



Que peut-on attendre d'une activité physique régulière chez l'adulte ?

La sédentarité est après le tabagisme la deuxième cause de morbi-mortalité dans les pays industrialisés^{1,2}. De nombreuses études, concernant surtout le risque cardiovasculaire, l'HTA, le diabète de type 2 (DT2) et l'obésité ont exploré les bénéfices de l'activité physique sur la santé. Mais de quel type et de quel niveau d'activité parle-t-on ? Quels effets bénéfiques sont démontrés ?

Quels sont les effets bénéfiques démontrés ?

- **l'incidence du DT2** est réduite proportionnellement à l'importance et l'intensité de l'exercice physique dans plusieurs études de cohorte (6000 hommes suivis 15 ans, 70000 infirmières américaines suivies 8 ans). La réduction atteint 46% dans les meilleurs cas⁴. Deux essais contrôlés semblent confirmer ces résultats, mais l'exercice physique était associé à des mesures diététiques⁵

- **le taux d'hémoglobine glyquée** est réduit en moyenne de 0,66% dans une méta-analyse de 14 essais randomisés⁵.

- **le poids** et plus particulièrement la graisse abdominale ont pu être réduits par l'entraînement physique dans plusieurs essais, mais le rôle de l'exercice physique seul, sans régime reste controversé⁶.

- **la pression artérielle (PA)** est réduite de 3,9 mmHg pour la maxima, 2,6 mmHg pour la minima, quels que soient le poids ou la race, dans une méta-analyse de 54 essais randomisés. Chez l'hypertendu, cette réduction est de 4,9 et 3,7 mmHg. D'autres méta-analyses donnent des chiffres différents, mais la réduction reste toujours importante⁶.

- **la morbi-mortalité cardiovasculaire** a fait l'objet de plus de 25 études de cohorte prospectives, réunissant plus de 200 000 personnes suivies pendant 5 à 18 ans. On peut en retenir une réduction du nombre d'accidents coronariens chez les hommes avant 60 ans, et dans les deux sexes après 60 ans. Pour 1000 hommes, après ajustement selon les facteurs de risque associés, 1 à 2 décès coronariens sont évités chaque année chez les actifs de 50 ans, par rapport aux sédentaires ; 5 à 15 après 60 ans. Avant et après 60 ans, la mortalité cardiovasculaire est plus faible chez les sédentaires qui deviennent actifs, et à l'inverse l'arrêt des activités physiques chez des personnes auparavant actives est associé à une mortalité cardiovasculaire plus élevée³.

Une récente étude de cohorte sur plus de 73 000 femmes de 50 à 79 ans, suivies en moyenne 5,9 ans, a confirmé une réduction des événements cardiovasculaires atteignant 30 à

50% en fonction du degré de l'activité physique, quelque soit l'âge, le sexe, l'ethnie et les facteurs associés.

Qui est sédentaire ? La conférence de consensus américaine définit la sédentarité par défaut¹ : est sédentaire toute personne n'effectuant pas une activité physique modérée d'au moins 30 mn tous les jours, pouvant se faire par courtes périodes de 10 mn. Un adulte américain sur 4 seulement suit ces recommandations⁸.

Quel est le niveau d'activité physique à atteindre ?

Ce qui compte n'est pas tant la quantité d'énergie dépensée que l'augmentation relative de l'activité physique de la personne selon ses caractéristiques propres (âge, sexe, poids)¹. Toutes les activités physiques de la vie courante, même non sportives (telles que les activités professionnelles ou familiales) peuvent être prises en compte. Dans l'étude de cohorte déjà citée⁷, le bénéfice est similaire entre la marche d'un bon pas et les exercices "vigoureux" (jogging, tennis...). Les conseils varieront selon les cas.

Chez une personne sédentaire, l'activité physique recherchée « *essouffle légèrement sans toutefois faire transpirer* ». Les recommandations suisses⁹ reprennent celles du NIH : 30 mn d'activité quotidienne (en une ou plusieurs tranches) telle que marche d'un bon pas, vélo, jardinage, etc.

Chez une personne déjà active, aller au delà de ce minimum améliore encore le bien-être, la condition physique, les performances. Mais il est recommandé, même chez les sportifs, d'éviter toute surcharge : les avantages attendus ne sont pas exponentiels.

Quels sont les inconvénients d'une activité physique régulière ? Une activité physique modérée ne fait courir que des risques mineurs, à l'exception peut-être de pathologies ostéoarticulaires chez les coureurs à pied. Mais il faudra tenir compte du patient, de ses habitudes antérieures, des facteurs de risque associés.

Quelle est la valeur de ces études ? Aucun essai randomisé de prévention primaire n'a été réalisé avec comme critères de jugement la morbidité ou la mortalité. Dans ce domaine, les données utilisables sont issues d'études de cohorte ou cas témoins. Les essais randomisés ont évalué des critères intermédiaires^{1,2,3}.

Mais au total, les adultes pratiquant régulièrement une activité physique vivent plus longtemps, ont une PA plus basse, moins de maladies cardio-vasculaires, d'AVC, de DT2, d'obésité et sont sans doute mieux dans leur peau. Les inconvénients et le coût en sont minimes, le bénéfice en terme de santé publique sûrement important. Reste à le mettre en oeuvre⁸. Certaines interventions relèvent de la collectivité : campagnes d'information, création de structures permettant l'activité physique (circuits pédestres ou cyclistes, gymnases, piscines, etc.), amélioration de l'accessibilité des structures existantes, mise en place de réseaux sociaux, comme les groupes de marche. D'autres sont du domaine du conseil personnalisé du médecin. Nous en analyserons les difficultés dans un prochain Bibliomed.

1- Bernstein MS. Essais cliniques randomisés sur les bénéfices de l'augmentation de l'activité physique chez les adultes. Med Hyg 2002 ; 60 : 281-8.

2 - Thompson PD. Additional steps for cardiovascular health. N Engl J Med 2002 ; 347: 755-6

3 - Dumont E et al. Promouvoir les activités physiques de loisirs chez certains sujets à risque cardiovasculaire. Rev Prescr 1999; 19 : 767-74.

4 - Collectif. Prévention primaire du DT2 par le sport et un régime alimentaire. Bibliomed 2001 ; 231.

5 - Vischer UM. La prévention du diabète de type 2 : activité physique ou médicaments? Med Hyg 2003 ; 61 : 1192-7.

6 - Stewart KJ. Exercise training and the cardiovascular consequences of type 2 diabetes and hypertension. JAMA 2002 ; 288 : 1622-31.

7-Manson et al. Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. N Engl J Med 2002 ; 347 : 716-25.

8 - Physical activity and cardiovascular health. NIH Consensus Statement 1995. www.consensus.nih.gov.

9 - Office fédéral du sport, Office de la santé publique, et réseau santé et activité physique suisse. Activité physique et santé. www.hepa.ch

Mots-clé : activité physique, risque/bénéfice, cardiovasculaire.

🎉 Joyeuses fêtes de fin d'année : « sportez » vous bien !

Prochain N° de Bibliomed le 8 janvier 2004 🎉

Numéro 327 du 18 décembre 2003