

dynamique signifie bouger sans beaucoup d'exercice de force, en opposition à un exercice statique qui nécessite de la force avec peu ou pas de mouvement. Un exercice en entraînement aérobique dynamique est soit de la marche, du jogging, soit rouler à vélo, nager, etc. à intensité faible ou modérée. Une règle utile pour la pratique: on reste sous le seuil anaéro-bique tant que l'on peut (ou que l'on pourrait) tenir une conversation pendant l'effort^(*).

L'activité physique est une composante importante de la prise en charge de patients hypertendus mais également en prévention de la survenue d'une hypertension. L'activité physique est également associée à une

moindre incidence d'événements cardiovasculaires⁴. Dans ce contexte, il est important de constater que faire «quelque chose» est mieux que de ne «rien» faire et que l'on discute encore pour savoir si des exercices d'intensité «élevée» présentent un avantage au point de vue santé par rapport à des exercices d'intensité modérée.

Après une anamnèse fouillée et un examen clinique, y a-t-il lieu de pratiquer d'autres investigations? Tout dépend de l'intensité des exercices sportifs envisagés et du profil global de risque du patient en fonction de ses facteurs de risque, de son état organique et éventuellement d'une pathologie associée⁴.

CONCLUSION



Cette méta-analyse montre qu'un entraînement physique dynamique aérobique (marche, jogging, rouler à vélo, nager) peut réduire la pression artérielle aussi bien chez des sujets hypertendus que normotendus. Une incitation à pratiquer une activité physique est un élément important des conseils à donner dans la pratique médicale en matière de style de vie.

Références

1. Fagard RH. Physical activity, fitness and blood pressure. In: Bulpitt CJ. Handbook of Hypertension. Vol 20: Epidemiology of Hypertension. London: Elsevier Science, 2000; 193-211.
2. Fagard RH. Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33 (6 suppl): S484-92.
3. Fagard RH. Physical activity in the prevention and treatment of hypertension in the obese. *Med Sci Sports Exerc* 1999; 31 (11 suppl): S624-30.
4. Fagard RH. Physical exercise and coronary artery disease. *Acta Cardiol* 2002; 57: 91-100.
5. Guidelines committee. 2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003; 21: 1011-53.

^(*) Pour formuler un avis correct, il faudrait pratiquer une épreuve d'effort maximale avec mesure de la fréquence cardiaque. Quand on veut atteindre les 50% lors de l'exercice, on utilise la formule de Karvonen: fréquence cardiaque (FC) lors de l'exercice = FC au repos + 50% de (FC maximale – FC au repos). Le risque d'exercices dynamiques aérobiques chez une personne saine est faible. Pour les patients présentant des affections cardio-vasculaires ou autres, ou pour les patients à haut risque, un avis médical préalable est indiqué. Une épreuve d'effort maximale est, en effet, indiquée dans ces cas.

La prescription d'exercices physiques est-elle efficace ?

Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomized controlled trial. *BMJ* 2003; 326: 793-8.

Analyse : P. De Cort



RÉSUMÉ

Question clinique

La prescription d'une plus grande activité physique chez des personnes sédentaires est-elle efficace en médecine générale?

Contexte

L'activité physique réduit le risque cardiovasculaire et le risque de diabète, d'obésité, d'ostéoporose et de dépression. De précédentes études ont démontré qu'une incitation, en première ligne de soins, entraîne une amélioration de l'activité physique.

La prescription verte

1. Les médecins généralistes ont été instruits du programme sportif et entraînés aux techniques de communication pour motiver les patients, durant 4 heures;
2. Les patients sont dépistés par l'assistant;
3. Pendant la consultation, une augmentation d'activité physique réalisable par le patient est discutée et se traduit par un programme individuel avec un but strict;
4. Une copie de ce programme convenu est faxé au responsable sportif local;
5. Les thérapeutes du mouvement de cette organisation ont une conversation téléphonique de soutien et d'adaptation avec chaque patient, au moins 3 fois pendant les 3 mois de durée de l'étude;
6. Chaque participant reçoit régulièrement le « bulletin d'information » de l'association sportive et des réponses écrites éventuelles aux questions individuelles au sujet, par exemple, du programme d'exercices.
7. Tous les médecins généralistes sont encouragés à donner un feed-back à leur patient à chaque occasion.

Cependant, ces études ont inclus des participants très motivés et aisés, issus d'un nombre limité de pratiques de médecine générale.

Population étudiée

Dans une région de Nouvelle-Zélande de 200 000 habitants, tous les médecins généralistes (n = 159) qui étaient d'accord avec le protocole de l'étude ont été inclus. Tous les patients âgés de 40 à 79 ans qui ont consulté le médecin généraliste durant cinq jours consécutifs choisis au hasard ont été inclus, pour autant qu'ils aient un « mode de vie sédentaire », ne présentent pas de maladie grave ou un état cardiovasculaire instable. Un mode de vie sédentaire a été défini comme une pratique de moins d'une demi-heure de promenade ou d'un sport inférieure à 5 jours par semaine.

Protocole de recherche

Les médecins généralistes ont été randomisés dans un groupe qui traitait de manière active (groupe d'intervention) et un groupe contrôle qui dispensait « les soins habituels ». Dans le groupe intervention, la « prescription verte » a été délivrée (voir encadré).

Mesure des résultats

Les changements en consommation d'énergie totale, le profil de risque cardiovasculaire, la pression tension artérielle et la qualité de vie sont mentionnés.

Résultats

Des 159 médecins généralistes de la région, 117 (74%) ont pris part à l'étude. Ceci représente 42 pratiques, desquelles 23 ont été arbitrairement désignées comme « pratique d'intervention » (patients n = 451) et 19 comme « pratique de contrôle » (patients n = 427). Finalement, après une année, il restait respectivement 389 (85%) et 361 (85%) patients dans l'étude. Les médecins généralistes passaient en moyenne 7 minutes à la mise au courant du patient durant la première consultation et l'assistant, qui a effectué cette instruc-

tion dans 14%, des cas avait besoin de 13 minutes. La consommation d'énergie totale augmentait en moyenne de 9,38 Kcal/kg/semaine (IC à 95% de 3,96 à 14,81; p = 0,001) dans le groupe d'intervention, par rapport au groupe contrôle. Ceci correspond à une moyenne de 33,6 min/semaine (IC à 95% de 2,4 à 64,2; p = 0,04) d'exercices sportifs supplémentaires. Pour chaque dizaine de « prescriptions vertes », une personne a pu atteindre les 150 minutes de pratique d'exercices supplémentaires préconisés par semaine. Les questions concernant la sensation de bonne santé en général, de vitalité et de sensation de douleur en général étaient significativement plus importantes chez les sportifs (p < 0,05). Ces résultats sont plus significatifs chez les hommes que chez les femmes. Il y a une tendance à la diminution de la pression artérielle avec une systolique diminuée (-1,31 mm Hg; IC à 95% de -3,51 à 0,89; p = 0,2) et une diastolique également moindre (-1,40 mm Hg; IC à 95% de -3,35 à 0,56; p = 0,2). Il n'y a pas de différence dans le poids, le profil lipidique et le risque cardiovasculaire total.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que la délivrance de la « prescription verte » par le médecin généraliste permet d'obtenir une augmentation significative des activités physiques et une amélioration de la qualité de vie, sans apparition d'effets indésirables.

Financement

Cette étude a été financée par le National Heart Foundation of New Zealand, Hillary Commission, Waikato Medical Research Foundation, Royal New Zealand College of General Practitioners et l'Université d'Auckland. La Hillary Commission est une organisation subsidiée par l'autorité qui promeut la pratique du sport en Nouvelle Zélande.

Conflits d'intérêt

Les auteurs n'en mentionnent aucun.

DISCUSSION

Recherche pragmatique versus « contrôle strict »

L'absence d'un résultat positif sur les critères de jugement cardiovasculaires est quelque peu étonnante, car un nombre suffisamment élevé de participants (n = 800) pour assurer une puissance suffisante à l'étude était largement atteint et la durée de 12 mois de l'étude suffisamment longue. En effet, des études cliniques contrôlées ont montré qu'un programme d'exercices durant environ 6 mois permet d'obtenir une diminution significative de la pression artérielle^{1,3} et est associé avec un risque plus faible d'incidence de maladie cardiovasculaire⁴. Un accompagnement non suffisamment intensif des personnes testées est probablement la raison pour laquelle ces résultats n'arrivent pas à être mis en évidence dans la population de cette étude. Un NNT de 10,3 prescriptions pour 1 application correcte du programme est fort faible. Enfin, l'échantillon de population concernée contient probablement beaucoup d'individus absolument non motivés. Les études d'intervention strictes montrent qu'un accompagnement intensif sur le plan logistique, psychologique et physique est nécessaire pour atteindre un bon résultat. Malgré la collaboration d'assistants (antérieurement limitée) à l'inclusion et de thérapeutes du mouvement pour des contacts téléphoniques avec les personnes testées, un accompagnement optimal fait défaut. La mise en œuvre d'une augmentation de l'activité physique ou la mise en place d'un mode de vie en général sain, permettent d'obtenir un effet durable sur la santé publique. C'est la réponse la plus logique à l'augmentation de la sédentarité, à l'excès de poids et aux mauvaises habitudes alimentaires dans la société

actuelle. Le pouvoir devrait se préparer à investir dans cette « approche verte », soutenir réellement et encourager la première ligne pour l'aider à trouver les bonnes techniques d'implantation d'un changement de style de vie.

Applicable pour le patient et pour le médecin

Cette étude démontre que les médecins généralistes et les patients sont, à tous égards, prêts à contribuer de cette manière à un meilleur état de santé et y ont déjà partiellement réussi. De meilleurs résultats sont certainement réalisables, à condition que les accents corrects soient mis dans la politique de santé. L'efficacité précédemment limitée d'un avis du médecin généraliste peut être améliorée si le pouvoir encourage une approche structurée de cette démarche en première ligne de soins. La Belgique ne manque certainement pas de bons kinésithérapeutes, de diététiciens, de psychologues et de thérapeutes du mouvement, qui n'attendent qu'un signal des autorités pour placer, en collaboration avec les médecins généralistes, un accent nouveau et adéquat sur la prise en charge des maladies de civilisation.

Les possibilités d'une prise en charge « douce » mais durable de ces affections qui hypothèquent fortement la santé publique, sont largement sous-utilisées en Belgique. C'est à nouveau toujours l'approche médicamenteuse qui mobilise toute l'attention des décideurs.

Combien d'études seront encore nécessaires avant que les autorités ne concèdent que l'implantation de mesures d'hygiène de vie, peu coûteuses, sont aussi efficaces que les médicaments pour la prévention et le traitement des maladies cardiovasculaires et pour l'amélioration de la qualité de vie en général?

CONCLUSION



Chez des patients sédentaires, l'encouragement, par le médecin généraliste, à faire plus d'exercice physique est justifié et possible et permet d'obtenir une amélioration de la qualité de vie. Des effets bénéfiques sur le risque cardiovasculaire ne sont probablement acquis que grâce à une approche multidisciplinaire en première ligne. Pour réaliser cette approche, un soutien logistique et budgétaire est nécessaire.

Références

1. Fagard RH. Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33 (6Suppl): S484-92.
2. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 136: 493-503
3. Fagard RH. Efficacité de l'exercice aérobique sur la pression artérielle. *MinervaF* 2004; 3 (1): 10-1.
4. Fagard RH. Physical exercise and coronary artery disease. *Acta Cardiol* 2002; 57: 91-100.