HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

SYNTHESE

Activité physique chez l'enfant : sa place dans la consultation pédiatrique standard

Validée par le Collège le 16 octobre 2025

L'essentiel

- Dès le plus jeune âge, l'activité physique (AP), et plus largement le mouvement, fait pleinement partie de la vie de l'enfant.
- Il n'y a pas lieu de consulter un médecin avant la pratique d'une activité physique ou sportive chez un enfant asymptomatique, sans facteur de risque personnel ou familial, en l'absence d'une maladie chronique, d'un facteur de risque ou d'une situation de handicap et si les consultations pédiatriques de suivi obligatoires ont été respectées.
- Il n'y a pas lieu de consulter un médecin avant la pratique d'une activité sportive, en l'absence de réponse positive au questionnaire pédiatrique du sportif mineur, sauf pour les sports inscrits sur la liste des sports à contraintes particulières.
- La consultation pédiatrique standard, c'est-à-dire la consultation chez l'enfant réalisée par un médecine, généraliste ou pédiatre, permet de repérer les enfants inactifs ou sédentaires, dépister les limitations et les rares cas de contre-indications aux activités sportives ou à l'éducation physique et sportive (EPS), prendre en compte une maladie chronique, un facteur de risque ou une situation de handicap et accompagner l'enfant vers des AP ou sportives adaptées à son état, en accord avec ses parents.
- L'entretien est le temps essentiel de la consultation. Il oriente l'examen physique et, si nécessaire, le recours à un avis spécialisé devant des signes d'alerte. Il permet de repérer les freins et les leviers à l'activité physique, et ainsi de structurer l'entretien motivationnel lorsque celui-ci est justifié.
- La consultation peut se conclure par une prescription d'AP ou sportive, avec éventuellement des précautions ou des limitations, voire par la prescription d'un programme en activité physique adaptée (APA), en thérapeutique d'une maladie chronique, d'un facteur de risque ou d'une situation de perte d'autonomie.

Les consultations de l'enfant par le médecin traitant ou par un autre professionnel de santé, en ville, à l'hôpital ou en milieu scolaire, sont autant d'occasions pour promouvoir des comportements et environnements favorables pour la santé, en particulier la pratique d'AP.

Les consultations de l'enfant comprennent :

- Les 20 consultations pédiatriques obligatoires de suivi prévues par le Code de la santé publique avec le médecin traitant, généraliste ou pédiatre, ou avant 6 ans, par le médecin de la protection maternelle et infantile (PMI) ou par un médecin de l'Éducation nationale.
- Les consultations pédiatriques occasionnelles pour : un symptôme aigu, le suivi d'une maladie chronique, une blessure en lien avec la pratique d'une AP, un certificat médical d'inaptitude à la pratique de l'EPS ou un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive (CACI) pour une licence sportive (cf. Synthèse AP chez l'enfant).

Il n'y a pas lieu de consulter un médecin avant la pratique d'une activité physique ou sportive chez un enfant asymptomatique, sans facteur de risque personnel ou familial, en l'absence d'une maladie chronique ou d'une situation de handicap et si les consultations pédiatriques de suivi obligatoires ont été respectées, sauf en cas de réponse positive au questionnaire pédiatrique du sportif mineur ou de sports inscrits sur la liste à contraintes particulières. L'obligation d'un certificat médical systématique (CACI) attestant de l'absence de contre-indication pour les mineurs afin d'obtenir une licence sportive ou pour participer à un évènement sportif organisé par une fédération a été supprimée, en dehors de ces deux derniers cas (cf. Synthèse AP chez l'enfant).

La consultation pédiatrique standard

La consultation pédiatrique standard est l'occasion pour le médecin généraliste ou le pédiatre de dépister les enfants inactifs et/ou sédentaires et les rares cas de contre- indications aux AP et de repérer des signes d'alerte nécessitant une vigilance particulière pour la pratique des AP. Elle comprend un entretien et un examen physique

En cas de maladie chronique rare, cette consultation et la prescription d'un programme en APA sont réalisées en concertation avec le médecin spécialiste référent de l'enfant (centre expert de référence ou de compétence).

L'entretien est un temps essentiel de la consultation pédiatrique et doit prendre en compte les interactions de l'enfant avec ses parents.

Il va explorer :

- Les habitudes de vie de l'enfant : les pratiques d'AP ou sportives actuelles en milieu scolaire, en club et/ou association sportive et en famille ; les pratiques d'AP ou sportives antérieures, avec les causes d'arrêt (dont blessures) ; le temps passé à des comportements sédentaires, dont ceux devant un écran récréatif ; les AP ou sportives envisagées, avec l'état de motivation de l'enfant et de ses parents pour celles-ci (tableau 13).
- Les facteurs personnels, familiaux et sociaux et l'environnement construit, pouvant influencer la pratique d'AP et le temps passé à des comportements sédentaires chez l'enfant (tableau 14). La pratique d'AP ou sportives et le mode de vie des parents sont majeurs en termes de transmission chez les jeunes.

Il va rechercher spécifiquement :

- Les situations personnelles ou familiales à risque d'un événement cardiovasculaire potentiellement grave à la pratique d'AP d'intensité élevée qui vont justifier un avis cardiologique spécialisé (tableau 15) ;

– Les antécédents personnels de l'enfant pouvant interférer avec la pratique d'une AP d'intensité élevée (tableau 16) ;
– Des symptômes lors ou au décours de l'effort pouvant justifier une exploration diagnostique ou l'adaptation d'un traitement ou d'un avis spécialisé avant la reprise des AP (tableau 17) ;
– Les limitations et contre-indications à l'AP, qui sont le plus souvent temporaires et / ou partielles en l'attente de la résolution ou du contrôle de la pathologie (tableaux 18).

Une évaluation du niveau d'AP et de sédentarité des enfants de 8 à 18 ans peut être quantifiée grâce au questionnaire CAPAS-Q de l'ONAPS[1].

L'examen physique pédiatrique doit être complet, avec une attention particulière pour le système cardiorespiratoire et ostéoarticulaire, et selon les éléments repérés à l'entretien de l'enfant avec ses parents (Tableau 19).

Les signes d'alerte

Dans les suites de l'entretien et de l'examen physique de l'enfant, le professionnel relève des signes ou les situations nécessitant une vigilance particulière pour la pratique de l'AP. Ces signes d'alerte peuvent être en lien avec l'état de santé de l'enfant, le type de pratique sportive envisagé ou l'environnement de l'enfant. Ils peuvent nécessiter : une consultation approfondie ; un entretien de motivation centré sur les AP et la réduction des comportements sédentaires ; des examens complémentaires, un avis spécialisé et/ou une prescription d'un programme d'activité physique adaptée (tableau 20).

La prescription d'activité physique et d'activité physique adaptée

Lors de la consultation pédiatrique, le médecin doit promouvoir des habitudes de vie saines, en termes d'activité physique, de réduction du temps passé à des activités sédentaires, en particulier devant des écrans récréatifs, de sommeil et d'alimentation. Il encourage la pratique d'AP sous toutes ses formes.

En cas de maladie chronique, de facteur de risque ou de situation de handicap, le médecin peut prescrire de l'AP ou un programme en APA en s'appuyant sur la classification en 4 niveaux de l'AP, sur la définition des programmes en APA et sur ses conditions de prescription définies pour l'adulte (cf. Guide HAS, tableaux 1, 2 et 3) (avis d'experts).

Les enfants atteints de maladie chronique ou présentant un facteur de risque ou une situation de handicap devraient pouvoir bénéficier de programmes en APA, thérapeutique non médicamenteuse déjà validée chez l'adulte, même s'il y a encore peu de données scientifiques chez les enfants et les adolescents (avis d'experts).

Tableau 13. Le temps passé à des activités sédentaires et les AP actuelles et antérieures de l'enfant

Le temps passé à des comportements sédentaires
Les différents comportements sédentaires, leur durée et leur fractionnement (école, lecture, devoirs à domicile, jeux éducatifs en famille, etc.).
Les temps d'écran récréatifs (télévision, jeux vidéo, tablette, smartphone, réseaux sociaux)
Les AP actuelles et le niveau d'AP
Les AP actuelles (type, durée, volume, finalité) : – Les AP de la vie quotidienne : les déplacements actifs (marche, vélo, trottinette, fauteuil roulant manuel, handbike, etc.), en particulier pour les déplacements entre le domicile et l'établissement scolaire ; – L'EPS à l'école, une éventuelle dispense d'EPS ; – Les AP ou sportives périscolaires ; – Les AP ou sportives encadrées en club ou en association ;

[1] Le questionnaire CAPAS-Q

– Les AP ou sportives libres, dont les jeux actifs, les lieux et leur accessibilité.

Le niveau d'AP : enfant actif/inactif, selon les recommandations de l'OMS en fonction de l'âge.

Pour les personnes en situation de handicap (PSH), la nécessité d'un dispositif médical ou sportif adapté et/ou spécifique, d'une adaptation des règles ou d'un accompagnement.

Les pratiques d'AP antérieures et les causes d'arrêt

Les AP ou sportives antérieures : type, durée, volume, finalité.

Les motifs d'interruption de la pratique :

– une blessure accidentelle : ecchymose, entorse, fracture, lésion musculaire, etc., incluant la recherche de commotions cérébrales parfois encore non diagnostiquées dans certains sports ou certains niveaux de pratique ;
– une blessure de surutilisation (ostéochondrose, fracture de fatigue et tendinopathie) en lien avec une pratique intensive ;
– un symptôme pendant les AP (douleur, dyspnée, malaise, etc.) ;
– une perte de motivation (causes à préciser) ;
– des difficultés en lien avec l'environnement (familial, social ou construit) ;
– des difficultés financières, etc.

NB. Certains de ces éléments sont des indicateurs de la tolérance des contraintes, les plus souvent physiologiques, des activités sportives sur l'organisme en croissance de l'enfant.

Les pratiques d'AP envisagées et l'état de motivation de l'enfant et de ses parents :

– le choix d'une AP par l'enfant et ses parents, sa finalité, l'état de motivation de l'enfant ;
– son type : pratique sportive encadrée, non encadrée, périscolaire, pratique compétitive, pratique en APA ;
– son volume et sa variation par rapport à l'année précédente et au stade de croissance ;
– son environnement, pouvant constituer un risque (par ex : milieu aquatique, pratiques itinérantes) ;
– son appartenance ou non à une discipline à contraintes particulières ou une réponse positive au questionnaire pédiatrique pour les sportifs mineurs, qui justifieraient la rédaction d'un CACI.

Pour les PSH : la pratique est-elle envisageable avec appareillage ou l'installation actuelle ? Faut-il une adaptation particulière : appareillage, aide technique, fauteuil, dispositifs spécifiques, adaptation des règles, accompagnement humain ?

Tableau 14. Les leviers et les freins à la pratique d'AP chez l'enfant et l'adolescent

Les leviers

Mode de vie de l'entourage : Qui fait une AP autour de vous ? Quel type d'AP ? Aimeriez-vous réaliser cette AP avec cette personne ? AP plutôt en individuel ou en groupe, etc.

Environnement construit : aménagements favorisant les AP ; centre, club ou association d'AP en proximité et leur accessibilité, etc.

Déplacements actifs pour se rendre du domicile à l'établissement scolaire, la distance, les moyens, les équipements de sécurité, la sécurité (accompagné, en groupe, etc.).

Les freins

Les freins propres à l'enfant, à son entourage et à son environnement. Ils peuvent être médicaux, psychologiques et sociaux, ou en lien avec l'environnement construit, avec une vigilance pour les adolescentes qui constituent une population particulièrement vulnérable sur les aspects culturel et psychologique (image de soi, image corporelle, compétences physiques, etc.).

Les représentations de l'AP de la famille en cas de maladie ou de handicap de l'enfant doivent être précisées pour lever les fausses croyances qui conduiraient à éviter toute AP régulière. Une AP adaptée reste recommandée dans la plupart des cas, avec parfois une éducation, des précautions particulières et d'éventuelles limitations ou contre-indications le plus souvent temporaires.

Pour les personnes en situation de handicap, il faut aussi prendre en compte : l'accessibilité des structures, le transport adapté pour s'y rendre, le besoin d'accompagnement humain, le besoin d'un matériel spécifique, les coûts financiers supplémentaires, etc.

Tableau 15. Les situations à risque d'un évènement cardiovasculaire potentiellement grave à l'exercice chez l'enfant

Un avis spécialisé cardiologique est recommandé, en cas :

- d'antécédents familiaux de pathologies cardio-vasculaires héréditaires ou congénitales, ou d'une mort subite chez un parent du 1er degré avant 50 ans ;

- de signes fonctionnels notamment à l'effort : dyspnée, douleur thoracique, palpitations, malaise, syncope à l'effort…, qui peuvent révéler une maladie cardiovasculaire sous-jacente de l'enfant ;

- de signes cardio-vasculaires à l'examen physique : hypertension artérielle, souffle cardiaque, asymétrie des pouls ou de la pression artérielle, etc., qui peuvent révéler une maladie cardiovasculaire sous-jacente de l'enfant ;

- de signes cliniques évocateurs d'une maladie de Marfan.

NB. La prudence doit aussi être la règle pour certains enfants en situation de handicap physique, n'ayant jamais eu de bilan cardiovasculaire et à risque de retentissement sur le système cardiovasculaire, en particulier les myopathies, le blessé médullaire, un syndrome polymalformatif, etc.

Tableau 16. Les antécédents personnels à risque ou pouvant interférer avec la pratique d'une AP

Le statut vaccinal, en particulier la vaccination contre l'hépatite B dont l'absence est une contre-indication à la pratique de certaines disciplines sportives, comme la boxe.

Les pathologies de l'appareil ostéoarticulaire : traumatiques, microtraumatiques, malformations congénitales, déformations ostéoarticulaires ou troubles posturaux, etc., avec la recherche de séquelles, de limitations fonctionnelles, de fragilité résiduelle ou de risque à la pratique de certaines activités.

Les troubles psychologiques : troubles des conduites alimentaires, etc.

Les maladies exposant au risque d'une perte de connaissance peu prévisible, comme l'épilepsie. Le choix de l'AP doit alors prendre en compte la possibilité de pouvoir gérer l'incident sans perte de chance pour l'enfant. Par exemple en milieu aquatique, avec une information et une vigilance accrue du maître-nageur, le port d'un bonnet de bain rendant l'enfant reconnaissable, une conduite à tenir anticipée, une accessibilité des secours, etc.

Une maladie chronique : son caractère stabilisé ou décompensé, le niveau d'éducation de l'enfant et de ses parents à la gestion de cette maladie, y compris en lien avec les activités sportives envisagées (adaptation des traitements, précautions particulières, conduite à tenir de l'encadrement en cas de problème lié à la maladie, etc.). Dans le cas de maladies rares, une évaluation en concertation avec le médecin spécialiste référent de l'enfant est recommandée pour adapter les conditions de la pratique d'AP.

Les antécédents chirurgicaux : digestifs, urinaires, ostéo-articulaires, etc., avec de possibles retentissements fonctionnels ou impacts sur la pratique d'AP.

Le traitement de fond médicamenteux : le médecin évalue le besoin et la possibilité d'en disposer pendant la pratique d'AP, sa compatibilité avec la discipline ou la nécessité de précautions particulières.

Pour les personnes en situation de handicap :

- Antécédents de blessures ostéo-articulaires ou cutanées ou de douleurs liées à un appareillage non adapté à l'AP ou une sur-sollicitation musculosquelettique liée au handicap : les appareillages, les aides techniques et les autres dispositifs sont-ils compatibles avec l'AP ou doivent-ils être adaptés ?
- Les soins quotidiens doivent être précisés : le médecin doit évaluer les possibilités de les réaliser lors des périodes d'AP et, si nécessaire, demander un avis spécialisé pour adapter le protocole et anticiper les besoins (sondages urinaires, changement d'appareillage, etc.).

Tableau 17. Les signes et symptômes lors ou au décours d'une pratique AP

Les symptômes d'allure cardiovasculaire : douleur thoracique, malaise, palpitations, essoufflement anormal, doivent être systématiquement recherchés, précisés et explorés avant de conseiller ou d'autoriser une pratique sportive.

Les douleurs articulaires sans notion de traumatisme, survenant pendant ou au décours de l'AP

Elles peuvent avoir des causes multiples et doivent être recherchées dès l'entretien. Leurs caractéristiques (aiguë ou chronique, mode d'installation brutal ou progressif, horaire mécanique ou inflammatoire, intensité rythmée par la pratique, localisation unilatérale ou bilatérale…) seront précisées pour pouvoir différencier les douleurs pour lesquelles des examens complémentaires ou des avis spécialisés devront être demandés précocement, de celles plus bénignes nécessitant un aménagement temporaire et un suivi évolutif.

NB. Une douleur ostéo-articulaire persistante, souvent rattachée dans l'anamnèse à un traumatisme, peut être un mode de découverte des ostéomyélites ou des tumeurs osseuses chez l'enfant.

Les autres symptômes généraux à l'effort ou au décours de l'effort

Certains symptômes généraux comme une asthénie, une dyspnée anormale, des troubles digestifs, des éruptions cutanées peuvent révéler des pathologies sous-jacentes (une allergie, un asthme, une maladie inflammatoire chronique de l'intestin ou un lymphome).

Des fuites urinaires à l'effort doivent être recherchées et peuvent témoigner d'une musculature abdominale particulièrement tonique chez une athlète avec, à l'effort, une hyperpression intra-abdominale très supérieure à la résistance du sphincter urétral, pouvant justifier d'une rééducation pelvienne.

Tableau 18. Les contre-indications et limitations aux AP

Les contre-indications temporaires pour les AP d'intensité élevée :

- toutes les pathologies aiguës ;

- toutes les pathologies chroniques décompensées ou non stabilisées.

- dénutrition sévère

Les contre-indications temporaires aux AP pour la zone concernée :

- Les pathologies traumatiques non consolidées ;

- les pathologies ostéo-articulaires en poussée inflammatoire ;

- une escarre ou une plaie évolutive ou chronique selon sa gravité et sa localisation (exemples : localisée sur une zone d'appui, de contact ou à risque de frottement lors de l'AP ; à risque de complication liée à l'activité (piscines, sable, terre, etc.)).

NB. Les escarres sans risque d'appui, de frottement, et protégées par un pansement bien réalisé, si nécessaire hermétique, ne sont pas une contre-indication à la pratique d'AP.

Tableau 19. Examen physique de la consultation pédiatrique standard, avec une attention particulière pour l'AP

Biométrie

Courbes de croissance : poids (g) et taille (cm)

Périmètre crânien (cm)

Indice de masse corporelle (IMC), voire masse grasse en cas d'IMC bas

Examen cardiovasculaire et respiratoire

Auscultation pulmonaire, cardiaque et vasculaire

Mesure de la pression artérielle

Mesure de la fréquence cardiaque et appréciation du rythme cardiaque

Palpation des pouls périphériques : présence et symétrie des pouls artériels

Examen général

Examen de l'abdomen : recherche d'une organomégalie, d'une douleur à la palpation

Examen ORL : de la bouche, de la gorge et des oreilles

Stade pubertaire, en utilisant la classification de Tanner

Examen cutané, des phanères et des aires ganglionnaires

Inspection de la peau, de la ligne médiane, des ongles : absence d'œdème, de lésions, de plaies et de troubles de la sensibilité

Inspection des aires ganglionnaires

NB. Pour les personnes en situation de handicap installées en fauteuil ou porteuses d'un appareillage orthopédique (orthèse ou prothèse) : palpation et inspection cutanée de tous les points d'appui potentiels et information du patient et de la famille du risque de lésion par frottement.

Examen ostéo-articulaire

Recherche d'asymétrie de longueur et de circonférence des membres

Recherche d'une anomalie des axes des membres inférieurs (valgus/varus)

Examen des pieds et chevilles en charge

Examen de la mobilité articulaire : amplitudes (laxité ou raideur), douleurs en mobilisation active ou passive, ressauts, instabilités

Sensibilité à la palpation des os, des articulations, des noyaux épiphysaires et des tendons

Examen du rachis (statique et dynamique) et du grill costal, et recherche d'une gibbosité en position debout penché en avant[2]

Examen des hanches et des genoux, en fonction des sports envisagés

NB. Pour le choix de l'activité sportive, chez les enfants avec une atteinte ostéo-articulaire et/ou musculo-squelettique, il faudra porter une attention particulière aux articulations à risque de sur-sollicitation et aux limitations d'amplitude articulaire active et passive.

Examen neurologique et musculaire

Évaluation de la force musculaire : globale et testing des groupes musculaires[3]

Évaluation du tonus musculaire : actif et passif

Recherche de mouvements involontaires et de troubles de la commande motrice

Réflexes ostéotendineux

Réflexes cutanés abdominaux

Évaluation de la sensibilité cutanée superficielle et de la sensibilité profonde

Recherche de troubles de l'équilibre et d'un syndrome cérébelleux

Analyse des habiletés motrices pour l'enfant marchant (marche, course, saut.) et non-marchant (agilité de déplacement en fauteuil, équilibre assis, amplitude de mouvement actif du tronc assis.)

Examen sensoriel

Acuité visuelle, recherche de déficits sensoriels (visuel et auditif) et de troubles cognitifs (si indiqué)

Enfant asymptomatique :

- Antécédent de cardiopathie congénitale, familiale ou héréditaire (cf. Focus - pathologies cardiovasculaires de l'enfant). / avis cardiologique

- Antécédent d'arrêt de pratique pour raison médicale

- Antécédent de blessure grave lors de la pratique d'une AP

Enfant symptomatique ou atteint d'une pathologie ou présentant une déficience

- Signes ou symptômes à l'effort ou au repos / examens complémentaires ou avis spécialisé

- Facteur de risque, en particulier une surcharge pondérale

- Maladie chronique / avis spécialisé le plus souvent dans le cadre du suivi de la pathologie.

- Situation de handicap / avis spécialisé le plus souvent dans le cadre du suivi du handicap

-Maladie rare / avis du médecin spécialiste référent de l'enfant (centre de référence ou de compétence)

Selon le type de pratique sportive envisagée

- Réponse(s) positive(s) au questionnaire du sportif mineur / CACI

---

[2] Diagnostic des scolioses avec le test d'Adam (test en flexion antérieure du tronc) En particulier, les tests standardisés suivants : le *Hand Grip Test* pour les membres supérieurs et le *Sit to stand* 30 sec (test assis debout 30sec) pour les membres inférieurs, le test de Sorensen (endurance des muscles extenseurs du tronc et de la hanche) et le test de gainage ventral pour le tronc.

[3] En particulier, les tests standardisés suivants : le *Hand Grip Test* pour les membres supérieurs et le *Sit to stand* 30 sec (test assis debout 30sec) pour les membres inférieurs, le test de Sorensen (endurance des muscles extenseurs du tronc et de la hanche) et le test de gainage ventral pour le tronc.

- Sport à contraintes particulières et CACI selon la règlementation

- Pratique sportive intensive ou de haut niveau, avec ses risques propres / avis en médecine du sport

- Pratique sportive en pré-filière de haut niveau / suivi règlementé en médecine du sport

Selon l'environnement de l'enfant

- Environnement familial et social : parents peu enclins aux AP ou aux pratiques sportives pour leur enfant, représentation négative des AP par les parents … ou inversement, pression exagérée exercée par l'entourage (amis, familles, entraîneurs) avec une notion de performance ou une nécessité de résultats / entretien motivationnel

- Environnement construit : obstacle à la pratique, avec un manque d'infrastructures proches du domicile ou accessibles (possibilité de transport, coûts), en particulier pour les enfants en situation de handicap, problèmes de sécurité, etc.

Ce document présente les points essentiels de la publication : Activité physique chez l'enfant, sa place dans la consultation pédiatrique standard**, Méthode,** octobre 2025

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – octobre 2025