

AVIS

relatif au certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport chez les enfants, suite au décret n°2016-1157 du 24 août 2016

21 juin 2017

SYNTHÈSE

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi conjointement par la Direction générale de la santé (DGS) et par la Direction des sports (DS) par lettre du 30 novembre 2016 sur le certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport chez les enfants. Les objectifs de cette saisine sont pour le HCSP de préciser, si besoin en fonction de l'âge des enfants :

- les conditions de l'évaluation et de la réévaluation de la non contre-indication à la pratique du sport ;
- le contenu des consultations amenant à la rédaction d'un certificat de non contre-indication à la pratique sportive ;
- le contenu d'un auto-questionnaire adapté à l'enfant et à ses parents ;
- la prise en compte des risques associés à la pratique intensive du sport chez l'enfant.

En réponse à la double saisine des ministères chargés de la santé et des sports, le HCSP s'est attaché à déterminer les conditions de ce suivi en cohérence avec les nouvelles contraintes réglementaires, de manière à préserver l'objectif commun de l'accès à une pratique physique et sportive régulière qui doit se poursuivre tout au long de la vie.

Le HCSP a pris en considération :

- l'évolution du contexte législatif et réglementaire de ce certificat médical qui reste nécessaire lors de l'établissement initial de la licence sportive, mais dont le renouvellement n'est exigé que tous les trois ans en l'absence de problème de santé ;
- les spécificités de l'activité physique et sportive des enfants ;
- l'intérêt des activités physiques et de la pratique du sport pour la promotion de la santé tout au long de la vie ;
- la compatibilité de l'activité physique et de la pratique du sport avec le développement de l'enfant ;
- la surveillance médicale de l'enfant pour la pratique du sport ;
- l'engagement des différents niveaux de responsabilité.

Des travaux du HCSP il ressort que :

- pour l'enfant, une activité physique ou sportive régulière joue un rôle essentiel dans la maturation osseuse et musculaire, l'intégration du schéma corporel et la coordination temporo-spatiale. Les bénéfices acquis durant les premières années de la vie et à l'adolescence augmentent l'espérance de vie et renforcent les résistances face aux pathologies ;
- il existe en France un risque spécifique lié à l'augmentation de la sédentarité des enfants avec comme corollaire le surpoids et l'obésité ;
- chaque enfant a une dynamique de croissance et une maturation propre qui s'inscrit dans un environnement physique et social dont il faut tenir compte dans la régulation de son activité physique.

En conséquence, le HCSP :

- **rappelle que :**
 - pratiquer une activité physique ou sportive est indiqué tout au long de la vie. Tout professionnel de santé devrait inciter ses jeunes patients à faire du sport régulièrement ;
 - le certificat réglementaire de non contre-indication à la pratique d'un ou plusieurs sports ne saurait remplacer l'ensemble des conditions de surveillance de la santé d'un enfant actif, mais y contribue nécessairement ;
 - chaque enfant a une dynamique de croissance et une maturation propre qui s'inscrivent dans un environnement physique et social dont il faut tenir compte dans la régulation de son activité physique ou sportive ;
 - la surveillance du jeune sportif en loisir ou en compétition s'inscrit dans le cadre plus général de la surveillance de l'enfant et doit être en concordance avec les examens systématiquement proposés figurant dans le carnet de santé de l'enfant.
- **recommande que :**
 - le certificat réglementaire de non contre-indication à la pratique sportive soit établi à l'occasion des examens systématiques de l'enfant et que la nature du ou des sports pratiqués, son (leur) intensité et sa (leur) répartition (nombre d'heures et fréquence) soient mentionnées dans le carnet de santé sur les pages réservées aux examens systématiques de l'enfant ;
 - ce certificat ne soit pas discriminant et contribue à la promotion des activités physiques et sportives pour chaque tranche d'âge en tenant compte des risques d'inégalités sociales de santé ;
 - les examens de contrôle de l'activité physique et sportive ayant pour but la délivrance d'un certificat, assurés pour la plus grande part d'entre eux par des médecins généralistes, ne comportent pas d'examens complémentaires sinon en cas de signes d'appel. La pratique systématique d'un ECG n'est pas nécessaire et laissée au libre jugement du praticien. La mise en place de vérifications supplémentaires systématiques pourrait aller à l'encontre de la promotion de l'activité physique ou sportive ;
 - la période de l'adolescence suscite une vigilance particulière en raison des changements rapides du corps. Le HCSP conseille d'augmenter la fréquence des examens médicaux de prévention, au minimum tous les deux ans, de saisir l'opportunité de ce contrôle pour initier d'autres démarches préventives (dépistages, vaccins, conduites alimentaires) et d'être particulièrement attentif à cet âge de la vie aux risques de consommation abusive de substances psychoactives ;
 - le médecin qui signe le certificat de non contre-indication à la pratique sportive soit attentif à l'intensité de pratique pour le sport demandé et à l'adéquation à la physiologie de l'enfant lorsque celui-ci souhaite suivre un entraînement intensif ou une pratique aux caractéristiques particulières et que, du fait de la durée de la consultation et de la délivrance du certificat, le temps médical consacré au jeune sportif soit valorisé ;
 - l'intérêt et les limites d'un apprentissage de l'auto-surveillance pour les enfants soient explicités ;
 - un questionnaire-santé propre à l'enfant, sur le mode de celui figurant en annexe, soit l'objet d'une étude de faisabilité et de pertinence en partenariat avec des représentants de médecins spécialistes de l'enfance ;
 - en fonction des sports et de leurs risques spécifiques, les fédérations sportives fournissent le contenu des visites de non contre-indication à la pratique du sport qu'elles encadrent, indiquent la fréquence des visites médicales (intervalle entre 2 visites ne dépassant pas 3 ans) avec les seuils d'intensité pour lesquels l'avis de la commission médicale fédérale doit être consultée, ainsi que les examens initiaux attendus dès lors que l'enfant s'engage dans une activité physique plus intensive.

Contexte de la saisine

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a modifié les demandes de certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport. Cette modification va dans le sens de la politique « Sports-Santé-Bien-être »¹ préconisée par les deux ministères chargés de la santé et des sports.

L'intention de départ est de favoriser l'accès à l'activité physique ou sportive et de contribuer à une démarche globale de lutte contre la sédentarité afin de prévenir certaines pathologies chroniques [1-2]. Jusqu'à présent, la pratique du sport en club requérait un certificat médical annuel, de manière systématique et indifférenciée. Cette obligation, propre à la France, était contestée par le mouvement sportif et par le corps médical lui-même. Il était mis en avant les inégalités face à la difficulté et le coût éventuel de l'obtention d'un certificat médical en période de rentrée scolaire. La pratique en club regroupe à la fois les activités sportives de loisirs (hors compétition) et de compétition ; pour l'enfant sportif, le passage entre ces deux types d'activité est aisé.

Si depuis le décret n°2016-1157 du 24 août 2016, le certificat de non contre-indication reste nécessaire lors de l'établissement initial de la licence sportive, son renouvellement ne contraint plus le sportif à une visite annuelle mais seulement lors d'un renouvellement de licence tous les trois ans. Le terme de contre-indication à la pratique sportive qui entre dans ce dispositif réglementaire est utilisé par la négative pour certifier l'absence d'inaptitude à l'exercice d'une activité sportive donnée. Quel que soit l'âge du sportif, un contrôle médical est requis et certifié pour la pratique sportive licenciée, qu'il s'agisse d'une activité de loisir ou de participation à des compétitions. Un seul certificat médical peut être rempli pour plusieurs activités. Dans l'intervalle de ces trois ans, et à compter du 1^{er} juillet 2017, les sportifs doivent remplir un questionnaire de santé dont le contenu est arrêté par le ministre chargé des sports. Les dispositions restent inchangées pour certaines disciplines dites à contraintes particulières, telles que le rugby et la plongée subaquatique.

Si la pratique régulière du sport est une composante essentielle de la santé des jeunes, le principe d'une surveillance triennale peut paraître une période trop longue pour l'accompagnement d'un enfant jusqu'à ses 18 ans. Dans le cadre de la refonte du carnet de santé de l'enfant, le HCSP a émis un avis récent [3] sur les âges-clés et les modalités de la surveillance du développement de l'enfant. Les recommandations ont également mis l'accent sur le recueil des antécédents familiaux et personnels de l'enfant, et l'appréciation des facteurs psychologiques et environnementaux dans le suivi médical tout au long de l'enfance et de l'adolescence.

1. Prise en compte des spécificités de l'activité physique et sportive des enfants

1.1 De l'activité physique à la pratique sportive

En France, les deux-tiers des enfants âgés de 3 ans à 10 ans pratiquent un sport en dehors de l'école. Huit millions de licences sportives sont délivrées à des jeunes de moins de 24 ans, dont 5 millions pour les moins de 15 ans. Certains jeunes prennent plusieurs licences ; les filles représentent seulement 36 % des licenciés [4].

À l'adolescence, on observe une baisse importante de l'activité physique ; 12 % seulement des 10-14 ans ont 60 minutes d'activité physique intense et modérée par jour, 46 % passent plus de 3 heures par jour devant un écran (64 % chez les garçons de plus de 15 ans) [5].

¹ Plan national sport santé bien-être. <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre/article/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre>

L'activité physique est définie comme tout mouvement entraînant une augmentation de la dépense énergétique au-dessus de la dépense énergétique de repos et fait partie des rythmes de vie au même titre que l'alimentation et le sommeil. Elle s'inscrit dans un continuum avec la pratique sportive, si l'on définit celle-ci comme une activité physique encadrée à but compétitif. Lorsqu'une progression est recherchée, elle nécessite des apprentissages spécifiques. Leur intensité, leur durée et leur périodicité doivent être prises en compte en même temps que la condition individuelle et l'environnement social de l'enfant ou du jeune. Le volume d'activités physiques et sportives doit comptabiliser toutes les pratiques : éducation physique scolaire, entraînements en club, loisir, pratique familiale et compétition.

Si la prise de risque et le désir de compétition sont inhérents à son comportement, l'enfant n'a pas toujours conscience de ses limites ou de ses incapacités. Il ne peut être juge de la nature, du niveau de sa pratique sportive, même si les risques liés à la pratique d'un sport sont généralement connus et contrôlés. Certains sports, tels que les sports dits artistiques et certains sports collectifs, ont un pouvoir d'attraction qui ne doit pas faire minimiser les risques liés à l'entraînement et à la compétition.

Au cours des auditions, la question de l'intensité de la pratique sportive a été abordée à plusieurs reprises. Cette intensité doit être appréciée pour chaque enfant en tenant compte de sa constitution, de ses capacités, de son rythme de vie et, de façon générale, de son environnement social. Deux quantifications de l'entraînement intensif pour un enfant ont ainsi été proposées :

- soit plus de six heures d'entraînement intense par semaine pour un enfant de moins de dix ans et plus de dix heures pour les enfants de dix ans et plus ;
- soit un nombre d'heures d'entraînement intensif indexé sur le seuil-repère d'une heure hebdomadaire par année d'âge.

1.2. Intérêt des activités physiques et de la pratique du sport pour la promotion de la santé tout au long de la vie

Pour l'enfant, il existe des enjeux spécifiques s'énonçant en termes de croissance physique, psychologique et mentale. Une activité physique ou sportive régulière joue un rôle essentiel dans la maturation osseuse et musculaire, l'intégration du schéma corporel et la coordination temporo-spatiale. Adaptée à la condition de l'enfant, elle a un effet durable : les bénéfices acquis durant les premières années de la vie et à l'adolescence augmentent l'espérance de vie, au même titre que la lutte contre la sédentarité renforce les résistances face aux pathologies chroniques non transmissibles et face aux maladies infectieuses [5-6].

De nombreux travaux montrent comment la pratique régulière d'un sport diminue la mortalité, augmente la qualité de vie, participe à la prévention et à la prise en charge thérapeutique des principales pathologies chroniques telles que les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'ostéoporose ou les maladies ostéo-articulaires. Dans les différents domaines de la santé mentale, son rôle est également démontré comme facteur protecteur contre l'anxiété et la dépression. Il renforce aussi les capacités cognitives et émotionnelles, telles que la rigueur et la concentration, et favorise la socialisation.

1.3. Le risque spécifique de la sédentarité

La sédentarité est définie comme toute situation d'éveil associée à une dépense énergétique proche de la dépense énergétique de repos. Elle est croissante dans nos sociétés développées et n'existe sous sa forme épidémique que depuis la deuxième moitié du XX^{ème} siècle. Elle peut concerner jusqu'aux deux-tiers d'une population et s'étend plus drastiquement encore parmi les nouvelles générations.

La France figure parmi les pays européens les moins bien positionnés [2] en matière d'activité physique avec une progression de la sédentarité en lien avec les contraintes scolaires et les

changements sociétaux récents. Ainsi, l'impact des écrans tend à se manifester de plus en plus tôt : 7 ans au lieu de 11 ans dans les précédentes études [5].

Selon le degré d'activité et de sédentarité, quatre profils pour l'enfant sont identifiés [5] : le sédentaire/inactif qui est le profil le plus délétère, puis deux profils intermédiaires, le sédentaire/actif et l'inactif/non-sédentaire (tous les enfants qui ne font pas régulièrement une heure d'activité physique d'une intensité modérée à élevée et qui sont à peine au-dessus du seuil de la sédentarité). Les deux profils intermédiaires connaissent la même prévalence d'obésité et de surpoids. Le profil non sédentaire/actif, le plus favorable, est celui vers lequel il faut tendre.

2. La pratique du sport au cours du développement de l'enfant

2.1. Dynamique de croissance et intensité des activités physiques et sportives

La dynamique de croissance guide la régulation des activités physiques et sportives de l'enfant. La croissance macroscopique (taille, poids, indice de masse corporelle ou IMC) et la croissance microscopique (structure osseuse) est propre à chaque enfant, ce qui amène à comparer l'âge biologique à l'âge chronologique. La vitesse de croissance n'est pas la même entre les membres et le tronc, les longueurs et les volumes, ce qui introduit un déséquilibre. Il faut rappeler la vulnérabilité des cartilages de croissance aux traumatismes aigus ou répétés, avec les risques propres d'ostéochondroses apophysaires. Les besoins énergétiques de la croissance nécessitent une alimentation adaptée.

2.2. Les étapes de la croissance du jeune sportif

Les étapes de la croissance se déclinent par classes d'âge qui ont des rythmes et des besoins différents :

- Avant l'âge de 6 ans, le terme d'activité sportive – hors sports à maturité très précoce – est inadéquat (on parle plutôt de « baby-sport »). Le jeune enfant est très actif et cette activité fait partie du développement normal et des objectifs de la surveillance médicale de l'enfant en bonne santé. Les examens médicaux sont fréquents à ces âges, au moins annuels, assurés en cabinet libéral ou en centre de protection maternelle et infantile (PMI). Il n'y a pas lieu d'introduire de réglementation pour un certificat médical de pratique du sport. Les incapacités liées à un handicap sont soumises à d'autres indications.
- Les 6-7 ans, âge de la mise en place du schéma corporel, avec le contrôle postural, l'acquisition de la latéralité, de l'équilibre, de la coordination, de l'orientation dans le temps et l'espace, des notions de vitesse et d'adresse. Cet âge, qui est aussi celui de l'entrée dans l'école primaire, est en général l'objet d'une surveillance attentive de la part des services de santé scolaire et des cabinets médicaux de ville.
- Les 8-11 ans pratiquent un sport le plus souvent encadré qu'il s'agisse du milieu scolaire, extra-scolaire ou familial. Ils n'appellent de surveillance que par rapport à l'intensité recherchée par certains enfants et lors de l'entrée dans la compétition. Les efforts d'endurance ne sont pas perçus par l'enfant de la même manière que chez l'adulte et ses besoins énergétiques doivent pouvoir être réévalués.
- Les 12-14 ans font face à la vélocité de leur croissance et doivent bénéficier d'une vigilance particulière durant toute la période pubertaire : dépistage de surpoids, dépistage d'une scoliose idiopathique, observation d'une maladie d'Osgood-Schlatter (épiphysite de croissance sur une articulation du genou sollicitée par les courses sur terrain dur et les impulsions-réceptions fortes de ballon, touchant les garçons, surtout entre 10 ans et 15 ans, et les jeunes filles entre 8 ans et 14 ans). Selon une étude canadienne [7], les urgences traumatiques liées aux sports sont les plus nombreuses à ces âges.

C'est également à partir de 12 ans que certains spécialistes conseillent un examen cardiaque plus approfondi [8], voire la pratique d'un électrocardiogramme (ECG) pour éliminer un risque de mort subite en pratique intensive. La mort subite du sportif pendant l'exercice ou les 24 heures qui suivent toucherait 0,5 à 2,5 pour 100 000 personnes entre 12 ans et 35 ans. L'indication d'un ECG en complément de l'interrogatoire et de l'examen clinique est controversée parce qu'elle n'est pas toujours faisable de manière courante, parce qu'elle ne permet qu'exceptionnellement la prédiction des cas de mort subite en contexte sportif et parce qu'elle peut conduire à des restrictions trop nombreuses d'une pratique sportive, ce qui serait *in fine* dommageable à la santé de l'adolescent.

- Les 15-18 ans doivent être observés du fait des démotivations, des abandons et de la prise plus fréquente de produits psychoactifs. La non-fréquentation des cabinets médicaux à ces âges élargit les indications de surveillance médicale à une consultation globale de prévention.

2.3. Adaptations spécifiques de l'enfant à la pratique sportive

2.3.1. Caractéristiques physiologiques

Le mode de vie de l'enfant a un effet sur l'évolution de ses aptitudes musculaires et métaboliques et donc sur sa croissance et sa maturation. Une pratique physique régulière lui permet de développer ses capacités et les conditions physiologiques nécessaires à un maintien en bonne santé [9].

On retiendra deux des spécificités physiologiques de l'enfant, l'une liée à la thermorégulation, l'autre à la consommation d'oxygène.

Le rapport surface corporelle/masse corporelle est de 30 % à 36 % fois plus important chez l'enfant que celui de l'adulte. En ambiance chaude, la thermorégulation est une contrainte et l'hydratation un enjeu essentiel. En son absence, une fatigue chronique s'installe chez l'enfant.

L'augmentation de la consommation maximale en oxygène est un marqueur de la condition physique de l'enfant jusqu'à l'âge de la puberté : les voies oxydatives sont plus activées lors de la mobilisation musculaire. Lorsque les enfants ne sont pas actifs, cette aptitude décroît.

2.3.2 Intrication des caractéristiques physiologiques et psychiques

Du point de vue psychologique, l'enfant a des capacités d'attention moindres que l'adulte et une plus faible perception du danger.

Un enfant se fatigue moins qu'un adulte et il est en mesure de réitérer plus facilement un niveau de performance [10]. L'enfant perçoit l'activité physique comme moins contraignante qu'elle ne l'est physiologiquement et sa perception de la fatigue est différente de celle de l'adulte. Il ressent les exercices comme étant plus faciles que ne les trouve un adulte. L'enfant maintient sa performance, résiste mieux à la fatigue surtout en endurance intermittente, quel que soit le nombre d'exercices et sous-estime l'intensité de l'effort. En contrepartie, un entraînement excessif peut réduire les mécanismes physiologiques qui protègent l'enfant.

2.3.3 L'approche psychosociologique de l'enfant sportif

La notion de plaisir est indispensable pour qu'un enfant choisisse, suive les apprentissages et persiste dans une pratique utile à son développement physique et psychique. Comme dans les autres découvertes de soi, le regard de l'adulte participe à l'estime qu'a l'enfant de lui-même. Le jeu est longtemps présent dans la pratique du sport. L'enfant en reconnaît les règles et parmi elles, dans les sports collectifs, celles d'appartenance à un groupe. Mais il n'est pas toujours capable de supporter un échec et peut avoir du mal à gérer ses émotions.

L'importance de l'identité et de l'image de soi, la prise de risque, le rôle des pairs, le goût de l'effort et de la compétition influencent le choix d'une discipline sportive, particulièrement chez les adolescents. Ce choix est en relation avec l'environnement familial, sportif, scolaire et culturel. Il varie au fur et à mesure des satisfactions et des rencontres. La pratique d'un sport

s'apparente parfois à une conduite d'addiction. Le terme de réponse à la désirabilité sociale désigne l'attitude d'un enfant et d'un adolescent qui manipule inconsciemment ou consciemment son image pour se conformer aux attentes sociales. Le surinvestissement sportif peut en être un effet induit.

En cas de non atteinte de ses objectifs, ou de l'échec dans les compétitions, la personnalité de l'adolescent peut en être fragilisée. L'épuisement physique et émotionnel, le niveau intense de stress, la diminution du sentiment d'accomplissement peuvent se traduire par une démotivation ou une dévalorisation du sport. On trouve aussi une altération du fonctionnement social et, dans les cas extrêmes, des phobies, des troubles alimentaires, des troubles du sommeil et des difficultés de concentration ayant un effet sur les fonctions cognitives et donc, sur les résultats scolaires [11].

Mais l'avenir de l'enfant, sportif ou non, se construit sur la reconnaissance de ses propres limites et l'apprentissage de la défaite, éléments indispensables à l'acquisition des conduites de résilience. Il faut donc rappeler ici le nécessaire équilibre des pratiques sportives avec le développement de l'enfant pris dans sa globalité.

3. Surveillance médicale de la pratique sportive de l'enfant

3.1. Le principe d'une consultation de prévention

La surveillance médicale de l'enfant actif pratiquant un sport de loisir ou de compétition ne se limite pas au certificat réglementaire de non contre-indication aux sports exigé pour l'inscription auprès des fédérations sportives. Elle relève de l'incitation médicale à l'éducation physique et sportive et devrait faire partie systématiquement des examens de surveillance de la santé de l'enfant recommandés dans le carnet de santé et incluse dans les consultations de prévention assurées par les centres de PMI, la médecine scolaire, les centres de santé et les cabinets de ville² [12]. Toute visite médicale est, pour un enfant, l'occasion d'exclure d'éventuelles contre-indications à la pratique d'un sport et de délivrer un certificat lui donnant la possibilité de s'inscrire dans un club sportif.

Un examen plus approfondi d'une durée de 20 à 45 minutes est nécessaire au début d'une nouvelle activité sportive, lorsqu'il y a modification du rythme (entraînements, compétitions), si l'enfant ou le jeune se plaint, s'il est en période de modification physique et physiologique, et après un arrêt de plusieurs semaines quelle qu'en soit la cause [13].

Le certificat triennal de non contre-indication à la pratique sportive peut être rédigé à tout moment de l'année, il s'agit donc d'être vigilant sur tout motif pouvant invalider dans l'intervalle la non contre-indication. S'agissant du renouvellement des certificats, il n'y a pas lieu d'en augmenter la périodicité telle que prévue pour les adultes sauf en période d'essor de la croissance, qui peut être aussi le moment de l'entrée au collège, et à condition que l'enfant bénéficie par ailleurs d'une surveillance médicale régulière. Dans le cas contraire, le certificat réglementaire peut être une occasion de relancer une surveillance négligée, d'initier quelques dépistages ou simplement de contrôler le respect du calendrier vaccinal.

3.2. Les contenus de l'examen médical pour la pratique d'un ou de plusieurs sports

L'examen de l'enfant s'inscrivant en licence sportive portera, comme un examen pédiatrique complet, sur :

- Les antécédents personnels et familiaux de l'enfant ;
- Les courbes de croissance, la taille, le poids, l'IMC (maigreur, surpoids) et la vitesse de croissance ;

² A partir de 16 ans, des consultations de prévention sont proposées par l'Assurance-maladie, certaines caisses en proposent également pour les 12-14 ans.

- L'adaptation de l'enfant à ses rythmes de vie, son alimentation, son sommeil, sa vie scolaire et son attitude vis-à-vis des activités physiques (plaisir, choix d'un ou plusieurs sports, nombre d'heures consacrées au(x) sport(s) et répartition hebdomadaire) ;
- Un bilan ostéo-articulaire centré sur la recherche d'une scoliose, les inégalités de membres, les douleurs ;
- Un examen cardiovasculaire basé sur l'interrogatoire (cardiopathie familiale ou méconnue de l'enfant, cardiopathies congénitales opérées ou non), la recherche de troubles fonctionnels (dyspnée, tolérance à l'effort, palpitations), l'existence de malaises ou de syncopes, et l'examen clinique, en réservant les explorations complémentaires aux patients ayant un ou des signes d'appel ;
- Un examen des voies respiratoires à la recherche d'asthme et d'allergies.

L'objectif premier de cet examen est la surveillance de la santé de l'enfant. Il est finalisé par la production d'un certificat de non contre-indication à la pratique d'un ou plusieurs sports. Il peut être rédigé par le médecin traitant de l'enfant, généraliste, pédiatre ou tout autre spécialiste (allergologue, diabétologue, pédopsychiatre, médecin du sport, ...) qui mentionnera le seuil d'heures de pratique intense. La contre-indication à la pratique sportive reste l'exception, et doit, si possible, être partielle - afin que l'activité physique soit maintenue. En cas de pathologies révélées (par exemple : rein unique, bronchopathies, diabète), il existe des filières d'activités physiques et sportives adaptées.

4. Le questionnaire-santé

Publié dans l'arrêté du 20 avril 2017 [14] modifiant le code du sport, annexe II-22 (Art. A. 231-1), il est demandé à compter du 1^{er} juillet 2017 que le sportif renseigne, entre chaque renouvellement triennal, un questionnaire de santé dont le contenu est précisé par arrêté du ministre chargé des sports. Il doit attester auprès de la fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. À défaut, il est tenu de produire un nouveau certificat médical attestant de l'absence de contre-indication pour obtenir le renouvellement de la licence. Ce questionnaire est confidentiel, il ne pourra être présenté qu'au médecin en cas de réponse positive. Il n'a pas de valeur médicolegale mais il introduit un partage de responsabilité avec le sportif en cas de déclaration erronée. La limite d'un auto-questionnaire est d'être déclarative. Les réponses peuvent être faussement rassurantes ou exclure par excès de précaution.

Le principe du questionnaire individuel est mal connu en France. Il introduit la participation de l'intéressé à la surveillance de l'évolution de sa santé et cette démarche ne nous est pas habituelle. Pratique assez usuelle dans d'autres pays, le recours à un outil d'auto-surveillance, au-delà de la vigilance et de l'alerte, peut aussi faciliter la communication entre le professionnel de santé et son patient. L'âge du sportif n'étant pas mentionné dans l'arrêté, la question est posée de la pertinence et de l'utilité du questionnaire d'auto-surveillance pour l'enfant.

4.1. La faisabilité et les limites de l'auto-surveillance pour un enfant

A partir du seul exemple du carnet de santé de l'enfant, on observe que les quelques questions écrites préalables à une consultation médicale sont rarement renseignées. Un questionnaire - santé présenté comme une obligation réglementaire ne peut a priori garantir une démarche d'auto-surveillance adéquate.

Face au contrôle de sa santé, l'enfant, ou l'adolescent, est en concurrence avec le désir de compétition ou le calendrier serré du renouvellement de sa licence. Il n'est pas toujours apte à faire des choix raisonnés et son attitude face au sport peut varier en fonction de ses sympathies et de ses nouveaux désirs. Il peut vouloir s'orienter vers une autre activité, être soudainement démotivé à la suite d'un accident ou d'une blessure récente.

Il appartient aussi aux adultes responsables d'éviter au jeune une (ré)-installation dans la sédentarité, attitude fréquente à l'adolescence quand les obligations scolaires, les rythmes de vie et les nouvelles relations entraînent une baisse d'activité physique à cette période.

Il faut cependant rester prudent. Si les parents ont la responsabilité de la santé de leur enfant jusqu'à sa majorité, on peut observer des discordances de jugement sur les aptitudes sportives de l'enfant. Les enfants sportifs se blessent plus que les adultes et l'on constate, en comparant les déclarations, que les parents sous-estiment parfois les blessures et les fragilités de leurs enfants. Les parents, les éducateurs sportifs, les entraîneurs peuvent avoir des exigences différentes vis-à-vis d'un enfant motivé. Les risques liés au surinvestissement sportif sont à apprécier et à surveiller en période pré-pubertaire et durant toute l'adolescence.

4.2. L'adaptation de l'auto-questionnaire à l'enfant

Le contenu et la forme du questionnaire-santé, tel que prévu dans l'arrêté du 20 avril 2017[14], ne sont pas adaptés à l'enfant et à l'adolescent. Si le principe en est maintenu, il faut considérer qu'un enfant est partie prenante de la surveillance de sa santé et de la prise en compte des signaux d'alerte. Il est admis que, dès l'âge de 5 ans, les enfants sont capables de se prononcer sur leur qualité de vie et ont leur propre regard. Face à un questionnaire-santé, les adolescents intègrent, plus que les adultes, la santé mentale dans l'appréciation de leur état de santé.

Un questionnaire-santé peut avoir une fonction d'apprentissage. La capacité de ce nouvel outil à favoriser une attitude de prévention individuelle devra être nécessairement évaluée, d'autant qu'un résultat qui viserait à augmenter le nombre de dispenses de sport irait à l'encontre de l'objectif initial.

Selon les âges et les items, l'enfant se fait aider d'un parent, avec la réserve que, dans certaines situations, les jeunes adolescents doivent pouvoir remplir le questionnaire hors de la présence de leurs parents, car on sait que certaines dérives de parents ou d'entraîneurs peuvent être tues.

Un questionnaire d'auto-surveillance aborde les éléments suivants :

- les antécédents familiaux connus ou plus récents – en particulier cardiaques - sont à demander à la famille car l'enfant n'en a pas nécessairement la connaissance ;
- les antécédents personnels en dehors de la santé sportive (maladies chroniques, allergies respiratoires, traitements au long cours, traumatismes en dehors du sport, absences prolongées pour maladie) relèvent du certificat initial ;
- les événements au cours de la pratique sportive durant l'année écoulée (traumatismes, symptômes respiratoires ou cardiaques) doivent être revus en fonction de la croissance de l'enfant et de son investissement dans la pratique sportive ;
- les difficultés rencontrées (douleurs, fatigue, angoisse) et le ressenti propre du jeune vis-à-vis du sport (plaisir, contrainte, libre choix, attitude des proches, désir de poursuivre ou d'abandonner) font partie de la surveillance médicale [15].

Un modèle non validé de questionnaire santé pour les enfants et adolescents, rédigé au plus près du questionnaire santé présenté dans l'arrêté du 20 avril 2017 [14], est proposé en annexe 4 de cet avis. Quel que soit le modèle retenu, il devra faire l'objet d'une évaluation (validité, reproductibilité, compréhension, pertinence, utilité).

5. Engagement des différents niveaux de responsabilité

5.1. Exigences médico-légales

Un certificat médical n'est obligatoire que si un texte législatif ou réglementaire l'exige. Dans le cadre de la pratique sportive de l'enfant, l'éducation physique en milieu scolaire ne requiert pas de certificat médical d'aptitude mais seulement, lorsque nécessaire, un certificat de contre-

indication partielle ou complète dont le médecin doit préciser la durée. De plus, les activités sportives volontaires pratiquées par les élèves avec les associations sportives des établissements d'enseignement sont désormais exemptées de l'obligation de certificat médical de non contre-indication.

À compter du 1^{er} juillet 2017, en l'absence de dispositions réglementaires complémentaires, les enfants ne sont soumis qu'à un contrôle triennal avec un questionnaire de santé d'auto-surveillance annuelle. Dans une lettre adressée au HCSP le 9 mai 2017, le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) rappelle que tous les médecins, quelles que soient leurs qualifications, sont habilités à rédiger ce certificat de non contre-indication. Dans le cadre d'un certificat multisports, il souhaite que la liste des sports indiqués soit donnée avec le libellé exact fourni par les fédérations sportives. Le CNOM regrette la diminution de la fréquence du certificat pour certains âges vulnérables et rappelle que le médecin a un devoir d'information à l'égard du mineur et des titulaires de l'autorité parentale s'il détecte une contre-indication dans l'intervalle des trois ans.

5.2. Les responsabilités parentales et fédérales

La nouvelle législation ne modifie pas les règles du code civil en matière d'autorité parentale ni la jurisprudence dans ce domaine. Ainsi, par rapport au questionnaire de santé, la responsabilité parentale est entière si, le médecin n'étant pas consulté, il existe au moins une réponse positive au questionnaire. En revanche, si le médecin constate une mise en danger de l'enfant, il peut intervenir indépendamment de la responsabilité parentale et fédérale.

En conséquence, le HCSP rappelle que :

- pratiquer une activité physique ou sportive est indiqué tout au long de la vie. Tout professionnel de santé devrait inciter ses jeunes patients à faire du sport régulièrement ;
- le certificat réglementaire de non contre-indication à la pratique d'un ou plusieurs sports ne saurait remplacer l'ensemble des conditions de surveillance de la santé d'un enfant actif, mais y contribue nécessairement ;
- chaque enfant a une dynamique de croissance et une maturation propre dans un environnement physique et social dont il faut tenir compte pour la régulation de son activité physique ;
- la surveillance du jeune sportif en loisir ou en compétition s'inscrit dans le cadre plus général de la surveillance de l'enfant et doit être en concordance avec les examens systématiquement proposés figurant dans le carnet de santé de l'enfant.

Le HCSP recommande que :

- le certificat réglementaire de non contre-indication à la pratique sportive soit établi à l'occasion des examens systématiques de l'enfant et que la nature du ou des sports pratiqués, son (leur) intensité et sa (leur) répartition (nombre d'heures et fréquence) soient mentionnées dans le carnet de santé sur les pages réservées aux examens systématiques de l'enfant ;
- ce certificat ne soit pas discriminant et contribue à la promotion des activités physiques et sportives pour chaque tranche d'âge en tenant compte des risques d'inégalités sociales de santé ;
- les examens de contrôle de l'activité physique et sportive ayant pour but la délivrance d'un certificat, assurés pour la plus grande part d'entre eux par des médecins généralistes, ne comportent pas d'examens complémentaires sinon en cas de signes

d'appel. La pratique systématique d'un ECG n'est pas nécessaire et laissée au libre jugement du praticien. La mise en place de vérifications supplémentaires pourrait aller à l'encontre de la promotion de l'activité physique ;

- la période de l'adolescence suscite une vigilance particulière en raison des changements rapides du corps. Le HCSP conseille d'augmenter la fréquence des examens médicaux de prévention, au minimum tous les deux ans, de saisir l'opportunité de ce contrôle pour initier d'autres démarches préventives (dépistages, vaccins, conduites alimentaires) et d'être particulièrement attentif à cet âge de la vie aux risques de consommation abusive de substances psychoactives ;
- le médecin qui signe le certificat d'inscription en licence soit attentif à l'intensité de pratique pour le sport demandé et à l'adéquation à la physiologie de l'enfant lorsque celui-ci souhaite suivre un entraînement intensif ou une pratique aux caractéristiques particulières et que, du fait de la durée de la consultation et de la délivrance du certificat, le temps médical consacré au jeune sportif soit valorisé ;
- l'intérêt et les limites d'un apprentissage de l'auto-surveillance pour les enfants soient explicités ;
- un projet de questionnaire pour les enfants (cf. annexe 4), rédigé à partir du questionnaire-santé réglementaire, soit l'objet d'une phase d'évaluation en partenariat avec les sociétés savantes représentant les différents spécialistes de l'enfance ;
- En fonction des sports et de leurs risques spécifiques, les fédérations sportives fournissent le contenu des visites de non contre-indication à la pratique du sport qu'elles encadrent, indiquent la fréquence des visites médicales (intervalle entre 2 visites ne dépassant pas 3 ans) avec les seuils d'intensité pour lesquels l'avis de la commission médicale fédérale doit être consultée, ainsi que les examens initiaux attendus dès lors que l'enfant s'engage dans une activité physique plus intensive.

Avis rédigé par un groupe d'experts, membres ou non du Haut Conseil de la santé publique.

Avis validé par le bureau du collège du HCSP le 21 juin 2017 : 8 membres qualifiés présents sur 9 membres qualifiés ; 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé à l'unanimité des présents.

Références

- 1 Expertise collective INSERM. « Activité physique – Contextes et effets sur la santé» Paris : Éd. Inserm, mars 2008, 832 p.
- 2 OECD/EU (2016). Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD publishing, Paris. Chap. 5 : Activité sportive intensive chez l'enfant (11-15 ans), pages 105-106.
- 3 HCSP – Avis du 25 mai 2016 relatif à la refonte du carnet de santé de l'enfant. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=569>
- 4 Praznoczy C., Lambert C., Pascal C. 2017. État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France - Édition 2017, Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS) – Rapport. 130 pages. http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps_TAB2017.pdf
- 5 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. Fev 2016. pp 549 <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>
- 6 Génolini J-P, Escalon H, Godeau E. La santé des collégiens en France / 2014 Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) , Habitudes alimentaires, activité physique et sédentarité, Santé publique France, 2014
- 7 Saunders TJ, Chaput JP, Tremblay MS. Sedentary behaviour as an emerging risk factor for cardiometabolic diseases in children and youth. *Can J Diabetes*. 2014 Feb;38(1):53-61. doi: 10.1016/j.jcjd.2013.08.266.
- 8 Chantepie A. Quand demander un bilan cardiologique avant de délivrer un certificat d'inaptitude ou de contre-indication au sport chez l'enfant. *Réalité ped*. 157_fevrier 2011 <http://www.realites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/sites/2/2011/03/chantepie.pdf>
- 9 Duché P, Van Praag E. Activités physiques et développement de l'enfant». Paris : Éditions Ellipses ; 2009.
- 10 Duché P. L'entraînement chez l'enfant. In : Médecine du Sport. Collection Pour le praticien. 5ème édition. Paris : Elsevier/Masson ; 2013. p. 119-122.
- 11 Schaal K, Tafflet M, Nassif H, et al. Psychopathology within sport: gender-based differences and sport-specific patterns. *PLoS ONE*. 2011, 6(5): e19007. doi:10.1371/journal.pone.0019007
- 12 Favre-Juvin A, Guinot M. Conduite d'un examen médical de non contre-indication à la pratique du sport. 12-2002, Faculté de médecine Grenoble.
- 13 Bacquaert P. Les véritables contre-indications à la pratique du sport chez l'enfant, dossier IRBMS 31.05.2005. <https://www.irbms.com/>
- 14 Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/4/20/VJSV1712186A/jo/texte>
- 15 Bricout VA, Favre-Juvin A. Élaboration et validation d'un questionnaire de fatigue chez l'enfant sportif. *Archives de pédiatrie* 13 (2006) 405–413.

ANNEXES

Annexe 1

Saisine de la Direction générale de la santé (DGS) et par la Direction des sports (DS) par lettre du 30 novembre 2016



Ministère des affaires sociales et de la santé

Ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports

Secrétariat d'Etat aux Sports

Le directeur général de la santé

La directrice des sports

Paris, le 30 NOV. 2016

Monsieur le Président,

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) a modifié les articles L. 231-2 à 231-2 -3 du code du sport relatifs aux demandes de certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport. La démarche de rationalisation des certificats médicaux de non- contre-indication (CMNCI) à la pratique physique ou sportive constitue l'une des mesures inscrites dans la feuille de route de l'instance de simplification de l'exercice libéral inaugurée par la ministre des affaires sociales et de la santé le 12 février dernier. Elle correspond aussi à la volonté, annoncée par les ministres de la santé et des sports lors du conseil des ministres du 10 octobre 2012, de faciliter l'accès à la pratique physique ou sportive dans le cadre de la politique « Sports-Santé-Bien-être ».

Le décret 2016-1157 du 24 août 2016 pris en application de l'article 219 de la LMSS fixe les conditions de renouvellement de la licence sportive et énumère les disciplines sportives qui présentent des contraintes particulières pour lesquelles un examen médical spécifique est requis. Il prévoit que la présentation d'un certificat médical est exigée lors de la demande d'une licence ainsi que lors d'un renouvellement de licence tous les trois ans. A compter du 1er juillet 2017, les sportifs devront remplir, dans l'intervalle de ces trois ans, un questionnaire de santé dont le contenu sera arrêté par le ministre chargé des sports.

Il est important de noter que ni l'article de loi, ni le décret ne comportent de disposition liée à l'âge, ces textes s'appliquent à toute pratique sportive, y compris celles de l'enfant.

Or la pratique du sport chez l'enfant soulève des enjeux spécifiques qu'il importe de prendre en compte :

- L'activité physique apparaît comme une composante essentielle de la santé des jeunes, avec des effets positifs sur la condition physique, la composition corporelle, les facteurs psychologiques, sociaux, cognitifs et comportementaux ; la pratique régulière du sport reste cependant très insuffisante notamment chez les adolescentes ;

*Pr. Roger Salomon
Président du Haut Conseil de Santé Publique
Secrétariat Général du HCSP
14 avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP*

.../...

14, avenue Duquesne – 75 350 Paris 07 SP
Tél : 01 40 56 60 00-Télécopie : 01 40 56 40 56 – www.sante.gouv.fr

- La question des risques liés à la pratique du sport chez l'enfant se pose de manière très différente de celle de l'adulte, ainsi le risque cardio-vasculaire n'est pas au premier plan comme il peut l'être chez l'adulte alors que le développement musculo-squelettique, notamment, doit être pris en compte, de même que la possibilité de découverte ou survenue, dans cette phase de vie, de pathologie héréditaire ou acquise.. Ces risques vont se présenter de manière variable en fonction de l'âge ;
- Une autre préoccupation spécifique est celle des conditions d'environnement social de l'enfant dans l'approfondissement d'un sport pouvant aller jusqu'au niveau de compétition, avec la possibilité de pratiques dommageables pour la santé physique et mentale de l'enfant ;
- Inversement, ces préoccupations ne doivent pas induire l'effet opposé à l'intention du législateur, à savoir un renforcement des barrières à l'activité sportive courante par une complexification disproportionnée de l'examen médical évaluant l'absence de contre-indication à la pratique du sport, qui serait généralisé à toutes les pratiques sportives à l'exception du sport en milieu scolaire.

Dans votre avis du 25 mai 2016 relatif à la refonte du carnet de santé de l'enfant, vous avez émis plusieurs recommandations sur les âges-clés des examens de santé recommandés de 0 à 18 ans et sur leur contenu qui ont rappelé l'importance d'un suivi médical régulier tout au long de l'enfance et de l'adolescence. Nous vous prions, dans la suite de ces travaux, d'étudier, en fonction de l'âge :

- Les conditions de l'évaluation et réévaluation de la non contre-indication ;
- Le contenu des consultations amenant à la rédaction d'un certificat de non contre-indication à la pratique sportive (contenu complémentaire éventuel aux examens recommandés) ;
- Le contenu d'un auto-questionnaire adapté à l'enfant et à ses parents ;
- La prise en compte des risques associés à la pratique intensive du sport chez l'enfant.

Nous vous remercions de bien vouloir nous adresser vos conclusions pour février 2017.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le président, l'expression de nos sincères salutations.

La directrice des sports

Laurence LEFEVRE

Le Directeur Général de la Santé,

Professeur Benoît VALLET

Annexe 2

Composition du groupe de travail (GT)

Monique ALLES
Laure COM-RUELLE, HCSP
Marie DEVERNAY
Pascale DUCHE
Véronique DUFOUR
Virginie HALLEY de FONTAINES (présidente du GT), HCSP
Michel ROUSSEY
Jean-François TOUSSAINT

Secrétariat général du HCSP

Annette COLONNIER

Annexe 3

Liste des personnes auditionnées

Dr A-L AVRONSART, médecin du sport, CMS, St Denis
Dr P BACQUAERT, médecin du sport, IRMS, Lille
Mme COMPANYO, Ecole des parents, Toulouse
Dr E DEBOST, médecin généraliste, HCSP
Pr P-L DRUAIS, médecin généraliste, président du Collège de médecine générale
B GUINHOUYA, maître de conférences, université Lille 2
Mme C-E GUINOISEAU, IDE scolaire, Ablancourt
Dr S HUBINOIS, pédiatre, présidente de l'AFPA
Mme MAIROT, professeur EPS, Paris
Dr J-M MOURGUES, CNOM, section santé publique et démographie médicale
Dr M-C PARUIT, pédiatre, médecin du sport, CHU Nantes
Dr H VIDALIN, médecin du sport, Clermont-Ferrand

Annexe 4

Proposition d'un contenu d'auto-questionnaire santé pour les enfants (non validé)

Depuis un an

As-tu été hospitalisé(e), opéré(e) ?

As-tu ressenti des douleurs dans la poitrine ou des palpitations ?

As-tu ressenti un essoufflement différent de l'habitude ?

As-tu eu un malaise ou la tête qui tourne pendant un effort ?

As-tu beaucoup grandi ?

As-tu beaucoup maigri ou grossi ?

Dois-tu prendre un nouveau médicament pour longtemps ?

As-tu arrêté le sport un mois ou plus à cause de ta santé ?

As-tu repris le sport sans l'accord d'un médecin ?

Y a-t-il eu une maladie grave du cœur ou une mort subite dans ta famille proche ?

Aujourd'hui

As-tu des difficultés pour t'endormir ou te réveilles-tu la nuit ?

Rencontres-tu des problèmes pour bien te nourrir ?

Es-tu triste ou moins motivé(e) ?

As-tu des problèmes à l'école ?

Quelqu'un te trouve-t-il fatigué(e) en ce moment ?

Ressens-tu une douleur, un manque de force ou une raideur à la suite d'une blessure survenue cette année en faisant du sport ?

Penses-tu devoir arrêter de faire du sport ?

Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?

Si tu as répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Il faut alors simplement attester, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors du renouvellement de la licence.

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Il faut consulter un médecin et lui présenter ce questionnaire renseigné.

Avis produit par le Haut Conseil de la santé publique

Le 21 juin 2017

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr