

<p><b>Fiche No<sup>4</sup></b></p>	<p><b>L'efficacité de l'éducation en nutrition dans la promotion de la saine alimentation auprès des aînés dans le nord-est de la Thaïlande</b></p> <p>Meethien N, Pothiban L, Ostwald S. K. et autres (2011). Effectiveness of nutritional education in promoting healthy eating among elders in northeastern Thailand. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. Jul-Sep; 15 (3) : 188-201.</p>
<p><b>But de l'intervention</b></p>	<p>Augmenter les connaissances et les habiletés associées à la saine alimentation et motiver l'adoption et le maintien de saines habitudes alimentaires chez les aînés, par l'entremise de la famille rapprochée.</p>
<p><b>Description de l'intervention</b></p>	<p><b>Quoi :</b></p> <p>Plusieurs approches éducationnelles ont été utilisées. Dans une perspective de validation, le contenu de chaque composante du programme a été revu par cinq experts en nutrition chez les aînés. Voici les activités présentées aux aînés et aux membres de leurs familles :</p> <p><u>Éducation en nutrition pour augmenter les connaissances et les habiletés :</u></p> <p>Des groupes d'enseignement et de discussion sur la saine alimentation ont été effectués, couvrant les thèmes suivants : la pyramide du guide alimentaire thaïlandais, les lignes directrices sur l'alimentation, les étiquettes alimentaires, les nutriments essentiels, les choix alimentaires et l'épicerie, la préparation de la nourriture (incluant des mesures sanitaires et d'entreposage), les bénéfices et les barrières d'une saine alimentation, les menus sains pour les aînés vivant dans le Nord-Est de la Thaïlande.</p> <p>Durant la première semaine, chacun des participants (aînés et membres de la famille) a reçu l' « Elder Healthy Eating Booklet », un document qui contient de l'information sur la saine alimentation pour les aînés. L'information contenue dans ce document ainsi que celle transmise lors des groupes d'enseignement a été développée par le chercheur principal à partir d'une revue exhaustive de l'information existante sur la saine alimentation chez les aînés.</p> <p><u>« Counselling » individuel :</u></p> <p>Les sessions de « counselling » individuel ont été offertes par la chercheuse principale qui s'est rendue au domicile des participants. Les sessions avaient pour but d'assister les aînés</p>

dans la résolution de problèmes en lien avec des problématiques qu'ils pouvaient rencontrer dans la pratique d'une saine alimentation, telle que : les barrières dans l'adoption d'une saine alimentation, les ajustements de leur plan alimentaire et la fixation d'objectifs réalistes. Les participants ont reçu le numéro de téléphone de la chercheuse principale et ils ont été encouragés à lui téléphoner s'ils avaient besoin d'un soutien supplémentaire.

Motivation à adopter une saine alimentation :

Le plan de motivation était conçu à partir des concepts cognitifs et affectifs spécifiques au comportement de Pender. Le but était d'augmenter la perception d'efficacité personnelle par des démonstrations de préparation et de choix de nourriture santé, par l'entraînement et l'offre d'orientations concernant le plan d'alimentation et les objectifs personnels, par le renforcement verbal, par des conseils en vue de résoudre les problèmes émotionnels en lien avec les changements alimentaires et par des groupes de discussion sur l'adoption de saines habitudes alimentaires.

Cette partie comprenait également des activités visant à augmenter les bénéfices perçus et à diminuer les barrières perçues concernant la saine alimentation. Des enseignements de groupe sur les bénéfices d'une saine alimentation, des discussions sur les effets positifs, les problèmes et les barrières concernant une saine alimentation et du « counselling » individuel pour aider à la sélection de la meilleure action afin d'arriver au succès et à l'élimination des obstacles pouvant nuire à l'adoption d'une saine alimentation étaient prévus.

Finalement, des activités visant à augmenter la perception du soutien social provenant des membres de la famille, telles que des enseignements de groupe et des discussions sur la signification du soutien de la famille dans les comportements concernant l'alimentation, les rôles et les responsabilités des membres de la famille dans le soutien aux habitudes alimentaires, aux types de soutien nécessaire et aux stratégies pour offrir ce soutien et des conseils individuels pour encourager les membres de la famille à faciliter de façon régulière les aînés à choisir et à maintenir une saine alimentation, étaient planifiées.

Maintien de la saine alimentation :

Quatre documents ont été postés au domicile des aînés :

- 1) « Easy Steps for Healthy Eating »

- 2) « Sample Menu for Your Meals » (1re partie)
- 3) « Sample Menu for Your Meals » (2e partie)
- 4) « To Keep Healthy Eating in Your Daily Like »

Suivi des habitudes alimentaires :

Un questionnaire d'auto-surveillance à 23 items, le « Self-Dietary Assessment Form » (SDAF), a été développé dans le but de permettre aux participants d'autoévaluer leurs habitudes alimentaires.

La chercheuse principale donnait de l'information supplémentaire et des conseils chaque fois qu'elle notait qu'un participant n'avait pas de bons comportements concernant l'alimentation lors de la remise du questionnaire.

En plus de ce programme, les participants ont reçu les soins usuels et les activités d'éducation de leur unité de soins primaires. Ces soins et ces activités incluaient : des soins curatifs, des soins à domicile et de l'information sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Étant donné leur implication dans les soins et le soutien aux aînés de leur famille, les membres de la famille ont également eu accès aux mêmes activités d'éducation offertes par le personnel des soins de santé communautaire.

**Qui :** L'intervention était délivrée par la chercheuse principale de l'étude.

**Pour qui :** Aînés vivant dans la communauté et les membres de leur famille

**Comment :**

Les participants étaient choisis au hasard, selon une méthode d'échantillonnage à plusieurs étapes. Les noms des sujets potentiels étaient obtenus des responsables des deux unités de soins primaires de chacune des communautés impliquées et provenant de deux villages distincts.

**Quand/combien :**

Le programme durait 12 semaines. Le chercheur principal a fixé la date et l'heure des rencontres de groupe et des rencontres individuelles. Pour les séances tenues dans les unités de soins primaires, les participants ont été séparés en six groupes de 12 à 14 aînés et membres de la famille.

	<p><u>Éducation en nutrition pour augmenter les connaissances et les habiletés :</u> Aux semaines 1, 2, 3, et 5 du programme; durée de 45 minutes.</p> <p><u>« Counselling » individuel :</u> Deux séances de 45 à 60 minutes durant les semaines 6, 7, 9 et 10 du programme.</p> <p><u>Motivation à adopter une saine alimentation :</u> Pour la partie sur la perception de l'efficacité personnelle, les activités se déroulaient une fois par semaine pendant la 2e et la 5e semaine. Pour la partie sur les bénéfices et les barrières perçus, les activités se déroulaient une fois par semaine pendant la 3e et la 5e semaine. Pour la partie sur la perception du soutien social, les activités se déroulaient une fois par semaine pendant la 1re et la 5e semaine.</p> <p><u>Maintien de la saine alimentation :</u> Les deux premiers documents ont été envoyés à la semaine 8 du programme, tandis que les deux derniers documents ont été envoyés à la semaine 11.</p> <p><u>Suivi des habitudes alimentaires :</u> Le questionnaire était remis aux participants (aînés et membres de la famille) à la première semaine et était rempli une fois par semaine, pour toute la durée du programme.</p> <p><b>Où :</b> Deux villages du nord-est de la Thaïlande</p>
<p><b>Méthodologie d'évaluation</b></p>	<p><b>Évaluation d'une <i>nouvelle</i> intervention</b></p>
	<p><b>Qui procède à l'évaluation :</b> Équipe ayant développé l'intervention.</p>
	<p><b>But de l'évaluation :</b> Vérifier l'efficacité d'une intervention d'éducation auprès des aînés et des membres de leur famille pour augmenter les connaissances et les habiletés associées à la saine alimentation et motiver l'adoption et le maintien de saines habitudes alimentaires.</p>
	<p><b>Type d'évaluation :</b> Essai randomisée contrôlée.</p>
	<p><b>Démarche méthodologique :</b> Étude randomisée contrôlée avec mesures avant l'intervention et après l'intervention (à 12 et à 24 semaines).</p>

Groupe témoin :

Le groupe témoin recevait seulement les soins usuels et les activités d'éducation de leur unité de soins primaires sans recevoir l'intervention du groupe expérimental. À la semaine 25 du protocole, soit 13 semaines après la fin de l'intervention chez le groupe expérimental et après que toutes les données aient été recueillies, le groupe témoin a pu bénéficier de la même intervention.

**Échantillon :**

Une taille de l'échantillon de 25 aînés ainsi que de 25 membres de la famille pour chacun des groupes a été déterminée à partir des analyses de puissance, en fixant une taille de l'effet de 0,80 et un seuil de significativité de 0,05. À cause des abandons possibles et de l'intérêt manifesté de plusieurs sujets potentiels à participer, la taille de l'échantillon calculée a été augmentée de 45 %. Finalement, c'est donc un minimum de 144 sujets, incluant 36 aînés et 36 membres de la famille dans chacun des groupes qui a été visée dans cette étude.

Un total de 180 sujets (90 aînés et 90 membres de la famille) ont été approchés pour participer à l'étude. Les participants ont satisfait les critères d'inclusion et ont consenti à participer à l'étude. Une randomisation a par la suite été menée pour créer le groupe expérimental (45 aînés et 45 membres de la famille) ainsi que le groupe témoin (45 aînés et 45 membres de la famille).

Pendant l'étude, deux sujets dans le groupe expérimental et cinq autres dans le groupe témoin ont abandonné pour cause de maladies ou de départ pour un autre village. Finalement, c'est donc 43 aînés et 43 membres de la famille qui ont complété l'étude dans le groupe expérimental et 40 aînés et 40 membres de la famille dans le groupe témoin.

**Critères de sélection de l'échantillon :**

Pour les aînés :

- Être âgé de 60 ans ou plus;
- Capable de communiquer verbalement avec le chercheur principal;
- Habiter avec au moins un membre de la famille qui est responsable de la sélection et de la préparation des repas;
- Ne pas avoir été impliqué dans un projet de promotion de la saine alimentation ou de la santé dans les six derniers mois;
- Intéressé à participer à l'étude.

	<p>Pour les membres de la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Être âgé de 20 ans ou plus;</li> <li>- Habiter avec une personne âgée participant à l'étude et être responsable de la sélection et de la préparation de ses repas;</li> <li>- Être capable de lire, d'écrire et de parler thaïlandais;</li> <li>- Ne pas avoir été impliqué dans un projet de promotion de la saine alimentation ou de la santé dans les six derniers mois;</li> <li>- Intéressé à participer à l'étude.</li> </ul>
<p><b>Dimensions à évaluer et outils</b></p>	<p>Tous les outils utilisés pour la collecte de données ont été développés par la chercheuse principale de l'étude.</p> <p><u>Données sociodémographiques et sur la santé des participants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le <i>Demographic and Health Related Issues Data Form</i> (DHRICF) a été utilisé pour recueillir les informations relatives aux données sociodémographiques et sur la santé des participants.</li> <li>- La partie concernant les aînés a été administrée verbalement par la chercheuse principale lors de la première semaine du protocole tandis que la partie concernant les membres de la famille leur a été remise pour être complétée directement par eux.</li> </ul> <p><u>Habitudes alimentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le <i>Elder's Healthy Eating Scale</i> (EHES) a été utilisé pour évaluer les habitudes alimentaires des participants. L'outil comprend 114 items, dont 36 sur la sélection de la nourriture, 26 sur la préparation et 52 sur la consommation. Une échelle de Likert allant de « jamais » à « régulièrement » était utilisée pour les réponses aux questions se rapportant à chacun des items.</li> <li>- Cet outil a été remis entre les mains de cinq experts en nutrition chez les aînés (les mêmes qui ont validé le contenu du programme) avant son utilisation afin de valider le langage utilisé et le contenu. L'indice de validité du contenu se situait entre 0,60 et 1,00 tandis que l'indice de validité de l'échelle se situait à 0,97. La proportion d'accord entre les experts était de 0,94. La cohérence interne des réponses a été testée auprès de 14 aînés présentant des caractéristiques similaires aux participants</li> </ul>

	<p>de l'étude et s'est avérée être de 0,96.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le EHES a été administré verbalement à chacun des aînés inclus dans le protocole en prémesure à la semaine 1 du protocole et aux semaines 13 et 14 en post-mesures, c'est-à-dire 1 semaine et 12 semaines après la fin du programme d'éducation.</li> </ul> <p>Analyses des données :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Statistiques descriptives pour les données sociodémographiques et sur la santé des participants</li> <li>- Tests du chi-carré, test exact de Fisher et test-t indépendant pour l'examen des différences entre les groupes au départ</li> <li>- Mesures répétées d'ANOVA pour évaluer les différences dans les groupes et entre les groupes à travers le temps avec la correction Bonferroni comme test post hoc.</li> </ul>
<p><b>Résultats</b></p>	<p><b>Échantillon</b> (groupe expérimental et groupe témoin respectivement) :</p> <p>1) Aînés – caractéristiques sociodémographiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Majorité de femmes (n=28; 65,1 % vs n=24; 60,0 %) et de fermiers (n=40; 93,0 % vs n=37; 92,5);</li> <li>- Majorité sont mariés (n=28; 65,1 % vs n=27; 67,5 %);</li> <li>- La totalité des participants est bouddhiste;</li> <li>- 43 (100 %) vs 37 (93,5 %) ont fait des études primaires;</li> <li>- Âge moyen de 67,42 ans (écart-type de 6,62; étendue de 60 à 85) vs 66,6 ans (écart-type de 5,5; étendue de 60 à 82);</li> <li>- Majorité vivent avec leurs épouses, enfants et petits-enfants (n=23; 53,49 % vs n=23; 57,5 %), ont 3 ou 4 membres de la famille dans leur ménage (n=27; 62,8 % vs n=23; 57,5 %) et ont un revenu familial de 1 000 à 5 000 bahts par mois (n=36; 83,72 % vs n=38; 95,0 %);</li> <li>- Les principales sources de revenus proviennent d'un salaire, les enfants et les petits-enfants et un 500 bahts par mois d'allocation gouvernementale (n=26; 60,47 % vs n=31; 77,5 %). Les aînés des deux groupes tendent à percevoir leurs revenus comme étant inadéquats (n=21; 48,8 % vs n=20; 50,0 %);</li> <li>- Aucune différence significative entre les caractéristiques sociodémographiques des deux groupes (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> </ul>

Données sur la santé :

- La majorité des participants choisit les hôpitaux publics provinciaux pour le traitement de leurs maladies (n=17; 39,53 % vs n=22; 55,0 %);
- La majorité souffre d'une maladie chronique (diabète, hypertension ou maladies cardiovasculaires), moins de la moitié ont montré des signes et des symptômes de leurs maladies dans les derniers 6 mois (n=18; 41,9 % vs n=19; 47,5 %) ou prennent de la médication (n=21; 48,8 % vs n=19; 47,5 %);
- Indice de masse corporelle : de 15,23 à 31,11 kg/m<sup>2</sup> (moyenne de 23,01 kg/m<sup>2</sup>; écart-type de 3,60) dans le groupe expérimental et de 14,98 à 31,22 kg/m<sup>2</sup> (moyenne de 21,63 kg/m<sup>2</sup>; écart-type de 3,20) dans le groupe témoin; La majorité était au-dessus du poids santé dans le groupe expérimental (n=23; 53,5 %) alors que le groupe témoin présentait en majorité un poids normal (n=22; 55,0 %);
- La majorité a indiqué ne pas souffrir de problèmes alimentaires (n=28; 65,1 % vs n=26; 65,0 %);
- Les enfants, les petits-enfants ou d'autres membres de la famille ont tendance à être responsables de la sélection des repas (n=19; 44,2 % vs n=18; 45,0 %) et de leur préparation (n=15; 34,9 % vs n=18; 45,0 %);
- Aucune différence significative entre les données sur la santé des deux groupes ( $p < 0,05$ ).

2) Membres de la famille :

- Majorité de femmes (n=33; 76,7 % vs n=32; 80,0 %) et de fermiers (n=41; 95,3 % vs n=39; 97,5 %);
- La majorité est mariée (n=39; 90,7 % vs n=39; 97,5 %) et a des enfants (n=25; 58,1 % vs n=28; 70,0 %);
- La totalité des participants est bouddhiste;
- 23 (53,5 %) vs 16 (40,0 %) ont fait des études primaires;
- Âge moyen de 49 ans (écart-type de 13,55; étendue de 24 à 71) vs 44 ans (écart-type de 13,12; étendue de 23 à 67);
- Aucune différence significative entre les caractéristiques sociodémographiques des deux groupes ( $p < 0,05$ ).



	<p>Habitudes alimentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les aînés du groupe expérimental ont démontré des scores significativement plus élevés sur les saines habitudes alimentaires générales, les comportements reliés au choix de la nourriture, ceux reliés à la préparation de la nourriture et ceux reliés à la consommation de la nourriture aux semaines 13 et 24 comparativement au groupe témoin (<math>p &lt; 0,001</math>);</li> <li>- Les aînés du groupe expérimental ont significativement augmenté dans le temps leurs scores sur les saines habitudes alimentaires générales, les comportements reliés au choix de la nourriture, ceux reliés à la préparation de la nourriture et ceux reliés à la consommation de la nourriture de la semaine 13 à la semaine 24 comparativement au groupe témoin (<math>p &lt; 0,001</math>).</li> </ul>
<p><b>Remarques</b></p>	<p>Les résultats ont révélé que les aînés avaient des habitudes alimentaires plus saines après avoir reçu le programme d'éducation sur les saines habitudes alimentaires que les aînés du groupe témoin. Les auteurs attribuent les effets positifs du programme à l'utilisation de stratégies multiples qui ont été bien conçues.</p> <p>Les auteurs mentionnent toutefois que les résultats ne peuvent être généralisés à toute la population de la Thaïlande, puisque les participants présentaient des caractéristiques précises, soient une majorité étant des fermiers, avec un faible statut socioéconomique et bénéficiant du soutien d'un membre de la famille pour la sélection, l'achat, la préparation et la consommation de nourriture.</p> <p>Il faut toutefois noter que toutes les composantes du programme ainsi que tous les outils de collecte de données ont été conçus par la chercheuse principale. Bien qu'ils aient été validés dans le cadre de l'étude, ils ne l'ont pas été à grande échelle par le biais d'autres études ou programmes. De plus, l'intervention n'était pas cachée à la chercheuse principale qui avait d'ailleurs un rôle central dans tout le déroulement de l'intervention ainsi que de son évaluation.</p> <p>Selon les auteurs, les aînés ont dit préférer recevoir du « counselling » en face à face plutôt qu'au téléphone, à cause de problèmes d'audition fréquents et de l'utilisation du téléphone qui leur semble moins facile. Ils ont également mentionné leur appréciation envers la réception de matériel éducationnel imprimé additionnel.</p>

	<p>Les auteurs croient que ce type de programme pourrait être intégré aux soins usuels administrés par les unités de soins primaires et être offert par les infirmières. Celles-ci recevraient une formation afin de devenir à l'aise avec les méthodes éducationnelles multiples utilisées dans le programme.</p>
<b>Appréciation de la portée de l'intervention</b>	Prometteuse

## Liste No<sup>4</sup>

### Identification de l'étude

Meethien N, Pothiban L, Ostwald S. K. et autres (2011). Effectiveness of nutritional education in promoting healthy eating among elders in northeastern Thailand. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. Jul-Sep; 15 (3) : 188-201

Thème du rapport :

Question-clé no :

Liste de vérification remplie par : Labico Diallo

### SECTION 1 : VALIDITÉ INTERNE

Dans un essai comparatif soigneusement réalisé :	Dans cette étude, ce critère est : (encercler une réponse par question)	
1.1 L'étude aborde une question pertinente et bien ciblée.	Entièrement rencontré Rencontré de façon satisfaisante Rencontré de façon non satisfaisante	Traité sans précision Pas traité Ne s'applique pas
1.2 L'assignation des sujets aux groupes témoin et d'intervention est aléatoire.	Entièrement rencontré Rencontré de façon satisfaisante Rencontré de façon non satisfaisante	N'y répond pas Aucune précision Ne s'applique pas
1.3 Une méthode appropriée de dissimulation de l'assignation a été utilisée.	Entièrement rencontré Rencontré de façon satisfaisante Rencontré de façon non satisfaisante	N'y répond pas Aucune précision Ne s'applique pas
1.4 L'intervention assignée est gardée à l'insu des sujets et des expérimentateurs.	Entièrement rencontré Rencontré de façon satisfaisante Rencontré de façon non satisfaisante	N'y répond pas Aucune précision Ne s'applique pas

<p>1.5 Les groupes témoin et d'intervention sont semblables au début de l'essai.</p>	<p>Entièrement rencontré</p> <p>Rencontré de façon satisfaisante</p> <p>Rencontré de façon non satisfaisante</p>	<p>N'y répond pas</p> <p>Aucune précision</p> <p>Ne s'applique pas</p>
<p>1.6 La seule différence entre les groupes est l'intervention à l'étude.</p>	<p>Entièrement rencontré</p> <p>Rencontré de façon satisfaisante</p> <p>Rencontré de façon non satisfaisante</p>	<p>N'y répond pas</p> <p>Aucune précision</p> <p>Ne s'applique pas</p>
<p>1.7 Tous les résultats pertinents sont mesurés à l'aide de méthodes normalisées, valides et fiables.</p>	<p>Entièrement rencontré</p> <p>Rencontré de façon satisfaisante</p> <p>Rencontré de façon non satisfaisante</p>	<p>N'y répond pas</p> <p>Aucune précision</p> <p>Ne s'applique pas</p>
<p>1.8 Quel est le pourcentage de personnes (ou d'ensembles de personnes) recrutées dans chaque groupe qui ont abandonné l'étude avant la fin?</p>	<p>18% parmi les aînés et 18% parmi les familles</p>	
<p>1.9 Tous les sujets ont été analysés en fonction du groupe auquel ils ont été assignés (analyse selon « l'intention de traitement »).</p>	<p>Entièrement rencontré</p> <p>Rencontré de façon satisfaisante</p> <p>Rencontré de façon non satisfaisante</p>	<p>N'y répond pas</p> <p>Aucune précision</p> <p>Ne s'applique pas</p>
<p>1.10 Si l'essai est mené sur plusieurs sites, les résultats de tous les sites sont comparables</p>	<p>Entièrement rencontré</p> <p>Rencontré de façon satisfaisante</p> <p>Rencontré de façon non satisfaisante</p>	<p>N'y répond pas</p> <p>Aucune précision</p> <p>Ne s'applique pas</p>

## SECTION 2 : ÉVALUATION GLOBALE DE L'ÉTUDE

<p>2.1. Dans quelle mesure l'étude réduit-elle les risques de biais? <i>Cotez ++, + ou –</i></p>	<p>-</p>
<p>2.2 Si coté + ou –, quelle est la direction probable dans laquelle le biais affectera les résultats de l'étude?</p>	<p>L'interventionniste et évaluateur était la même personne : surestimation des résultats</p>
<p>2.3 En tenant compte des facteurs spécifiques au problème de santé considéré, de votre évaluation de la méthodologie et de l'efficacité sur le plan statistique de l'essai, êtes-vous certain que les effets globaux sont attribuables à l'intervention étudiée?</p>	<p>Partiellement</p>
<p>2.4 Les résultats de l'essai s'appliquent-ils au groupe ciblé par le présent rapport?</p>	<p>Peu généralisable : système de santé existant, échantillon des participants spécifique</p>