

ARTICLE // Article

Indications d'un programme d'activité physique, en complément au traitement médical

// Indication for a physical activity program as a complement to medical treatment.....p. 23

Béatrice Fervers et coll.

Département prévention cancer environnement,
Centre Léon Bérard, Université Lyon 1, Unité Inserm UA8 –
« Radiations : défense, santé, environnement », Lyon

ARTICLE // Article

Bénéfices de l'activité physique dans les pathologies chroniques en prévention secondaire et tertiaire : quelles recherches complémentaires sont attendues ?

// The benefits of physical activity for secondary and tertiary prevention in chronic diseases: What further research is expected?p. 29

François Carré et coll.

Laboratoire Traitement du signal et de l'image (LTSI), UMR
Inserm 1099, Biologie, santé, innovation technologique (Biosit),
SFR UMS CNRS 3480, Inserm 018, Université de Rennes 1
et service de médecine du sport, CHU de Rennes

ARTICLE // Article

Barrières à l'activité physique : constats et stratégies motivationnelles

// Barriers to exercise: Statement and motivational strategiesp. 34

Julie Boiché et coll.

Laboratoire Epsilon EA 4556, Université de Montpellier

ÉDITORIAL // Editorial

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SANTÉ : LE PARADOXE « PROGRÈS DES CONNAISSANCES » ET « FAIBLE PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE » EN FRANCE

// PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH: THE PARADOX "PROGRESS OF KNOWLEDGE" AND "LOW LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY" IN FRANCE

Pr Martine Duclos

CHU Clermont-Ferrand, Service de médecine du sport et des explorations fonctionnelles, Université Clermont Auvergne, INRAE, UNH, et Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, Clermont-Ferrand

Les bénéfices de la pratique d'une activité physique (AP) – adaptée si nécessaire – l'emportent sans conteste sur les risques encourus, quels que soient l'âge et l'état de santé. L'AP est un comportement et un mode de vie d'autant plus facile à maintenir qu'elle aura été démarrée dès l'enfance. Néanmoins, de nombreux facteurs (individuels, interpersonnels, environnementaux, politiques, contextuels) influencent sa pratique et son maintien. Dans tous les cas, il n'est jamais trop tard pour bénéficier des effets d'une pratique régulière, en prévention primaire, secondaire et tertiaire.

En France, les résultats de l'étude Inca3 rendent compte de niveaux d'AP en population générale faibles (45% des hommes et 55% des femmes inactifs) et d'une sédentarité élevée, ainsi que d'une dégradation quasi-générale de ces indicateurs depuis 2006¹. Chez les patients ayant une maladie chronique, le niveau d'AP est encore inférieur avec en moyenne 61 minutes/semaine en moins d'AP d'intensité modérée par rapport aux sujets en bonne santé (cohorte de l'UK Biobank ; AP mesurée par

accélérométrie)². Inactivité physique et sédentarité sont des facteurs de risques de morbidité et de mortalité prématurée et d'aggravation de ces pathologies chez les malades. À cela, il faut rajouter le coût économique de ces maladies chroniques, estimé à 1% du PIB³.

En 2008, une première expertise Inserm concluait que « l'AP est un traitement à part entière au cours d'affections chroniques invalidantes pour trois pathologies : BPCO, maladies cardiovasculaires ischémiques et diabète de type 2 et qu'elle contribue au traitement (comme adjuvant) de nombreuses autres pathologies ». Elle établissait des recommandations d'AP, celles-ci devant s'inscrire dans l'affirmation d'une volonté politique clairement affichée pour engager un véritable programme national « Activité physique et santé ». Cependant, un grand fossé séparait encore les recommandations de l'expertise 2008 de l'utilisation de l'activité physique adaptée (APA) comme prise en charge à part entière des pathologies chroniques.

Onze ans plus tard, et après plusieurs autres expertises (Anses 2016, Inca 2018) et recommandations (Académie de médecine, Haute Autorité de santé), les preuves scientifiques de l'efficacité de l'APA et la compréhension des mécanismes qu'elle met en jeu permettent de positionner l'APA comme une intervention non médicamenteuse dans les pathologies chroniques et d'affirmer qu'« *il n'y a plus de place pour le doute sur les effets de l'AP* » en prévention primaire et en prévention secondaire et tertiaire (Inserm 2019). En 2019, ce ne sont plus trois, mais dix pathologies chroniques pour lesquelles l'AP est reconnue comme étant un traitement à part entière : le diabète de type 2, l'obésité, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'asthme, les cancers, les syndromes coronaires aigus, l'insuffisance cardiaque, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies ostéo-articulaires, la dépression et la schizophrénie. De ce fait, « *l'enjeu principal de l'expertise Inserm 2019 n'était pas de savoir s'il faut recommander ou prescrire une pratique régulière d'APA aux personnes atteintes d'une maladie chronique – il n'y a plus aucun doute sur cette nécessité. L'enjeu actuel est l'amélioration de son observance au long cours par le patient, pour pouvoir prescrire de manière optimale cette « polypill » que représente l'APA* ».

Comment expliquer ce bond en avant des évidences en 11 ans ? Par le nombre croissant des publications dans des revues scientifiques de bon facteur d'impact, la prise de conscience du coût croissant économique de ces maladies chroniques et du fardeau pour les patients et leur entourage, par le développement des politiques publiques et le début de leur évaluation. Ce qui sous-entend une prise en charge multidisciplinaire de l'AP et de la sédentarité qui sont des comportements multifactoriels. Cette prise en charge, voire prescription, doit rentrer dans un véritable parcours de soin et parcours de vie, discuté avec le patient.

Les cinq articles de ce hors-série du BEH résument les différents points de cette expertise.

Le premier article rappelle le lourd fardeau des maladies chroniques en Europe, responsables de mortalité précoce, d'incapacité et de dépendance, alors que l'AP régulière est un facteur de prévention des maladies chroniques. Il expose l'enjeu principal de l'expertise qui est de déterminer les caractéristiques des programmes d'AP les plus efficaces selon les aptitudes physiques, la ou les pathologies dont souffrent les patients, leurs ressources psychosociales, dans la perspective d'obtenir un maximum de bénéfices avec un minimum de risques. Mais, aussi « *parce que les effets bénéfiques de l'AP s'estompent rapidement à l'arrêt de la pratique, d'identifier les déterminants de l'adoption d'un comportement actif, pérenne et inséré dans les habitudes de vie et de créer les conditions politiques, environnementales, sociales et organisationnelles qui favorisent ces comportements actifs pérennes, et cela sans aggraver les inégalités sociales de santé* ».

C'est un des enjeux majeurs de l'APA : maintenir l'AP sur le long terme, à l'épreuve des événements de la maladie et de la vie. Cela implique une évaluation de la condition physique des patients pour permettre une adaptation de la prescription, une progressivité des programmes proposés et un suivi des patients, ainsi qu'une formation des médecins et des professionnels intervenants dans le domaine de l'APA.

Les mots-clés : « évaluation, personnalisation de l'AP, formation des professionnels, suivi » existaient déjà sous forme de recommandations dans l'expertise de 2008. Aujourd'hui, ce sont les bases indispensables/incontournables de l'APA.

Le deuxième article rappelle l'évolution des politiques publiques en faveur de l'AP : premier pas en 2000 avec le Programme national nutrition santé (PNNS). Un long processus, mais qui a conduit à l'émergence de nouvelles professions et organisations. Et surtout une prescription d'APA pour les malades chroniques qui est inscrite dans le socle de la loi.

Les articles 3 et 4 synthétisent les données de la littérature sur les effets de la pratique de l'APA en prévention secondaire et tertiaire des pathologies, l'APA étant un élément incontournable de la prise en charge de la maladie et de ses séquelles, de la prévention et de l'amélioration de la qualité de vie, voire un élément pronostique. Un chapitre à intégrer dans tous les manuels des étudiants en médecine et professionnels de la santé.

Le cinquième article résume les limites des études réalisées lors de cette expertise et les problématiques à explorer : non observance au long cours de la réalisation d'une AP régulière, optimisation des protocoles d'AP à recommander par pathologie, étude des patients non répondeurs à l'AP...

Le dernier article porte sur les barrières et leviers à l'AP, indispensables à connaître dans le diagnostic éducatif.

Au total, cette expertise démontre que l'AP régulière est une intervention non médicamenteuse dont les effets sont démontrés scientifiquement en prévention primaire, secondaire et tertiaire. Néanmoins pour que tous les effets de cette « *polypill* » soient optimisés, il faut une formation de tous les intervenants, une évaluation préalable et un suivi prolongé des malades qui en bénéficient, ainsi qu'un accès aux infrastructures adaptées. C'est l'équation minimale pour obtenir un « bien-bouger » durable. L'équation s'enrichira au fur et à mesure de l'avancée des connaissances. ■

Références

- [1] Verdot C, Salanave B, Deschamps V. Activité physique et sédentarité dans la population française. Situation en 2014-2016 et évolution depuis 2006-2007. Bull Epidemiol Hebdomadaire. 2020;15:296-304. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/15/2020_15_1.html
- [2] Barker J, Smith Byrne K, Doherty A, Foster C, Rahimi K, Ramakrishnan R, et al. Physical activity of UK adults with chronic disease: cross-sectional analysis of accelerometer-measured physical activity in 96 706 UK Biobank participants. Int J Epidemiol. 2019;48:1167-74.

[3] Graf S, Cecchini, M. Current and past trends in physical activity in four OECD countries. Empirical results from time use surveys in Canada, France, Germany and the United States. OECD Health Working Paper (112). Paris: OECD; 2019. 85 p. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/current-and-past-trends-in-physical-activity-in-four-oecd-countries_22cad404-en

Citer cet article

Duclos M. Éditorial. Activité physique et santé : le paradoxe « progrès des connaissances » et « faible pratique d'activité physique » en France. Bull Epidemiol Hebd. 2020;(HS):2-4. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/HS/2020_HS_0.html

➤ FOCUS // Focus

POURQUOI UN BEH SUR L'EXPERTISE COLLECTIVE INSERM « ACTIVITÉ PHYSIQUE. PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES MALADIES CHRONIQUES » ?

// WHY PUBLISH A BEH ON INSERM COLLECTIVE EXPERTISE: « PHYSICAL ACTIVITY – PREVENTION AND TREATMENT OF CHRONIC DISEASES

Catherine Chenu (catherine.chenu@inserm.fr), Laurent Fleury

Pôle expertises collectives, Institut thématique santé publique, Inserm, Paris

Soumis le 09.12.2019 // Date of submission: 12.09.2019

Mots-clés : Activité physique, Maladies chroniques, Expertise collective, Inserm, Analyse critique
// Keywords: Physical activity, Chronic diseases, Collective expertise, INSERM, Critical analysis

L'importance des bénéfices multiples d'une activité physique chez les personnes atteintes de maladies chroniques est telle, tant en terme de bénéfices individuels que de bénéfices populationnels de santé publique, qu'il a paru essentiel au comité de rédaction du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH) de diffuser les principaux résultats et recommandations de l'expertise de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) au lectorat du BEH, dérogeant quelque peu au format habituel de notre ligne éditoriale.

Une expertise collective Inserm : qu'est-ce que c'est ?

Développées par l'Inserm depuis 1993, les expertises collectives constituent une démarche d'évaluation et de synthèse des connaissances scientifiques existantes sur des thèmes de santé publique. Ces expertises répondent aux demandes d'institutions souhaitant disposer des données récentes issues de la recherche. L'objectif est le partage de connaissances et l'apport d'un éclairage scientifique indépendant sur des questions précises de santé, dans une perspective d'aide à la décision publique dans le champ de la santé des populations.

Une expertise collective Inserm doit donc formuler des recommandations pour les décideurs, afin de leur fournir les repères fiables et utiles pour la construction des politiques en santé publique, mais aussi des recommandations de recherche pour inciter les chercheurs et les financeurs à investir dans des domaines où les données fiables font défaut.

Elle s'appuie sur un processus qui se déroule en plusieurs étapes :

- La traduction de la demande du commanditaire, dans le cas de cette expertise le ministère des Sports, en questions scientifiques qui seront discutées et traitées par les experts. À cette étape, ont été sélectionnés des groupes de pathologies chroniques fréquentes, aux conséquences et complications importantes : le diabète de type 2, l'obésité, les affections respiratoires chroniques (la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'asthme et l'insuffisance respiratoire) les cancers (sein, colorectal...), les maladies cardiovasculaires (les syndromes coronaires aigus, l'insuffisance cardiaque, les artériopathies oblitérantes des membres inférieurs et les accidents vasculaires cérébraux), les maladies ostéo-articulaires (arthrose périphérique main, genou, hanche, polyarthrite rhumatoïde, sclérodermie, etc.) et certaines affections psychiatriques (la dépression et la schizophrénie).
- La constitution du corpus bibliographique permettant aux chercheurs d'étayer leur analyse scientifique. Près de 1 800 documents ont été rassemblés à partir de l'interrogation de différentes bases de données (Medline, PsychINFO, BDSP, Cochrane, Cairn, Saphir, Web of Sciences, Scopus). La bibliographie était très abondante dans certains domaines (cardiopathies et maladies ostéo-articulaires), en forte croissance (cancers) ou très peu abondante (schizophrénie), avec des études de bonne qualité permettant d'avoir des niveaux de preuve élevés. Mais