



Les professionnels de la santé de la première ligne de soins ont-ils un impact sur l'activité physique de la population générale ?

Référence

Kettle VE, Madigan CD, Coombe A, et al.
Effectiveness of physical activity interventions delivered or prompted by health professionals in primary care settings: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2022;376:e068465. DOI: 10.1136/bmj-2021-068465

Analyse de

Nancy Durieux, Université de Liège, Sciences médicales, Sciences psychologiques ; François Léonard, Université de Liège, Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation ; Stéphanie Grosdent, Université de Liège, Sciences de la motricité
Aucun conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Les interventions d'activité physique dispensées par des professionnels de la santé de la première ligne de soins (seuls ou avec l'implication d'un autre intervenant) permettent-elle une augmentation de l'activité physique d'intensité modérée à soutenue chez les patients adultes ?

Contexte

Les effets délétères de l'inactivité physique et de la sédentarité sont bien démontrés. La sédentarité représente l'un des principaux facteurs de risque de mortalité dans le monde (1-3). A contrario, la pratique d'activités physiques modérées à soutenues - intensité supérieure à 3 **MET** (4) - réduit la mortalité générale (toutes causes confondues) ou spécifique (associée à des pathologies comme les cancers ou les maladies cardiovasculaires) (1,5,6). L'augmentation du niveau d'activité physique de la population mondiale constitue par conséquent une priorité de santé publique. En 2018, les états membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont fixé un objectif de réduction de 15% de la population inactives à l'horizon 2030 (4). En raison de leur proximité et de leurs interactions avec les patients et la population générale, les professionnels de santé de la première ligne de soins occupent une place privilégiée dans la promotion des interventions qui favorisent l'adoption d'un comportement plus actif et moins sédentaire (7).

Résumé

Méthodologie

Revue systématique et méta-analyse avec modèle d'effet aléatoire

Sources consultées

- Embase, PsycINFO, CINAHL, SPORTDiscus, Sports Medicine and Education Index, ASSIA, PEDro, Bibliomap, Science Citation Index (SCI-E), Conference Proceedings Citation Index (CPCI-S), OpenGrey, Cochrane Central Register of Controlled Trials, ClinicalTrials.gov et TRoPHI
- aucune limite de date, sauf pour SCI-E (références limitées aux 10 dernières années pour des raisons de géralité)
- recherches effectuées entre le 9 et le 21 septembre 2020, complétées (avant les analyses finales) par une recherche sur PubMed couvrant les six mois suivant ces dates.

Etudes sélectionnées

- essais contrôlés randomisés (randomisation individuelle ou par grappes)
- intervention :
 - tout type d'activité physique à prédominance aérobie dispensée par des professionnels de la santé de la première ligne de soins, seuls ou avec l'implication d'un autre intervenant
 - tous les contextes de soins primaires
 - durée de quatre semaines ou plus
- comparaison :
 - groupe témoin bénéficiant des soins habituels et/ou sans implication dans une activité physique.

Population étudiée

- participants adultes (sans aucune restriction concernant des caractéristiques personnelles).

Mesure des résultats

- critère de jugement primaire :
 - différence en minutes d'activité physique modérée à soutenue par semaine (mesures objectives via un appareil de mesure ou mesures auto-rapportées) des modifications (mesure de départ et de fin de suivi) entre les deux groupes.
- critères de jugement secondaires :
 - proportion de participants suivant les recommandations de l'OMS concernant la pratique d'une activité physique d'intensité modérée à soutenue
 - temps total d'activité physique
 - temps total de sédentarité
 - poids
 - indice de masse corporelle (IMC).

Résultats

Mesures	Sous-groupes	Nombre d'études	Différence moyenne	Intervalle de confiance à 95%
Critère de jugement primaire				
Minutes d'activité physique hebdomadaire	Mesure automatique	11	4,07	-1,71 à 9,85 (différence statistiquement non significative)
	Mesure auto-reportée	16	24,04	6,29 à 41,79
	Total	27	14,39	4,21 à 24,58
Critères de jugement secondaires				
Proportion de participants / OMS	Mesure automatique	24	1,31	1,16 à 1,48
	Mesure auto-reportée	2	1,76	0,82 à 3,75
	Total	26	1,33	1,17 à 1,50
Temps total d'activité physique	Mesure automatique	11	0,53	0,14 à 0,92
	Mesure auto-reportée	12	0,17	0,11 à 0,24
	Total	23	0,32	0,15 à 0,49

- les différences montrées dans le tableau sont statistiquement significatives, excepté pour le critère primaire dans le sous-groupe des études comprenant des mesures automatiques de l'activité physique

Pour les autres critères secondaires :

- temps total de sédentarité : différences moyennes de -3,11 avec IC à 95% de -11,83 à 5,60 ; $I^2 = 47\%$, nombre d'effets = 13, nombre d'études = 10 ;
- poids : différence de moyennes de -1,01 avec IC à 95% de -1,56 à -0,45 ; $I^2 = 72\%$, nombre d'effets = 19, nombre d'études = 18 ;
- indice de Masse Corporelle : différence de moyennes de -0,04 avec IC à 95% de -0,15 à 0,07 ; $I^2 = 56\%$, nombre d'effets = 26, nombre d'études = 23.

Conclusion des auteurs

Les interventions d'activité physique dispensées par des professionnels de la santé de la première ligne de soins semblent efficaces pour augmenter la pratique auto-rapportée d'activité physique d'intensité modérée à soutenue chez les patients adultes ; de telles interventions devraient être implémentées afin d'augmenter les niveaux d'activité physique et d'améliorer la santé de la population.

Financement de l'étude

National Institute for Health Research (NIHR) Leicester Biomedical Research Center.

Conflit d'intérêts des auteurs

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Discussion

Evaluation de la méthodologie

Cette étude (avec un protocole enregistré sur PROSPERO) aborde une thématique intéressante. La sélection des études et l'extraction des données ont été réalisées par plusieurs évaluateurs indépendants. L'évaluation critique a également été réalisée par deux évaluateurs indépendants qui ont pris en considération des critères relatifs aux essais contrôlés randomisés, à l'aide de ROB2 (8). Cependant, la question posée et les critères d'éligibilité paraissent larges et pas suffisamment spécifiques pour une revue systématique avec méta-analyse. Mettre l'accent sur le fait que cela soit un professionnel de la santé qui dispense l'activité plus que sur l'intervention elle-même peut poser question. Les stratégies de recherche peuvent également être discutées, tant sur le choix des ressources que sur les recherches effectuées. Sur les 51 études sélectionnées, 46 ont été incluses dans les synthèses quantitatives (méta-analyses). Les auteurs ont plus d'effets que d'études incluses dans leurs analyses. Ceci implique la non-indépendance entre certains effets des analyses et ne respecte pas les conditions d'application des méta-analyses. Cette non-indépendance peut amener une surestimation de la taille d'effet synthétique.

Les auteurs se basent sur des différences moyennes provenant de diverses mesures. Cela n'assure pas que les tailles d'effets soient sur une même échelle de mesure et cela ne permet pas d'identifier des valeurs extrêmes qui auront pour conséquence de biaiser la taille d'effet synthétique. Finalement, les auteurs concluent à l'absence d'un biais de publication dans leur échantillon sur base d'une analyse visuelle du funnel plot. L'utilisation de tests statistiques aurait permis d'objectiver cette possible absence de biais de publication.

Evaluation des résultats

L'effet est petit mais même des effets minimes peuvent être cliniquement significatifs (9). Les résultats de cette étude très générale ne permettent cependant pas d'identifier des différences d'effets entre des groupes spécifiques de la population, ni entre des interventions, ni même entre différents professionnels de la première ligne de soins. Les interventions sont par ailleurs peu décrites, ce qui ne favorise pas leur éventuelle adoption sur le terrain, quand on sait que des conseils simples seuls sont peu efficaces pour initier et maintenir une plus grande activité physique chez les patients (10). Il est intéressant de noter que dans l'analyse en sous-groupe du critère primaire pour les mesures auto reportées en fonction du types d'intervenant, seuls les différences pour le groupes « professionnels de première avec autres

intervenants » sont statistiquement significatives, ce qui est un signal intéressant en faveur du travail collaboratif.

Que disent les guides de pratique clinique ?

L'OMS a émis des lignes directrices sur l'activité physique et la sédentarité visant les enfants et les adolescents (âgés de 5 à 17 ans), les adultes (âgés de 18 à 64 ans) et les personnes âgées (de 65 ans et plus) (11). Ces nouvelles lignes directrices recommandent au moins 150 à 300 minutes par semaine d'activité aérobie d'intensité modérée à soutenue pour tous les adultes, y compris les personnes atteintes de maladies chroniques ou en situation de handicap, et une moyenne de 60 minutes par jour pour les enfants et les adolescents. S'il apparaît impératif de solliciter la pratique d'activités physiques, il est également primordial de réduire la sédentarité. Les recommandations pour la population française publiées début 2016 par l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) proposent par conséquent de réduire autant que possible le temps quotidien passé en position assise ou allongée, ainsi que de marcher, s'étirer et se mobiliser quelques minutes après deux heures passées en position assise (12).

Conclusion de Minerva

Cette revue systématique avec méta-analyse permet de souligner le rôle potentiel des professionnels de santé de première ligne dans la promotion et la mise en œuvre des interventions favorisant la pratique d'une activité physique d'intensité modérée à soutenue chez des adultes tout venant. Cette revue systématique, portant sur un nombre important d'études, présente un certain nombre de limites qui ne lui permettent pas de quantifier de manière fiable l'efficacité de ces interventions.

Références

1. Arem H, Moore SC, Patel A, et al. Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA Intern Med* 2015;175:959-67. DOI: 10.1001/jamainternmed.2015.0533
2. De Cocker K, DeSmet A, Verloigne M. Relation entre le temps consacré à des activités sédentaires et la morbidité, la mortalité et l'hospitalisation. *MinervaF* 2015;14(6):72-3.
3. Biswas A, Oh PI, Faulkner GE, et al. Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2015;162:123-32. DOI: 10.7326/M14-1651 [correction in *Ann Intern Med* 2015;163:400].
4. Bull, FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behavior. *Br J Sports Med* 2020;54:1451-62. DOI: 10.1136/bjsports-2020-102955
5. Li T, Wei S, Shi Y, et al. The dose-response effect of physical activity on cancer mortality: findings from 71 prospective cohort studies. *Br J Sports Med* 2016;50:339-45. DOI: 10.1136/bjsports-2015-094927
6. Wahid A, Manek N, Nichols M, et al. Quantifying the association between physical activity and cardiovascular disease and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc* 2016;5:e002495. DOI: 10.1161/JAHA.115.002495
7. Kettle VE, Madigan CD, Coombe A, et al. Effectiveness of physical activity interventions delivered or prompted by health professionals in primary care settings: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2022;376:e068465. DOI: 10.1136/bmj-2021-068465
8. Sterne JA, Savović J, Page MJ, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2019;366:14898. DOI: 10.1136/bmj.14898
9. Arem H, Moore SC, Patel A, et al. Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA Intern Med* 2015;175:959-67. DOI: 10.1001/jamainternmed.2015.0533
10. Lamming L, Pears S, Mason D, et al, VBI Programme Team. What do we know about brief interventions for physical activity that could be delivered in primary care consultations? A systematic review of reviews. *Prev Med* 2017;99:152-63. DOI: 10.1016/j.ypmed.2017.02.017
11. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization, 2020.
12. Agence Nationale de Sécurité Sanitaire Alimentation, Environnement, Travail (ANSES). Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité : Avis de l'Anses Rapport d'expertise collective ; 2016.