



Que faire pour améliorer l'activité physique des adultes ? Quelle est l'efficacité du conseil du médecin traitant ?

L'intérêt d'une activité physique modérée, régulière, est largement démontré, tant en prévention primaire que secondaire¹. Pourtant, plus d'un adulte sur 2 est sédentaire et un sur 4 ou 5 seulement a un niveau d'activité conforme aux recommandations selon les enquêtes américaines ou européennes. Pour y remédier, deux types d'interventions peuvent être envisagées, qui ont été évaluées aux USA². Nous avons cité dans le Bibliomed 327¹ les interventions collectives efficaces. Des interventions personnalisées ont été également évaluées. Les propositions visant à augmenter l'activité quotidienne au gré de chacun (individus ou groupes d'individus) sont plus efficaces que les programmes structurés d'exercices ou de cours intensifs. Elles sont d'autant plus efficaces qu'elles interviennent au sein de groupes sociaux existants, (milieu scolaire, collègues de travail, groupe d'amis).

Reste l'action des professionnels de santé, notamment des médecins, auprès de leurs patients. Quelles sont les interventions les plus efficaces ? Les résultats d'essais randomisés^{3,4,5} et de recherches sur les conditions du changement de comportement apportent des éléments de réponse.

Deux essais randomisés, l'un américain, l'autre anglais publiés en 1995 ne permettaient pas de conclure à des changements significatifs d'activité physique par les conseils du médecin après un an et 3 ans de suivi³. Dans le premier les intervenants étaient des médecins spécialisés de médecine préventive, dans le second des infirmières.

Un essai randomisé américain, ACT⁴, a été réalisé en soins primaires entre 1995 et 1997. Trois groupes de patients « sédentaires » étaient comparés : simple conseil du médecin traitant en début d'essai (292 patients) ; assistance (conseil + courriers de recommandations et conseils de type comportemental lors de chaque visite : 293) ; soutien intensif (avec en plus des éléments précédents rappels téléphoniques réguliers et cours spécialisés d'activité physique : 289). L'efficacité de ces différentes interventions était évaluée par la mesure du VO2 Max et l'auto-évaluation de l'activité physique effectuée (comptabilisée par appel téléphonique hebdomadaire). A la fin des 2 années d'essai, les femmes des groupes assistance et intensif avaient augmenté leur VO2Max plus que celles du groupe conseil, sans augmenter davantage leur activité physique. Aucune différence n'était retrouvée chez les hommes.

Un essai néo-zélandais plus récent⁵ étudiait aussi en soins primaires l'efficacité des conseils des médecins traitants. 878 patients de 40 à 79 ans, identifiés comme sédentaires dans les clientèles des médecins participants, étaient répartis en deux groupes. Le groupe contrôle recevait les soins usuels. Les patients du groupe intervention recevaient une note établissant leur degré d'activité, à remettre à leur médecin. Le médecin donnait alors des conseils sous forme d'une intervention brève (durée moyenne 7 minutes) et remettait un document écrit, "la prescription verte". En complément des appels téléphoniques et des courriers étaient adressés par des consultants spécialisés. A 12 mois, la dépense énergétique totale et le temps d'exercice étaient significativement augmentés dans le groupe intervention : 14% des patients atteignaient le niveau souhaité de 150 mn d'activité par semaine, contre 5% dans le groupe contrôle. Pour 10 "prescription verte", une personne atteignait l'objectif souhaité. Il y avait une tendance à une baisse de la TA, mais non significative. Il n'y avait pas de modification significative des autres facteurs de risque. Il y avait une amélioration des scores de qualité de vie.

Que conclure de ces deux essais réalisés en soins primaires ? L'un montre que la sophistication des interventions en améliore peu l'efficacité³. L'autre, qui avait un vrai groupe contrôle, montre que l'intervention du médecin traitant peut être efficace. Mais elle était "accompagnée" dans l'étude, et le patient était demandeur en remettant sa fiche⁵. Le bénéfice est de toute façon modéré. Mais une augmentation de 10% du nombre de patients atteignant le seuil d'efficacité présente pourtant une grande importance en termes de santé publique, ainsi que cela est reconnu pour les interventions brèves en matière de consommation d'alcool et de tabac.

Et pour notre pratique ? D'abord **les enjeux** très clairs précisés par les recommandations du CDC⁶ : les bénéfices de l'activité physique sur la santé sont liés principalement à la quantité totale d'activités pratiquées, qu'elles soient continues ou intermittentes. Les interventions les plus efficaces sont les plus informelles, les plus proches de l'activité quotidienne, les plus modérées dans leurs exigences, et aussi celles qui intéressent de petits groupes organisés où il y a stimulation réciproque. Ensuite **les principes** à mettre en œuvre pour obtenir un changement de comportement : il semble important de prendre en compte 3 questions essentielles pour le patient⁷ : qu'est-ce qu'il est physiquement capable de faire ? qu'est-ce qu'il est psychologiquement prêt à faire ? quel est son objectif ? « *Notre rôle est de discuter avec lui des objectifs réalisables, par petites étapes. Plus l'objectif est petit, plus le succès est garanti* ». La problématique est la même que celle des interventions brèves pour les problèmes en rapport avec le tabac ou l'alcool. Il s'agit d'un parcours au long terme, avec ses aléas et ses rechutes », pas d'une intervention ponctuelle et définitive.

1 - Collectif. Que peut-on attendre d'une activité physique régulière chez l'adulte ? Bibliomed 2003 ; 327.

2 - Centers for disease control and prevention. Physical activity and health. A report of the Surgeon General. www.cdc.gov/search.htm

3 - Wee CC. Physical activity counseling in primary care. The challenge of effecting behavioural change. JAMA 2001 ; 286 : 717-9.

4 - The writing group for the activity counseling trial. Effects of physical activity counseling in primary care. JAMA 2001 ; 286 : 677-87.

5 - Elley CR et al. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice. BMJ 2003 ; 326 : 793-6.

6 - Pate RD et al. Physical activity and public health. A recommendation from the CDC and the ACSM. JAMA 1995, 273, 402-7

7 - Amati F et al. Comment prescrire en pratique médicale l'exercice physique ? Med Hyg 2002 ; 60 : 1119-24.

Mots-clé : activité physique, coût/efficacité, médecine générale.