



# Projet de pratique efficace en santé publique

## Sommaire

Octobre 2006

Le présent sommaire est un condensé du travail effectué par les auteurs d'un examen systématique, et il a pour but de donner un aperçu des conclusions et des répercussions de l'examen complet, dont la référence bibliographique est indiquée ci-dessous. Pour de plus amples renseignements sur chacune des études mentionnées dans cet examen, veuillez consulter ce dernier.

**Référence bibliographique pour l'examen :** Asikainen, T.M., Kukkonen-Harjula, K., Miilunpalo, S. (2004). **Exercise for health for early postmenopausal women: a systematic review of randomised controlled trials**, *Sports Medicine*, 34, 753-78

### Question

Les femmes en ménopause ou en post-ménopause font face à bien des changements qui peuvent entraîner la perte de la condition physique liée à la santé (CPLS) si elles ne sont pas actives. La CPLS correspond à la condition morphologique (composition du corps et résistance des os), à la condition musculo-squelettique (force et endurance musculaire, flexibilité), à la condition motrice (contrôle postural), à la condition cardiorespiratoire (puissance aérobie maximale, pression sanguine) et à la condition métabolique (métabolismes lipidique et glucidique).

Le rapport entre l'activité physique et les symptômes indésirables de la ménopause (comme les bouffées de chaleur, l'anxiété et l'insomnie) n'est pas clairement établi (Fugate et coll., 2004; Gold et coll., 2004). Comme il existe peu de données probantes sur le sujet, les National Institutes of Health (NIH) mènent une étude d'observation afin d'enquêter sur les changements d'humeur et de comportement pendant la période qui entoure la ménopause et l'englobe. En partie, cette étude servira de protocole de dépistage pour recruter des sujets en vue d'études connexes ([www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)).

Les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires (ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 1997) comprennent un objectif de prévention des maladies chroniques visant à porter à 40 %, d'ici à l'an 2010, la proportion d'adultes qui incluent au moins 30 minutes d'activité physique cumulative modérée la plupart des jours de la semaine, sinon tous les jours. Dans un récent document (Poids santé, vie saine, 2004), le médecin hygiéniste en chef a défini la saine alimentation et l'activité physique régulière comme des priorités constantes. Aucun de ces lignes directrices orientant les stratégies de santé publique en Ontario ne définit les femmes en post-ménopause comme un groupe, pas plus qu'elles n'abordent l'avantage de faire de l'exercice en s'attachant particulièrement aux femmes qui ont franchi l'étape de la ménopause. Dans les deux documents, les femmes en post-ménopause sont incluses dans les stratégies de santé publique, car elles appartiennent à la catégorie des « adultes ».

Hamilton Public Health Services

Bureau de santé de Kingston,  
Frontenac, Lennox  
et Addington

Direction de la santé publique, ministère  
de la Santé et des Soins de longue durée  
de l'Ontario

Service de santé publique de  
Sudbury et du district

Santé publique Ottawa

Bureau de santé de Middlesex-  
London

## Sommaire du contenu de l'examen

Le présent examen systématique a servi à évaluer la faisabilité des programmes d'exercice chez les femmes âgées de 50 à 65 ans et leurs effets sur la CPLS. Les examinateurs ont décrit les résultats de 28 essais sur échantillon aléatoire et contrôlé concernant la marche, l'exercice d'aérobic ou l'entraînement en résistance, ou les trois. Aucun essai ne semble avoir consisté à comparer directement un type d'exercice avec un autre. Les programmes d'exercice duraient de 10 semaines à deux ans. Dans différents genres, les taux d'abandon se ressemblaient, mais les taux moyens de blessure allaient de 3 % pour la marche à 33 % pour l'entraînement en force avec des appareils à contrepoids. La marche, soit la forme d'exercice la plus simple qui ait été évaluée, a exercé une influence positive sur le poids, la masse adipeuse, la densité minérale des os et le  $VO_{2max}$ . La condition musculo-squelettique (force musculaire, endurance, flexibilité) a été meilleure que dans le groupe témoin, grâce à l'entraînement en résistance. Malheureusement, le lien entre l'exercice et les symptômes indésirables de la ménopause (p. ex., les bouffées de chaleur, l'anxiété et l'insomnie) n'a pas été examiné.

## Remarques sur la méthode employée pour le présent examen

Les examinateurs ont interrogé plusieurs bases de données sur la santé et les sports, et ils ont fouillé dans des revues de médecine sportive, afin de trouver des essais sur échantillon aléatoire. Les études ont été sélectionnées selon des critères bien définis et leur qualité a été évaluée d'après des critères fondés sur des méthodes publiées. Aucune desdites études n'a répondu à tous les critères de qualité des examinateurs : >100 participants, taux d'abandon inférieur à 20 %, et elles n'ont toutes pu répondre à au moins un autre critère, comme l'évaluation à l'aveugle des résultats. Les participants étaient volontaires ou faisaient partie d'un échantillon représentatif. En raison des variations entre les études, aucune méta-analyse n'a été effectuée. Les caractéristiques et les résultats des études individuelles ont été présentés sous forme de tableaux. La synthèse narrative a été fournie par type d'exercice (marche, exercice d'aérobic et entraînement en résistance) et en fonction d'un grand nombre de mesures de la condition physique (morphologique, musculo-squelettique, métabolique et cardiorespiratoire). Malheureusement, aucune valeur prédictive, ni aucun intervalle de confiance n'ont été indiqués concernant les écarts entre les groupes expérimentaux et témoins. Les interventions de contrôle n'ont pas été décrites. Aucune des études ne visait à comparer directement les différents types de programme d'exercice (p. ex., l'exercice d'aérobic par rapport à la marche).

## Preuves et répercussions sur la pratique et les politiques

*Les preuves NE SONT PAS pondérées ou classées selon leur force.*

Quelles sont les preuves?	Répercussions sur la pratique et les politiques :
<p><b>Marche</b></p> <p>&gt; Les programmes où la marche était le principal mode d'exercice ont amélioré les mesures de CPLS.</p>	<p>&gt; La marche est le type de programme d'exercice le plus simple à mettre en œuvre, à soutenir et à encourager en matière de santé publique.</p> <p>&gt; Ce genre de programme exigeait une supervision limitée, les taux d'abandon et de blessure étaient faibles et le taux de</p>

<b>Quelles sont les preuves?</b>	<b>Répercussions sur la pratique et les politiques :</b>
	<p>participation était élevé.</p> <p>&gt; Il y a lieu de mener d'autres recherches pour étudier les effets de la marche sur les symptômes indésirables de la ménopause.</p>
<p><b>Marche plus exercice d'aérobie</b></p> <p>&gt; Lorsque l'exercice d'aérobie s'ajoutait à la marche, les mesures de CPLS étaient meilleures.</p>	<p>La marche à elle seule devrait être comparée directement avec la combinaison marche et exercice d'aérobie dans le cadre d'un essai sur échantillon aléatoire.</p>
<p><b>Entraînement en résistance</b></p> <p>&gt; Grâce à l'entraînement en force avec des appareils à contrepoids, les mesures de CPLS étaient meilleures.</p>	<p>&gt; L'entraînement en résistance exige des appareils, une supervision et des frais d'adhésion coûteux, et il peut faire davantage augmenter les taux de blessure et diminuer les taux de participation que les autres programmes.</p>
<p><b>Exercice d'aérobie plus entraînement en résistance</b></p> <p>&gt; Les programmes qui combinaient exercice d'aérobie et entraînement en résistance avaient de nombreux effets favorables sur les mesures de CPLS.</p>	<p>&gt; Comme précédemment</p>
<p><b>Répercussions générales :</b> en tant que professionnels ontariens de la santé publique, nous devrions mener ou soutenir des campagnes qui encouragent les personnes de tous âges à faire plus d'activité physique. L'exercice devrait faire partie de la vie quotidienne et il faudrait qu'il soit facile d'en faire sans avoir à se rendre à un centre de conditionnement physique ou utiliser des appareils. Les avantages relatifs que tirent les femmes en ménopause des différents types d'exercice devraient être établis par des essais sur échantillon aléatoire où l'on compare directement des programmes plus intensifs avec des programmes fondés sur la marche, puis évalue les changements du point de vue des symptômes de la ménopause et de la qualité de vie.</p>	

**Renseignements sur le rapport coût-avantage ou coût-efficacité :** non inclus dans l'examen.

**Références bibliographiques utilisées pour donner un aperçu de la question :**

Fugate, S.E. et Church, C.O. (2004). Nonestrogen treatment modalities for vasomotor symptoms associated with menopause. *The Annals of Pharmacotherapy*, 38, 1482-1499

Gold, E.B., Block, G., Crawford, S., Lachance, L., FitzGerald, G., Miracle, H. et coll. (2004). Lifestyle and demographic factors in relation to vasomotor symptoms: baseline results

from the Study of Women's Health Across the Nation, *American Journal of Epidemiology*, 159 (12), 1189-1199

National Institute of Mental Health (2006). *Perimenopause-Related Mood and Behavioral Disorders*, récupéré le 25 juillet 2006, à l'adresse : <http://clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00001231?order=12>

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (1997). Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires, récupéré le 13 octobre 2006 à l'adresse : <http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/pubhealth/manprog/mhp.pdf>

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2004). 2004 Chief Medical Officer of Health Report: Healthy Weights, Healthy Lives, récupéré le 25 juillet 2006, à l'adresse : [http://www.mhp.gov.on.ca/english/health/healthy\\_weights\\_112404.pdf](http://www.mhp.gov.on.ca/english/health/healthy_weights_112404.pdf)

**Auteurs du sommaire :** Line Binda, inf. aut., B. Sc. Inf., M. Éd., Santé publique Ottawa, REDSP Ottawa

**Coordonnées du Projet de pratique efficace en santé publique (PPESP) :**

Hamilton Public Health Services  
Epidemiology and Evaluation  
Projet de pratique efficace en santé publique  
2, rue King Ouest, 3<sup>e</sup> étage  
Dundas (Ontario) L9H 6Z1

Téléphone : 905-546-2424, poste 1578  
Télécopieur : 905-628-6465  
Courriel : [ephpp@hamilton.ca](mailto:ephpp@hamilton.ca)  
Site Web : <http://www.hamilton.ca/ephpp>

Le format du présent sommaire a été adapté d'après health-evidence.ca ([www.health-evidence.ca](http://www.health-evidence.ca)).