



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 : Hillsdon, M., Foster, C., Thorogood, M. (2005). **Interventions for promoting physical activity**, *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, numéro 1, art. n° : CD003180.pub2, DOI : 10.1002/14651858.CD003180.pub2

Question

Les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires comprennent des objectifs visant à réduire la mortalité due aux cardiopathies ischémiques et aux accidents vasculaires cérébraux, ainsi que la morbidité attribuable au diabète, à l'hypertension et à l'ostéoporose, en augmentant l'activité physique chez tous les groupes d'âge (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 1997). Selon Statistique Canada (1997), 173 personnes sont mortes d'une maladie du cœur et 48 d'une maladie cérébrovasculaire pour 100 000 habitants. Le diabète et l'hypertension ont été définis comme des facteurs de risque, et l'activité physique régulière est considérée comme un facteur de protection contre l'infarctus du myocarde, une cause importante de morbidité et de décès (Yusuf et coll., 2004). Les études confirment également que l'exercice est un facteur qui prévient les accidents vasculaires cérébraux, le diabète de type 2 et la perte de densité minérale osseuse (Lee et coll., 2003; Warburton et coll., 2006) et qui fait baisser la pression sanguine (Dickinson et coll., 2006). Bien qu'il soit recommandé de faire 30 minutes d'activité physique modérée au moins quatre jours par semaine (Touyuz et coll., 2004; Saris et coll., 2003), la moitié des Canadiens disent ne pas être physiquement actifs (Statistique Canada, 2005). Même si les avantages pour la santé de l'activité physique régulière sont bien établis, l'efficacité réelle des interventions destinées à promouvoir l'activité physique auprès de la population en général n'est pas aussi bien connue.

Sommaire du contenu de l'examen

L'examen systématique avec méta-analyse qui est résumé dans les présentes visait à enquêter sur les avantages des stratégies employées pour encourager les adultes sédentaires qui résident dans la communauté à faire plus d'activité physique, mais aussi sur les torts qu'elles causent. Étant donné les écarts entre les études du point de vue du cadre et de l'âge des participants, ainsi que du type, de l'intensité et de la durée de l'intervention, il est difficile d'arriver à des conclusions globales. Des preuves ont été obtenues de 17 essais sur échantillon aléatoire auxquels 5 299 personnes ont participé. Les données regroupées de 11 études ont révélé des avantages du point de vue de l'accroissement de l'activité physique autodéclarée et mesurée comme variable continue; l'une des six études qui visaient à mesurer

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

l'activité physique comme variable dichotomique a permis de déceler un effet considérable. Les effets les plus marqués ont été découverts dans deux études où des personnes âgées participaient à des programmes d'exercice organisés, une étude en milieu de travail où les employés ont reçu une consultation et un moniteur cardiaque, et une étude sur les soins primaires qui portait sur la consultation d'un spécialiste de l'exercice.

Remarques sur la méthode employée pour le présent examen

En plus d'étudier des listes de références bibliographiques et une revue clé, les examinateurs ont interrogé des bases de données sur la santé, les questions psychosociales et la littérature grise. Les critères et les procédures de sélection des études étaient bien décrits; seuls ont été inclus des essais sur échantillon aléatoire ou quasi aléatoire avec au moins six mois de suivi et soit une analyse fondée sur le principe de vouloir traiter, soit un taux de suivi d'au moins 80 %. La qualité méthodologique des études a été évaluée indépendamment par deux examinateurs selon une échelle de quatre qui semble avoir été élaborée pour l'examen. Des données ont été regroupées à partir des études pour que les résultats soient continus et dichotomiques, suivant des modèles à effets aléatoires. Les statistiques sur l'hétérogénéité ont été indiquées et des analyses de sous-groupe ont été réalisées afin que l'impact de l'intensité des interventions et de la qualité des études sur les données regroupées soit étudié. Il y avait une hétérogénéité statistiquement importante entre les études, même dans bon nombre des analyses de sous-groupe.

Les procédures de randomisation pour les études n'étaient pas bien décrites, et il a été impossible de déterminer si la répartition avait été dissimulée au préalable. Dans six des 17 études incluses, aucun contact n'a été établi avec le groupe témoin après la randomisation; dans trois, il a reçu des conseils sur la santé qui ne se rapportaient pas à l'exercice, et dans huit, il a reçu des conseils ou des renseignements sur l'activité physique. Les participants provenaient de quatre cadres : les soins de santé primaires, le milieu de travail, l'université et la collectivité. Les interventions ont été assurées par des médecins, du personnel infirmier, des éducateurs sanitaires, des conseillers et des responsables ou des pairs d'exercice. L'évaluateur des résultats ne connaissait pas la répartition dans seulement six essais. Le principal résultat de l'examen, soit l'activité physique autodéclarée, a été mesuré par la dépense totale d'énergie en calories, le nombre d'occasions d'activité physique par unité de temps ou l'atteinte d'un niveau prédéterminé d'activité physique. Pour neuf études, on a redressé les résultats finals en fonction des degrés de base d'activité physique.

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>> Il est possible d'augmenter la condition cardiovasculaire et l'activité physique autodéclarée à court et à moyen terme par des stratégies visant à encourager l'activité physique. Les effets observés ont été modérés et les répercussions concrètes concernant l'ampleur prévue de l'effet sont difficiles à juger d'après les écarts moyens normalisés qui sont</p>	<p>> En raison des divers cadres, interventions et résultats étudiés, il est impossible d'appliquer cette preuve à la pratique ou aux politiques en Ontario.</p>

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

Quelles sont les preuves?	Répercussions sur la pratique et les politiques :
<p>présentés dans l'examen.</p> <p>> L'interprétation est également gênée par l'hétérogénéité des études. Étant donné que les participants étaient largement des volontaires d'âge moyen ou des recrues de cabinets ayant reçu des encouragements, il se peut qu'il soit difficile de généraliser les résultats pour des populations moins motivées.</p>	
<p>> Deux essais identiques sur échantillon aléatoire (une chez les hommes et une chez les femmes) n'ont pas permis de déceler des niveaux accrus d'activité physique lorsque la consultation et d'autres éléments ont été ajoutés aux conseils d'un médecin accompagnés de matériel pédagogique et à ceux d'un éducateur sanitaire. Le VO₂, comme mesure de condition physique, a augmenté chez les femmes ayant fait l'objet d'interventions à volets multiples, si l'on compare au programme témoin (conseils et sensibilisation).</p>	<p>> Il se peut que les interventions simples soient aussi efficaces que celles à volets multiples. Avant qu'un programme soit adopté, il faudrait en évaluer l'efficacité réelle dans la population cible.</p>
<p>> Les examinateurs n'ont pu déterminer les éléments de programme qui étaient associés aux changements constatés sur le plan de l'activité physique. Ils n'ont pu non plus déterminer si l'un ou l'autre type d'activité physique (p. ex., la marche) ou de prestation de programme (p. ex., à domicile ou en établissement) était plus efficace que d'autres.</p>	<p>> Il faudrait tenir compte de ces questions pour les recherches à venir.</p>
<p>> Même si quatre études ont porté sur l'effet à long terme (de 12 à 24 mois après l'intervention), aucune n'a jamais révélé d'écarts considérables entre le groupe visé par des interventions et le groupe témoin.</p>	<p>> Il faudrait intégrer la mesure des effets à long terme dans les futures études.</p>
<p>> Deux études portaient sur les événements négatifs; aucune n'a révélé d'augmentation des problèmes cardiaques ou des blessures en raison de</p>	<p>> Les éléments qui prouvent que promouvoir l'activité physique est sûr sont limités. Il y a lieu de mesurer ce résultat dans le cadre de tous les essais à venir.</p>

Quelles sont les preuves?	Répercussions sur la pratique et les politiques :
l'exercice dans le groupe visé par des interventions, comparativement au groupe témoin.	
Répercussions générales : il est prématuré de mettre en œuvre des programmes à grande échelle afin d'augmenter l'activité physique dans la population en général. Il y a lieu d'évaluer les programmes fondés sur des cadres théoriques solides à l'intérieur d'essais sur échantillon aléatoire afin de définir des méthodes simples et rentables pour une série de populations et d'environnements convenant à la pratique de la santé publique en Ontario.	

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

Références bibliographiques utilisées pour donner un aperçu de la question :

- Dickinson, H.O., Mason, J.M., Nicolson, D.J., Campbell, F., Beyer, F.R., Cook, J.V. et coll. (2006). Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials, *Journal of Hypertension*, 24, 215-233
- Lee, C.D., Folsom, A.R. et Blair, S.N. (2003). Physical activity and stroke risk: a meta-analysis, *Stroke*, 34, 2475-2481
- 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 4 avril 2006 à l'adresse :
<http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/pubhealth/manprog/mhp.pdf>
- Saris, W.H., Blair, S.N., van Baak, M.A., Eaton, S.B., Davies, P.S., Di Pietro, L. et coll. (2003). How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement, *Obesity Reviews*, 4, 101-114
- Statistique Canada (2005). Taux de mortalité normalisés, selon certaines causes de décès et le sexe, récupéré le 2 avril 2006 à l'adresse :
http://www40.statcan.ca/l02/cst01/health30a_f.htm
- Statistique Canada (2005). Activité physique, selon le groupe d'âge et le sexe, personnes dans la population de 12 ans et plus, récupéré le 12 octobre 2006 à l'adresse :
http://www40.statcan.ca/l02/cst01/health46_f.htm
- Touyz, R.M., Campbell, N., Logan, A., Gledhill, N., Petrella, R. et Padwal, R. (2004). The 2004 Canadian recommendations for the management of hypertension: Part III--Lifestyle modifications to prevent and control hypertension, *Canadian Journal of Cardiology*, 20, 55-59
- Warburton, D.E., Nicol, C.W. et Bredin, S.S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 174, 801-809
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F. et coll. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study, *Lancet*, 364, 937-952

Auteurs du sommaire : Mary Johnston, B.Sc., adjointe à la recherche, McMaster University, Hamilton (Ontario)

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^e étage
Dundas (Ontario) L9H 6Z1

Téléphone : 905-546-2424, poste 1578
Télécopieur : 905-628-6465
Courriel : 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).

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