de l'entrevue de recherche est nécessaire pour l'analyse ultérieure des données recueillies. Enfin, l'endroit prévu pour le déroulement de l'entrevue de recherche doit être discret et silencieux. Je peux assurément me déplacer à votre domicile.

Bénéfices

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à la recherche doctorale. Les résultats obtenus visent toutefois l'avancement des connaissances théoriques concernant les dimensions psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement.

Risques et inconvénients

Il se peut que vous ressentiez une certaine détresse psychologique durant ou à la fin de l'entrevue de recherche. Certaines questions plus personnelles peuvent vous indisposer. Évidemment, vous n'êtes aucunement tenu de répondre expressément à toutes

les questions. Si vous vous sentez déprimé, je verrai à vous référer vers un professionnel de la santé.

Confidentialité

Toutes les mesures appropriées sont prises afin que soit préservée la confidentialité des renseignements contenus dans votre dossier médical. De plus, les données recueillies au cours de l'entrevue de recherche sont divulguées et publiées dans l'anonymat complet.

Liberté de consentement et liberté de se retirer

Votre participation est tout à fait volontaire et vous êtes totalement libre de participer ou non à la recherche doctorale. De plus, vous êtes libre en tout temps de vous retirer de la recherche doctorale sans pénalité, sans que cela nuise à vos relations avec le personnel soignant de votre établissement de santé et sans que la qualité des soins que vous recevez n'en soit affectée.

Personnes-ressources

Danielle Ferland, nutritionniste clinicienne à l'Hôpital Saint-Luc du CHUM et doctorante en psychologie à l'UQAM, est la chercheuse principale de la recherche doctorale et la personne à rejoindre pour des renseignements sur le déroulement de la recherche doctorale ou pour tout problème urgent relié à la recherche doctorale. Ses coordonnées téléphoniques sont le (450)-665-7783.

_____, nutritionniste clinicienne au _____,
est la personne impliquée dans la sélection des sujets de la recherche doctorale. Ses
coordonnées téléphoniques sont le _____.

ANNEXE B FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Recherche doctorale: "Le sens et les dimensions psychologiques de l'anorexie associée au vieillissement"

Chercheure: Danielle Ferland, B.Sc.Nut., Ph.D.Ps. ©

Je déclare avoir lu le formulaire d'information particulièrement quant à la nature de ma participation à la recherche doctorale et quant à l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué la recherche doctorale, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à la recherche doctorale. On me remettra une copie signée du formulaire de consentement. En signant le formulaire de consentement, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère la chercheure ou l'établissement de santé de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom du sujet: _____

Signature: _____ Date: _____

Nom du témoin: _____

Signature: _____ Date: _____

Je certifie avoir expliqué au sujet la nature de la recherche doctorale ainsi que le contenu du formulaire d'information, avoir répondu à toutes ses questions et avoir indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation. Je lui remets une copie signée du formulaire de consentement.

Nom de la chercheure: _____

Signature: _____ Date: _____