



**HAL**  
open science

# L'importance de la prescription d'une activité physique “ santé ” chez l'enfant en médecine générale

Clémence Llorca

► **To cite this version:**

Clémence Llorca. L'importance de la prescription d'une activité physique “ santé ” chez l'enfant en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04564229

**HAL Id: dumas-04564229**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04564229>**

Submitted on 30 Apr 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE CÔTE D'AZUR  
ANNEE 2024



**THESE D'EXERCICE DE MEDECINE**

Pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine

**L'IMPORTANCE DE LA PRESCRIPTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE  
« SANTE » CHEZ L'ENFANT EN MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue le 18/04/2024

A la faculté de Médecine de Nice

Par **Clémence LLORCA**

Née le 10/08/1994 à Marseille (13)

**MEMBRES DU JURY**

Président :

Monsieur le Professeur David DARMON

Assesseurs :

Madame le Docteur Jocelyne LAURENT

Madame le Docteur Véronique NEGRE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Carl WILLEM

Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

**Doyen**

**Pr. Jean DELLAMONICA**

**Vice-doyennes**

**Pédagogie**

**Pr. Véronique ALUNNI**

**Recherche**

**Pr. Barbara SEITZ-POLSKI**

**Relations internationales**

**Pr Fanny BUREL-VANDENBOS**

Conservateur de la bibliothèque

Mme Danièle AMSELLE

Directrice administrative des services

Mme Isabelle CALLEA

**Doyens Honoraires**

M. Patrick RAMPAL

M. Daniel BENCHIMOL

M. Patrick BAQUÉ

Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Véronique	ALUNNI	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M Nicolas	AMORETTI	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. Rodolphe	ANTY	Gastro-entérologie (52.01)
Mme Florence	ASKENAZY-GITTARD	Pédopsychiatrie (49.04)
M. Philippe	BAHADORAN	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme Stéphanie	BAILLIF	Ophtalmologie (55.02)
Mme Sylvie	BANNWARTH	Génétique (47.04)
M. Patrick	BAQUÉ	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. Emmanuel	BARRANGER	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. Emmanuel	BENIZRI	Chirurgie Générale (53.02)
M. Michel	BENOIT	Psychiatrie (49.03)
M. Gilles	BERNARDIN	Réanimation Médicale (48.02)
M. J-Philippe	BERTHET	Chirurgie Thoracique (51-03)
M. André	BONGAIN	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. Alexandre	BOZEC	ORL- Cancérologie (47.02)
M. Jean	BREAUD	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme Véronique	BREUIL	Rhumatologie (50.01)
M. Nicolas	BRONSARD	Anatomie Chir Ortho et Traumatologie (42.01)
M. Olivier	CAMUZARD	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme Fanny	BUREL-VANDENBOS	Anat. cytol. path. (42.03)
M. Michel	CARLES	Mal. infect. ; trop. (45.03)
M. Laurent	CASTILLO	O.R.L. (55.01)
M. Nicolas	CHEVALIER	Endo.diab.mal. métab (54.04)
M. Patrick	CHEVALLIER	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme Giulia	CHINETTI	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. Thomas	CLUZEAU	Hématologie (47.01)
M. Jacques	DARCOURT	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. David	DARMON	Médecine Générale (53,03)
M. Jean	DELLAMONICA	Réanimation médicale (48.02)
M. Jérôme	DELOTTE	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. Jérôme	DOYEN	Radiothérapie (47.02)
M. Milou-Daniel	DRICI	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. Matthieu	DURAND	Urologie (52.04)

Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Vincent	ESNAULT	Néphrologie (52-03)
Mme	Christelle	ESTRAN-POMARES	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	Guillaume	FAVRE	Physiologie (44.02)
M.	Emile	FERRARI	Cardiologie (51.02)
M.	J-Marc	FERRERO	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	Denys	FONTAINE	Neurochirurgie (49.02)
M.	J-Paul	FOURNIER	Thérapeutique (48-04)
M.	Eric	GILSON	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	Valérie	GIORDANENGO	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	Lisa	GIOVANNINI-CHAMI	Pédiatrie (54.01)
M.	Olivier	GUERIN	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	Nicolas	GUEVARA	Oto-Rhino-laryngologie ( 55.01)
M.	Jean	GUGENHEIM	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	J-Michel	HANNOUN-LEVI	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	Reda	HASSEN KHODJA	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	Xavier	HÉBUTERNE	Nutrition (44.04)
M.	Paul	HOFMAN	Anat. cytol. path. (42.03)
M.	Olivier	HUMBERT	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	Antonio	IANNELLI	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	Carole	ICHAÏ	Anesth. réa. (48.01)
M.	Marius	ILIÉ	Anat. cytol. path. (42.03)
M	Elixène	JEAN-BAPTISTE	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	Georges	LEFTHERIOTIS	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
Mme	Sylvie	LEROY	Pneumologie-Addictologie (51.01)
M.	Jacques	LEVRAUT	Médecine d'urgence (48.05)
M.	Michel	LONJON	Neurochirurgie (49.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Charles	MARQUETTE	Pneumologie (51.01)
M.	J-François	MICHIELS	Anat. cytol. path. (42.03)
Mme	Pamela	MOCERI	Cardiologie (51.02)
M.	Henri	MONTAUDIÉ	Dermatologie (50.03)
M.	Nicolas	MOUNIER	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	J-Christophe	ORBAN	Anesth. réa. (48.01)
M.	Bernard	PADOVANI	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	Philippe	PAQUIS	Neurochirurgie (49.02)
Mme	Véronique	PAQUIS	Génétique (47.04)
M.	Thierry	PASSERON	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	Thierry	PICHE	Gastro-entérologie (52.01)
M.	Christian	PRADIER	Epid., éco. santé (46.01)
Mme	Virginie	RAMPAL	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	Pierre	ROHRLICH	Pédiatrie (54.01)
M.	Eric	ROSENTHAL	Médecine Interne (53.01)
M.	Christian	ROUX	Rhumatologie (50.01)
M.	Raymond	RUIMY	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	Sabrina	SACCONI	Neurologie (49.01)
Mme	Nirvana	SADAGHIANLOO	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	Stéphane	SCHNEIDER	Nutrition (44.04)
Mme	Barbara	SEITZ-POLSKI	Immunologie (47.03)
M.	Antoine	SICARD	Néphrologie (52.03)
M.	Pascal	STACCINI	Biostat. inf.méd. TC (46.04)
M.	Pierre	THOMAS	Neurologie (49.01)
M.	Albert	TRAN	Hépatogastro-entérologie (52.01)
M.	Geoffroy	VANBIERVLIEET	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. Damien	AMBROSETTI	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme Caroline	BERNARDI	Médecine légale et droit de la Santé (46.03)
Mme Julie	BERNARDOR	Pédiatrie (54.01)
Mme Ghislaine	BERNARD-POMIER	Immunologie (47.03)
Mme Tiphanie	BOUCHEZ	Médecine Générale ( 53.03)
Mme Julie	CONTENTI-LIPRANDI	Médecine d'urgence ( 48-04)
M. Johan	COURJON	Mal. infect. ; trop. (45.03)
Mme Bérengère	DADONE-MONTAUDIÉ	Cancérologie-radiothérapie (47.02)
M. Alain	DOGLIO	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. Arnaud	FERNANDEZ	Pédopsychiatrie ( 49-04)
Mme Charlotte	HINAULT	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. Mathieu	JOZWIAK	Médecine intensive-Réanimation (48.02)
Mme Brigitte	LAMY	Bactériologie-virologie ( 45.01)
Mme Elodie	LONG-MIRA	Cytologie et Histologie (42.02)
M. Michaël	LOSCHI	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. Romain	LOTTE	Bact-vir ; Hyg.hosp. (45.01)
Mme Marie-Noëlle	MAGNIÉ	Physiologie (44.02)
M. Arnaud	MARTEL	Ophtalmologie (55.02)
M. Nihal	MARTIS	Méd int. ; gériatrie (53.01)
M. Damien	MASSALOU	Chirurgie Viscérale ( 52-02)
Mme Sandra	MUSSO-LASSALLE	Anat. cytol. path. (42.03)
M. Mourad	NAÏMI	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme Céline	OCELLI	Médecine d'urgence ( 48-04)
M. Charles	SAVOLDELLI	Chir. maxill. & stom (55.03)
M. Fabien	SQUARA	Cardiologie (51.02)
Mme Susanne	THÜMMLER	Pédopsychiatrie ( 49-04)
M. Antoine	TRAN	Pédiatrie (54.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme Auriane GROS Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme Rebecca LANDI Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Mme Emeline MICHEL Médecine interne-Gériatrie (53.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Mme Christine LEBRUN-FRENAY Neurologie (49.01)  
Mme Brigitte MONNIER Médecine Générale (53.03)  
Mme Flora TREMELLAT-FALIERE Médecine palliative (46.05)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme Céline CASTA Médecine Générale (53.03)  
M. Fabrice GASPERINI Médecine Générale (53.03)  
M. Marc-André GUERVILLE Médecine Générale (53.03)  
Mme Maud RAQUIN-POUILLON Médecine Générale (53.03)



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M.	Marc	ALBERTINI	M.	Pierre	GIBELIN
M.	Jean	AMIEL	M.	J-Yves	GILLET
M.	Daniel	BALAS	M.	Patrick	GRELLIER
M.	Michel	BATT	M.	Dominique	GRIMAUD
M.	Etienne	BÉRARD	M.	Philippe	HOFLIGER
M.	Bruno	BLAIVE	M.	Jacques	JOURDAN
Mme	Florence	BLANC-PEDEUTOUR	M.	J-Philippe	LACOUR
M.	Patrice	BOQUET	M.	J-Claude	LAMBERT
M.	André	BOURGEON	M.	Michel	LAZDUNSKI
M.	Patrick	BOUTTÉ	M.	Yves	LE_FICHOUX
M.	J-Noël	BRUNETON	M.	J-Claude	LEFEBVRE
Mme	Françoise	BUSSIÈRE	M.	Roger	MARIANI
M.	J-Pierre	CAMOUS	M.	Pierre	MARTY
M.	Bertrand	CANIVET	M.	René	MASSEYEFF
M.	Jill-patrice	CASSUTO	M.	Mathieu	MATTEI
M.	Marcel	CHATEL	M.	Jean	MOUIEL
M.	Alain	COUSSEMENT	M.	Jérôme	MOUROUX
Mme	Dominique	CRENESSE	Mme	Martine	MYQUEL
M.	Guy	DARCOURT	M.	Dominique	PRINGUEY
M.	Fernand	DE_PERETTI	M.	Gérald	QUATREHOMME
M.	Pierre	DELLAMONICA	M.	Marc	RAUCOULES-AIMÉ
M.	Jean	DELMONT	Mme	Dominique	RAYNAUD
M.	François	DEMARD	M.	Philippe	ROBERT
M.	Claude	DESNUELLE	M.	Joseph	SANTINI
M.	Claude	DOLISI	M.	J- Baptiste	SAUTRON
M.	Patrick	FENICHEL	M.	Maurice	SCHNEIDER
M.	Alain	FRANCO	M.	Antoine	THYSS
M.	Pierre	FREYCHET	M.	Jacques	TOUBOL
M.	J-Gabriel	FUZIBET	M.	Dinh Khiem	TRAN
M.	Pierre	GASTAUD	M.	Emmanuel	VAN OBBERGHEN
M.	J-Pierre	GÉRARD			

Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

M.C.U. Honoraires

M.	Jacques	ARNOLD	M.	Marcel	GASTAUD
M.	Bernard	BASTERIS	M.	Jean	GIUDICELLI
M.	José	BENOLIEL	M.	Jacques	MAGNÉ
Mlle	Rose-Marie	CHICHMANIAN	Mme	Nadine	MEMRAN
Mme	Michèle	DONZEAU	M.	Raymond	MENGUAL
M.	Roméo	EMILIOZZI	M.	Patrick	PHILIP
M.	Thierry	FOSSE	M.	J-Claude	POIRÉE
M.	Philippe	FRANKEN	Mme	Marie-Claire	ROURE
M.	Rodolphe	GARRAFFO	M.	Jean	TESTA
			M.	Pierre	TOULON

Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	François	BERTRAND	Médecine Interne
M.	Patrice	BROCKER	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	Daniel	CHEVALLIER	Urologie
Mme	Manuella	FOURNIER-MEHOUAS	Médecine Physique et Réadaptation
M.	Patrick	JAMBOU	Coordination prélèvements d'organes
M.	Mathieu	LEBOEUF	gynécologie- obstétrique
Mme	Geneviève	NADEAU	uro-gynécologie
M.	Guillaume	ODIN	Chirurgie maxilo-faciale
M.	Frédéric	PEYRADE	Onco-Hématologie
M.	Bertrand	PICCARD	Psychiatrie
M.	J-François	QUARANTA	Santé Publique

# Remerciements

## Aux membres du jury

**Au Professeur David DARMON**, je vous remercie d'avoir accepté de présider et de juger cette thèse. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

**Au Docteur Carl WILLEM**, mon directeur de thèse, qui m'a accompagnée pendant ce travail de thèse. Je vous remercie pour vos conseils, votre bienveillance et le temps que vous m'avez accordé. Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude.

**Au Docteur Jocelyne LAURENT**, merci d'avoir accepté d'être jury de ma thèse et merci aussi pour ce stage de pédiatrie où vous m'avez tant appris. Merci pour votre patience et votre investissement à mon égard.

**Au Docteur Veronique NEGRE**, merci d'avoir accepté d'être jury de ma thèse et d'avoir pris le temps de me présenter les différentes instances qui œuvrent pour le sport santé chez l'enfant à Nice.

## A ma famille

**A ma maman**, merci de m'avoir soutenue durant toutes ces années, surtout celles que je me suis rajoutée. Merci d'avoir toujours cru en moi même quand je n'y croyais plus. Merci pour ta présence et ton aide même si je ne le montre pas forcément.

**A mon papa**, merci de me permettre d'être fine psychologue. Merci de m'avoir accompagnée à chaque P1 voir mes résultats alors que j'avais peur. Merci pour toutes ces tisanes le soir. Bisous de ta chouchoute !

**A mon frère Vivien**, nous sommes peut-être différents mais pas tant que cela. Je suis fière de l'homme que tu es devenu : gentil, intelligent, bienveillant et très humain. Parce que tout le monde sait qui est le chou.

**A maminou, mamie Jacqueline et Christian** qui n'ont pas pu venir. **A papi.**

A **Émilie** et **Ludovic** et à votre beau petit garçon. A **Catherine** et **Jean** qui ont pris soin de moi à Fréjus. A **Norbert** et **Solange**, votre couple nous inspire tous.

**A mes amis :**

A **Jeremy**, la star et ses bouteilles de San Pellegrino. A cet homme qui fait des siestes jusqu'à 14h, qui refuse de manger des salades de haricots et qui fait partie de la team « non conducteur » :D. Hâte d'organiser ton EVG avec Émilie.

A **Émilie** la terreur, à toutes ces soirées passées au Maxi, au Bazar et à la Palmeraie. A ces petits déjeuners potins. A tous ces voyages où tu as dû conduire désespérément la team Jeremy/Éléonore/Clémence. Merci pour tes conseils durant ces années et pour ton soutien. Je refuse que tu tiennes un carnet de mes expressions par contre !!

A **Elooooooooooooo**, cette nouvelle réunionnaise, il t'en fait faire des randos le Matt. Serait-ce pour avoir le boule qui chamboule. A nos prochaines vacances ambiancées par le Capitaine titi Matthieu.

A **Asti**, merci de m'avoir tendu la main en ce premier jour de lycée, d'avoir été présente pour ces 2 P1, les midis du concours de la 6<sup>ème</sup> année et encore aujourd'hui. Merci pour tes appels de Bordeaux que Polo trouve trop longs :D.

A **Polo**, où doit-on dire PE maintenant. Merci de me supporter même si je parle beaucoup et que je pose trop de questions.

A **Clara** et ton soutien sans faille pendant l'asso, à ces nombreux verres de blanc avec un glaçon SVP. Encore félicitation !

A **Rominou** le plus beau. Merci de ton soutien pendant toutes ces années. Félicitation pour ta thèse et hâte de fêter ton anniversaire. Combien de bateaux cette année ?

A **Sosso**, meilleure amie depuis la maternelle, et toujours là. Toi la belge qui est revenue au soleil.

A **Alice**, et croire qu'au début rien ne présageait d'une amitié. Merci encore pour ton accueil à Paris la dernière fois et au temps que tu m'accordes.

A **Bathouneeeeeee** hâte de ton EVJF !! Tiens-toi prête.

A **Arthur** (Doudou) qui m'a si bien accueilli dans le NORD :D.

A **Sego** et Adrien, quelle belle famille vous formez et qui s'agrandit.

**Aux pommes potes.**

A **ma Mathou**, triste que tu sois aussi loin. A cette merveilleuse personne que tu es. A Alex qui veille si bien sur toi.

A **Claire**, merci de nous avoir accueilli les bras ouverts à Gaudies.

A **Clémentine** qui n'a pas pu venir, boit du bourgogne à ma santé.

A **Louise et Bob** et leur petite Ysé.

A **Laura Labo** et son amour pour les gressins italiens.

A toute la famille **Bodon**.

Aux marseillais **Pauline et Thomas, Quentin**.

A mon ancienne coloc, **ma Lissou**. Oui je n'aimais pas trop faire le ménage. A ton beurre demi-salé dans le frigo, à nos vocaux <3.

A **Emma et Cécile** qui ont pu constater que je n'aimais toujours pas le ménage. Merci de m'avoir accueilli à Nice. RIP aux plantes qui sont mortes dans cet appart, à cette bouteille d'eau au frais si chère à Emma et à moi et aux pâtes au pesto de Cécé.

A **Alexandra et Jeremy**, les Toulousains qui n'ont pas pu venir. Revenez vite dans le sud...est.

A l'asso **AEM2**

Au Niçois à Fréjus, merci d'avoir enflammé ces tristes soirées de confinement. **Clémence et Justin, Andy** qui me supporte, **Laurène** qui reste la plus jeune de nous tous, **Thomas, Marc** (Napoléon ?), Dark **Antoine, Mélanie** presque aussi folle que ton mec ☺, **MC** qui nous emmène voir des ballets.

A **Amélie**, Miss Paillette qui laissait trainer son téléphone à Fréjus :D.

A **Paul et Amandine**, aux gardes à Pasteur, à cette armoire Maison du Monde ...

A **Nico** le chir ortho, merci de m'accompagner prendre des cours, prochaine fois c'est le hors-piste.

A **Gilles**, démonteur professionnel de porte de salle de bains. A la belle **Alexia**. A quand le prochain Negresco ?

A **Nina et Maria** et nos apéros à Saint Raph.

A **Lolo** le stagiaire, merci d'avoir rendu ce stage en pédiatrie inoubliable.

A **Chloé** courage pour la suite. Tu m'enverras des vocaux de Mr D j'espère. A **Nico** qui remplit la cave à vin plus vite que son ombre.

A **Marion** et **Marine**. Merci Marine de me soutenir chaque année au congrès Preuves et Pratiques :D.

A **Kevin** qui me supporte maintenant depuis plus de 3 ans. Merci d'avoir accepté toutes mes plantes dans ton appartement, mes boîtes à chaussures vides, mon vélo d'appart. Toi qui a accepté de manger bio et d'utiliser Yuka. Mais surtout merci d'être présent quand j'en ai besoin c'est-à-dire plutôt souvent et d'être si compréhensif avec le petit être que je suis <3

# Liste des abréviations

ALD : Affection de Longue Durée

ANSES : Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence Régionale de Santé

CERON PACA : Centre d'Étude et de Recherche sur l'Obésité et la Nutrition en PACA

CNAPS : Conseil National des Activités Physiques et Sportives

CSO : Centre Spécialisé de l'Obésité

FFESSM : Fédération Française d'Etudes et de Sport Sous-Marins

FMC : Formation Médicale Continue

IMC : Indice de Masse Corporelle

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

MSS : Maison Sport-Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PNNS4 : Programme National Nutrition Santé 4

PROXOB : Accompagnement familial de PROXimité et à domicile de l'Obésité infanto-juvénile)

RéPPOP : Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique



# Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>17</b>
1. Contexte .....	17
2. Problématique .....	19
3. Objectif .....	19
<b>Matériel et méthode .....</b>	<b>20</b>
1. Type d'étude .....	20
2. Population d'étude .....	20
3. Recueil des données .....	21
4. Analyse des données .....	21
5. Aspect éthique et réglementaire .....	22
<b>Résultats .....</b>	<b>22</b>
1. Caractéristiques de la population étudiée .....	22
2. L'activité physique, un sujet vaste .....	23
a. Une variable quantifiable ? .....	24
b. Les bénéfices de l'activité physique .....	24
c. Identifier les enfants à risque .....	25
3. Le sport sur ordonnance .....	26
4. Le point de vue de l'enfant et de ses parents .....	27
a. Le ressenti de l'enfant et de ses parents .....	27
b. Identifier les freins .....	28
5. Le point de vue du médecin généraliste .....	29
a. Des professionnels de santé investis .....	29
b. Les freins à la prescription .....	29
c. Des médecins « humains » .....	30
d. Des médecins porteurs de solutions .....	30
<b>Discussion .....</b>	<b>31</b>
1. Résultats principaux de l'étude et données de la littérature .....	31
2. Points forts de cette étude .....	35
3. Biais et limites de l'étude .....	36
4. Conclusion et perspectives de travail .....	37
<b>Références .....</b>	<b>39</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>42</b>
Annexe 1 : Liste des ALD exonérantes et non exonérantes chez l'enfant .....	42
Annexe 2 : Certificat d'absence de contre-indication et de prescription d'activité physique adaptée proposé par l'ARS PACA .....	44
Annexe 3 : Guide d'entretien .....	46
Annexe 4 : Exemple de carnet sport-santé .....	49

<b>Annexe 5 : L'échelle de Borg (Original) .....</b>	<b>50</b>
<b><i>Serment d'Hippocrate .....</i></b>	<b>51</b>
<b><i>Résumé .....</i></b>	<b>52</b>

# Introduction

## 1. Contexte

Selon l'OMS le nombre d'enfants et d'adolescents en surpoids ou en situation d'obésité dans le monde ne cesse d'augmenter. Chiffres accablants, en Europe, 1 enfant sur 3 est atteint de surpoids ou d'obésité <sup>(1)</sup>.

En France, les chiffres sont tout aussi inquiétants. Selon une étude ANSES de 2017<sup>(2)</sup>, 66% des jeunes âgés de 11 à 17 ans n'atteignent pas les recommandations d'activité physique de l'OMS fixées à 60 minutes d'une activité physique d'intensité modérée à soutenue par jour <sup>(3)</sup>. Chiffre tout aussi inquiétant, un quart des enfants de 3 à 10 ans, la moitié des jeunes de 11 à 14 ans et deux tiers des adolescents de 16 à 17 ans sont considérés comme trop sédentaires et passent plus de 3 heures par jour devant les écrans. <sup>(2)</sup>

Le surpoids, l'obésité et la sédentarité représentent des coûts économiques importants en terme de dépenses de santé en lien avec les complications. Les bénéfices du sport chez l'enfant ne sont plus à démontrer tant les écrits sur le sujet sont nombreux dans la littérature scientifique : diminue la prévalence du diabète<sup>(4)</sup>, prévient l'apparition de maladies cardiovasculaires<sup>(5)</sup>, favorise la minéralisation et la densité osseuse du squelette<sup>(5)</sup>, renforce l'estime de soi et diminue le stress et les risques de dépression<sup>(6)</sup>, stimule les fonctions cognitives<sup>(7)</sup>, permet un meilleur équilibre des maladies chroniques comme l'asthme<sup>(8)</sup>, améliore la qualité de vie d'enfants atteints de cancer<sup>(9)</sup> etc.

Le coût annuel de la sédentarité en France était estimé en 2017 à 17 milliards d'euros et selon le Conseil National des Activités Physiques et Sportives (CNAPS) si plus d'un million de français inactifs atteignaient les recommandations de l'OMS, plus de 25 millions d'euros de dépenses de santé seraient économisées chaque année. <sup>(10)</sup>

La promotion des activités physiques et sportives ainsi que la lutte contre les comportements sédentaires chez l'enfant sont ainsi devenues des enjeux majeurs de santé publique et un défi pour les systèmes de santé publique en France. C'est dans ce climat de changement qu'a été décidé une nouvelle Stratégie Nationale Sport-Santé (2019-2024) avec la création en 2019 des

Maisons Sport-Santé (MSS) par le ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques et le ministère des Solidarités.

Ces centres sont réunis dans un réseau national du sport-santé et peuvent être représentés par des collectivités territoriales, centres hospitaliers, associations sportives, établissements publics, espaces digitalisés ou encore structures itinérantes. Cette reconnaissance de l'état leur ouvre les droits à des financements publics notamment de la part du ministère chargé des sports.

Ces structures accueillent à la fois des enfants en bonne santé (enfants en surpoids, en situation d'obésité, sédentaires) mais également des enfants souffrant d'une maladie chronique comme l'asthme et le diabète. Elles s'adressent aussi aux enfants éligibles à une affection de longue durée (ALD). Nous énumérerons dans l'annexe 1, les ALD spécifiques à l'enfant. La ville de Nice accueille 3 MSS sur son territoire : la maison du Sport-Santé CAMI sport et Cancer des Alpes-Maritimes au sein du Centre d'oncologie Antoine Lacassagne, Nice Acti'Santé et Azur Sport Santé. La ville de Valbonne n'accueille pas encore de MSS.

Par ailleurs depuis mars 2017, la « Loi de modernisation de notre système de santé »<sup>(11)</sup> a désigné le médecin traitant, dans le cadre du parcours de soins d'enfant en ALD, comme référent de la prescription du sport sur ordonnance sous forme d'activité physique adaptée (APA) à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical. Depuis 2022<sup>(12)</sup> cette prescription a été élargie aux enfants atteints de maladies chroniques non reconnues comme ALD mais aussi aux enfants présentant des facteurs de risque tels que la sédentarité, le surpoids, l'obésité ou la dénutrition. L'HAS recommande dans ses bonnes pratiques<sup>(13)</sup> la réalisation de cette prescription à partir d'un modèle standardisé et de joindre à cette prescription un bilan fonctionnel initial. Elle préconise également la réalisation d'un entretien motivationnel en parallèle de cette prescription. L'annexe n°2 illustre un exemple de certificat d'absence de contre-indication et de prescription proposé par l'ARS PACA.

La prescription n'est pas, à ce jour, prise en charge par la sécurité sociale. Cependant un remboursement peut être demandé auprès des complémentaires santé ou des mutuelles. Les centres adhérents au réseau sport santé peuvent solliciter des fonds auprès de l'ARS ou de certaines mutuelles pour couvrir partiellement ou totalement les frais de séances d'APA.

Ces lois et décrets renforcent le rôle essentiel à jouer des médecins généralistes dans la prévention de nombreuses pathologies à travers la promotion du sport et de la santé. L'OMS distingue actuellement trois niveaux de prévention :

- La prévention primaire qui vise à éviter ou réduire la survenue ou l'incidence des maladies, des accidents ou des handicaps. Nous classerons dans cette catégorie les enfants en surpoids, en situation d'obésité, sédentaires ou dénutris.
- La prévention secondaire qui cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Nous classerons dans cette catégorie les enfants porteurs d'une maladie chronique ou éligibles à une ALD.
- La prévention tertiaire qui intervient après la survenue de la maladie et tend à réduire les complications et les risques de rechute. Ce type de prévention relève de milieux spécialisés.

## **2. Problématique**

Notre étude se concentre sur la capacité des médecins généralistes à prescrire une activité physique chez l'enfant. Se sentent-ils formés et légitimes dans ce rôle de prescripteur suggéré par les institutions ?

De plus, nous nous intéresserons à savoir s'ils disposent des outils et des réseaux de spécialistes de l'activité physique pour les accompagner dans la rédaction d'une prescription et dans l'évaluation de leurs patients.

Concernant la prescription chez l'adulte, des thèses et articles dans la littérature scientifique ont permis de répondre à ces questions et d'identifier les freins à la prescription en interrogeant les médecins généralistes exerçant dans le Languedoc-Roussillon<sup>(14)</sup> et la Picardie<sup>(15)</sup>. Mais très peu d'écrits traitent spécifiquement de la prescription d'activité physique santé chez l'enfant par le médecin généraliste, motivant la réalisation de cette étude.

## **3. Objectif**

Nous allons chercher à travers cette étude qualitative à déterminer les leviers permettant une meilleure prescription de l'activité physique « santé » chez l'enfant par le médecin généraliste. Nous avons limité ces entretiens aux généralistes exerçant à Nice et à Valbonne.

# Matériel et méthode

## 1. Type d'étude

Cette étude qualitative<sup>(16)</sup> a été menée à travers des entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes installés à Nice et à Valbonne à partir d'un guide d'entretien (Annexe 3).

La méthodologie utilisée est basée sur la théorisation ancrée<sup>(17)</sup> ayant pour but de construire un modèle explicatif et se fonde sur l'analyse de phénomènes dans une population identifiée comme capable d'apporter une information pertinente à la question de recherche.

## 2. Population d'étude

La population étudiée est représentée par des médecins généralistes installés à Nice et à Valbonne, qui ont répondu favorablement à la demande de participation à la suite d'un contact téléphonique ou par mail. Au cours de cette prise de contact a été abordé le sujet de l'étude. Le recrutement a été fait sur la base du volontariat et sur la recommandation des participants.

La méthode d'échantillonnage utilisée dans l'étude était théorique<sup>(17)</sup> (modalité d'échantillonnage raisonnée) dans le but de constituer un échantillon représentatif de la population analysée.

Le nombre de participants n'a pas été défini à l'avance mais selon le principe de saturation des données. Il se porte au nombre de 9 participants.

### Les critères d'inclusion :

- Médecin généraliste de formation thésé et installé.
- Exercice à Nice et à Valbonne.

### Les critères d'exclusion :

- Interne ou médecin non thésé.
- Médecin remplaçant, à la retraite ou sans exercice.
- Médecin non généraliste de formation.

- Exercice principal dans une autre ville que Nice ou Valbonne.

### **3. Recueil des données**

Les entretiens individuels se sont déroulés sur les premiers mois de l'année 2024 selon la disponibilité des participants et en respectant une trame qui est le guide d'entretien.

Ce dernier débute par un paragraphe de présentation. Il est constitué de 26 questions semi-dirigées, les plus neutres possible, permettant aux patients de répondre librement selon un modèle prédéfini. Il aborde dans un premier temps les données épidémiologiques, dans un deuxième temps la prévention primaire et pour finir la prévention secondaire. Un retour sur le questionnaire a été ajouté pour clôturer les échanges.

Ce guide d'entretien a été créé et validé en partenariat avec le directeur de thèse. Ce guide a été modifié à 2 reprises (\* version 1 et \*\* version 2).

Les entretiens étaient exclusivement téléphoniques et ont été retranscrits mot pour mot. Ils ont été enregistrés par un dictaphone et les données ont été anonymisées.

### **4. Analyse des données**

L'outil Word Online a permis la retranscription des entretiens individuels et le logiciel Nvivo 14 a été utilisé pour créer des nœuds thématiques. Ce codage a été réalisé par une seule personne, à savoir l'enquêtrice, et validé par le directeur de thèse.

L'approche choisie est donc une approche thématique qui permet une analyse du contenu à travers le découpage du texte selon des unités de sens. Un code est associé à chaque unité de texte, limitant toute intuition ou subjectivité.

La démarche retenue a été une démarche inductive c'est-à-dire que la grille d'analyse et de codage n'a pas été créée à partir de la littérature mais en prenant connaissance des différents entretiens. Ce qui s'oppose à la démarche déductive.

## 5. Aspect éthique et réglementaire

Chaque médecin participant a reçu une fiche d'information claire, exhaustive et compréhensible ainsi qu'une demande de consentement écrit. Tous les participants ont librement signé ce consentement. Chacun d'eux a été informé par écrit que l'entretien téléphonique serait enregistré puis retranscrit à l'écrit et que les données seraient anonymisées. Ils étaient libres de refuser de répondre aux questions, de retirer leur participation à tout moment (ce retrait n'entraînant aucune conséquence), libres de demander la suppression des données voir de s'opposer au traitement des données avant impression. Ils ont également été informés par écrit de la suppression des enregistrements après l'étude.

Cette étude utilise une méthodologie ne nécessitant pas de déclaration de conformité auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) ni d'accord du CPP (Comité de Protection des Personnes).

# Résultats

## 1. Caractéristiques de la population étudiée

Numéro du médecin (M)	Sexe	Age (ans)	Années d'exercice dans le sud	Lieu d'exercice principal	Type d'exercice	DIU ou autres	Type de patientèle	Pourcentage pédiatrie (%)	Durée entretien (mn)
1	F	28	2 semaines	Nice	Mixte (libéral/salarié)	Aucun	Âgée et urbaine	10	27
2	F	32	3 mois	Valbonne	Libéral	Aucun	Jeune et urbaine	20	26
3	F	29	3 mois	Nice	Salarié	Gynéco	Jeune et urbaine	5-10	41
4	H	54	37 ans	Nice	Libéral	Biologie, médecine du sport	Âgée et urbaine	10	13
5	F	32	2 ans	Nice	Libéral	Échographie	Tout âge et urbaine	15	21
6	F	44	15 ans	Nice	Libéral	Gynéco, micronutrition, nutrition	Tout âge, urbaine et semi-rurale	20-25	26
7	F	45	13 ans	Nice	Libéral	Aucun	Tout âge et urbaine	10-15	44
8	F	46	14 ans	Nice	Salarié	Nutrition	Tout âge et urbaine/semi-rurale	25	46



9	F	64	22 ans	Valbonne	Mixte (libéral/salarié)	DESC nutrition	Tout âge et urbaine/rurale	60	72
---	---	----	--------	----------	----------------------------	-------------------	-------------------------------	----	----

Tableau 1. Caractéristiques de la population étudiée

Les médecins généralistes interrogés sont très majoritairement des femmes avec un âge moyen de 41,5 ans, exerçant en moyenne depuis 11,5 années à Nice. Le type d'exercice est principalement libéral exclusif avec une patientèle de tout âge et urbaine. Le pourcentage moyen de pédiatrie dans leurs patientèles est de 20,28%.

Nous comptons 3 médecins formés à la nutrition. La durée moyenne de l'entretien est de 35 minutes.

## 2. L'activité physique, un sujet vaste

Numéro du médecin (M)	Aborde systématiquement l'AP	Quantification de l'AP	A déjà délégué la quantification de l'AP	Fréquence des mesures poids/taille	Traçage des courbes de croissances
1	Oui	Approximative	Non	Systématique	Pas à chaque consultation
2	Non	Approximative	Non	Dépend du motif	Pas à chaque consultation
3	Non	Approximative	Non	Systématique	Pas à chaque consultation
4	Non	Approximative	Non	Systématique	Pas à chaque consultation
5	Non	Approximative	Non mais s'il fallait endocrino-pédiatre	Systématique	Pas à chaque consultation
6	Non	Approximative	Non	Au moins 1 fois par an	Pas à chaque consultation
7	Non	Approximative	Non	Au moins 1 fois par an	Pas à chaque consultation
8	Oui	Approximative	Non mais s'il fallait au coach sportif	En fonction de l'enfant	Systématique
9	Oui	Approximative	Non c'est notre tâche	Systématique	Systématique

Tableau 2. L'activité physique, un sujet vaste

### **a. Une variable quantifiable ?**

3 médecins sur 9 abordent systématiquement la notion d'activité physique dans leur interrogatoire. Alors que d'autres l'abordent dans des situations précises « *J'ai tendance plus à l'aborder si je remarque qu'il y a un surpoids chez l'enfant* » M6.

Tous les participants déclarent quantifier de façon approximative l'activité physique « *Je le quantifie n'importe comment. Je demande combien d'entraînements ils font par semaine et combien d'heures mais c'est tout.* » M2. Pour évaluer l'activité physique, un participant oriente vers un coach sportif et un autre participant vers un pédiatre spécialisé en endocrinologie. Mais le médecin M9 n'est pas de cet avis « *Je n'ai jamais délégué cette tâche, j'estime que cela fait partie de notre interrogatoire.* ».

Tous les participants ne réalisent pas les mesures poids, taille et IMC de façon systématique. « *J'essaye quand les parents amènent le carnet de santé, j'essaie de le faire mais ce n'est pas systématique. Mais de toute façon dans la ROSP, on doit l'avoir fait au moins une fois par an minimum et noté une fois par an dans le dossier.* » M7. Le médecin M8 apporte une nuance intéressante, à savoir adapter la fréquence des mesures au profil psychologique de l'enfant « *Si c'est une consultation classique et que je vois que l'enfant n'a rien de particulier, je vais le faire à chaque fois. Si je vois qu'il y a un enjeu soit parce que l'enfant est en surpoids ou en sous-poids, je fais d'abord attention à savoir comment il le vit pour ne pas lui mettre la pression* ».

2 médecins tracent les courbes systématiquement. Les autres participants nuancent leur propos « *On a la chance d'avoir les logiciels qui le font* » M7 ; « *Oui s'ils ont leur carnet de santé* » M2.

### **b. Les bénéfices de l'activité physique**

Les bienfaits d'une activité physique régulière ne sont plus à démontrer. Nous pouvons constater qu'ils sont bien connus des médecins interrogés « *C'est important pour la confiance en soi, le sommeil mais aussi les douleurs de dos* » M3 ; « *Par rapport à son souffle aussi, s'il se sent essoufflé* » M6 ; « *Pour bien grandir et ne pas tomber malade* » M2 ; « *Cela prévient contre des problèmes articulaires ou métaboliques* » M3.

Le médecin M7 précise qu'il adapte son discours en fonction de l'âge du patient pour ne pas être contre-productif « *Je ne vais pas lui dire tu vas être hypertendu, tu risques d'avoir un syndrome métabolique, d'avoir du diabète, d'avoir des apnées du sommeil avec un appareillage* ». Le médecin M3 rajoute « *J'adapte en fonction de l'âge du patient* ».

Seulement deux médecins abordent un sujet essentiel qui est la notion de surentrainement « *Si c'est genre 3 ou 4 fois par semaine je demande à l'enfant si c'est un choix, s'il a envie de le faire, s'il a des douleurs.* » M5 ; « *Parfois le travers c'est qu'il y ait des enfants qu'on pousse à faire de la compétition et cela les écoëure.* » M9.

### **c. Identifier les enfants à risque**

Comme attendu, les médecins interrogés ont bien ciblé les enfants qui nécessitent une attention particulière en termes d'activité physique « santé » « *S'il est un peu déprimé, s'il a une faible estime de lui.* » M1 ; « *Un enfant qui sort des courbes surtout pour l'IMC ou le poids* » ; M2 « *Sédentarité oui, chaque fois ça me fait penser aux écrans.* » M3 ; « *Un enfant qui ne dort pas bien ou un enfant qui a des troubles du sommeil* » M6.

Le médecin M5 met l'accent sur la notion de sous-poids et la problématique de l'anorexie « *Ou au contraire les enfants trop minces* ». Le médecin M9 soulève la question des anomalies de comportements nutritionnels de manière plus générale « *Il y a aussi les troubles des conduites alimentaires* ».

Le médecin M6 précise qu'il ne faut pas se pencher uniquement sur les facteurs de risque personnels de l'enfant mais aussi sur les facteurs de risque et modes de vie familiaux « *Les antécédents des parents, s'ils sont assez sédentaires au niveau sport santé* ».

### 3. Le sport sur ordonnance

Numéro du médecin (M)	Prescription AP adulte	Prescription AP enfant	Réalisation bilan fonctionnel initial	Connaissance carnet sport santé	Ressources internes	Ressources externes (réseau)	Se sentir formé chez l'enfant
1	Non	Non	Non	Non	Non	Hôpital pédiatrique Lenval	Non
2	Non	Non	Non	Non	Formation en ligne et médico sport santé	Azur sport santé	Non
3	<b>Oui</b> (APA clic)	Non	Non	Non	Non	Azur sport santé, Lenval service endocrinologie	Non
4	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
5	Non	Non	Non	Non	Formation en ligne	Lenval service endocrinologie, CMP	Non
6	Non	Non	Non	Non	Formation en ligne	Azur sport santé	Non
7	Non	Non	Non	Non	Formation en ligne	Azur sport santé Animanice	Non pas chez enfant
8	<b>Oui</b> (sur modèle)	<b>Oui</b> (surpoids, diabète)	Non	<b>Oui</b>	Formation sur le terrain	Endocrinologue et gastro-entérologue	<b>Oui</b>
9	<b>Oui</b> (sur modèle MSP)	Non	<b>Oui</b> (échelle de Borg)	Non	Formation sur le terrain et en congrès	Pédopsychiatrie lenval, ObéPédia	<b>Oui</b>

Tableau 3. Le sport sur ordonnance

Sur les 9 participants, seulement un tiers ont déjà prescrit de l'activité physique chez les adultes. En ce qui concerne l'activité physique chez l'enfant, le chiffre chute à un seul participant et seulement 2 médecins se sentent formés à la prescription d'activité physique chez l'enfant. Un participant dit se sentir formé à la prescription de l'activité physique chez l'adulte mais pas chez l'enfant. « *La prescription en elle-même APA oui mais chez l'enfant, non* » M9.

Le médecin M4 n'est pas du même avis et estime que le sport ne se prête pas à une prescription sur ordonnance « *Moi je pense que c'est dans le cadre de l'hygiène générale. Je*

*ne prescrit pas l'hygiène générale par ordonnance.* ». Sa réponse s'oppose aux propos du médecin M6 « *La formation disait que c'était intéressant de le faire sous forme d'ordonnance même si ce n'est pas remboursé par la sécurité sociale* ».

Seul le participant M9 a rédigé un bilan fonctionnel annexé à l'ordonnance d'APA en utilisant une échelle de ressenti, l'échelle de Borg.

L'unique participant à avoir entendu parlé du carnet sport santé est le médecin M8. Il nous met en garde « *Il faut faire attention au secret médical si cela passe de main en main* ».

Les sources de formation et les réseaux des participants sont variés. (Cf Tableau 3 : *Le sport sur ordonnance*)

#### **4. Le point de vue de l'enfant et de ses parents**

Nous pouvons à l'aide de l'interrogatoire des médecins généralistes recueillir les ressentis de l'enfant et de ses parents en matière de prescription sport « santé » chez l'enfant. Mais cela reste subjectif ce qui peut en diminuer la fiabilité.

##### **a. Le ressenti de l'enfant et de ses parents**

Le médecin M9 met l'accent sur la nécessité d'une approche empathique vis-à-vis du patient « *Il faut tenir compte de leur souffrance et de leur représentation corporelle.* ». Le médecin M5 ajoute « *Je trouve que ce n'est pas facile d'appréhender les modifications de son corps.* ». Il précise qu'être à l'écoute du patient est essentiel « *La pesée ça va être à chaque fois si je sens qu'il en a besoin et qu'il le veut* ». Le médecin M7 insiste sur le harcèlement que peuvent subir certains enfants « *C'est vrai qu'on prend un peu des pincettes parce qu'on ne veut pas non plus les blesser. Ils sont déjà victimes souvent de moqueries voire même de harcèlement* ».

Plusieurs participants mettent en lumière la notion de plaisir par rapport au choix de l'activité physique proposée. Il ne faut pas oublier que nos patients sont des enfants qui aiment être divertis « *Je pars un peu du principe du plaisir et qu'il ait envie d'y retourner. Il faut le comprendre, ce qui lui ferait plaisir à lui. Il ne faut pas que cela soit une contrainte car si la*

*seule motivation est de perdre du poids cela ne sert à rien* » M9. Pour que l'activité physique prescrite soit pérenne il est essentiel qu'elle soit récréative et variée.

Le médecin M5 va plus loin en précisant que le sport qui ne serait pas adapté aux capacités physiques et psychologiques de l'enfant, pourrait être délétère « *Elle n'était pas assez grande et douée et donc systématiquement elle était sur le banc de remplacement pendant les matchs.* ». Cette notion est encore plus vraie dans le milieu du handicap qui nécessite une adaptation personnalisée en fonction des déficiences identifiées « *Pour les cours de tennis adaptés, ils vont utiliser des balles différentes plus légères* » M8.

## **b. Identifier les freins**

Le médecin M6 expose la difficulté à évoquer les problématiques de poids avec un enfant « *Moi je ne parle pas du poids parce que je sais que ça c'est un sujet qui est très compliqué et que l'enfant parfois a du mal à entendre* » ; « *C'est délicat parce que souvent les enfants n'ont pas spécialement envie d'entendre parler de leur poids.* ».

Le médecin M5 met l'accent sur le rôle éducatif que les parents devraient assurer et sur l'importance de prendre conscience des complications futures pour leur enfant « *On est au premier rang et c'est à nous de promouvoir mais c'est aussi aux parents. Je dirais les parents en 1 et le médecin en 2* ». Le médecin M8 explique quant à lui que les parents peuvent parfois être dans le déni et s'opposer à la prise en charge « *Quand je vois qu'il y a des parents qui sont braqués là-dessus c'est le meilleur moyen que la récupération ne marche pas et que l'enfant prenne du poids.* ». Ce médecin m'expliquera en off que les parents peuvent prendre notre démarche vis-à-vis de l'enfant comme un reproche voire une accusation car c'est eux qui gèrent le suivi nutritionnel de leurs enfants (achats des aliments, confections des repas) et qu'ils ne sont pas sensibilisés à la sédentarité de leurs enfants (exemple : accès illimité aux écrans).

Le médecin M1 mentionne que parfois les parents peuvent culpabiliser leur progéniture ce qui n'encourage pas l'enfant à des changements de comportements « *Parce que souvent quand on fait une réflexion, les parents ils sont là derrière* « *Ah bah oui tu vois je t'avais dit, tu ne fais pas de sport* ». *Et du coup ça a tendance à les stigmatiser, les enfoncer encore plus* ». Le médecin M7 appui l'idée que nous avons un rôle éducatif également vis-à-vis des parents « *Montrer aussi aux parents, parce que parfois ils ne se rendent pas compte.* ».

Un autre frein est clairement le coût de l'activité physique pour certaines familles « *L'obésité ne rentre pas dans les ALD, c'est un obstacle dans les populations défavorisées qui ne peuvent pas acheter des fruits et légumes et qui n'achètent pas forcément des produits sains.* » M7 ; « *Et inclure les parents, la maman elle travaille, elle n'a pas les moyens.* » M9.

Le médecin M8 précise qu'il est parfois compliqué pour les parents de prendre le temps et de s'organiser par rapport à leur planning déjà bien chargé « *les parents, leur rythme, leur travail* ». Ou bien que les centres d'activité physique sont trop éloignés de leur lieu de vie « *Je réfléchis par exemple, est ce que je connais une salle de sport pas loin* » M8. L'accès à une activité physique devrait être facilité par une proximité géographique « *c'est d'essayer de trouver comment faire pour que ça rentre dans un quotidien* » M8.

## **5. Le point de vue du médecin généraliste**

### **a. Des professionnels de santé investis**

Tous les participants interrogés ont conscience du rôle essentiel du médecin généraliste dans la promotion du sport « santé ». « *Je pense qu'on est vraiment en première ligne, on ne peut pas être mieux placé* » M2 ; « *On est vraiment le premier acteur.* » M1.

Il faut créer un vrai lien de confiance avec l'enfant et ses parents et tenter de les sensibiliser aux bénéfices de l'activité physique et à la nécessité d'une alimentation équilibrée « *Je vais essayer de créer une relation de confiance, parler avec la famille* » M3.

Cependant le médecin M2 émet des réserves « *pour moi c'est le rôle de la ville pour qu'il y ait des installations, c'est bien au-delà des médecins* » et va même plus loin « *est ce que le médecin doit s'occuper de tout ?* ».

### **b. Les freins à la prescription**

Comme pressenti, la plupart des médecins interrogés ne se sentent pas suffisamment formés « *Non je ne suis pas bien formée à cela* » M1 ; « *Non je pense qu'on n'est pas suffisamment formé* » M6.

Ils se sentent seuls et déplorent parfois l'absence de réseaux et de structures dispensant l'APA et proposant un bilan voire un suivi nutritionnel « *Moi dans mon carnet d'adresse j'ai des*

*kinésithérapeutes vestibulaires, j'ai des kinésithérapeutes respiratoires pour les enfants mais je n'ai pas de kinésithérapeutes qui font de l'APA » M5 ; « Je me sentirai en difficulté tout d'abord pour la prescription mais aussi pour les structures » M3.*

Le médecin M6 met l'accent sur le manque de temps consacré à la prévention en consultation *« C'est compliqué à répondre, il faut avoir le temps d'en parler »*. Le médecin M9 met en garde sur les dérives en matière d'offres d'activité physique qui ne serait pas nécessairement adaptées et seraient à visée purement commerciales *« utilisé aussi a des visées commerciales de certains professionnels. »*.

### **c. Des médecins « humains »**

En se confiant, les participants ont déclaré se sentir « dépassés » par méconnaissance, manque de réseau, manque de temps et de moyens *« J'ai juste la sensation d'être frustrée parce que je sais qu'il y a énormément de choses à faire et qu'on pourrait améliorer les choses » M1 ; « Je suis encore un peu perdue, si j'ai besoin de prescrire de l'activité physique je ne saurais pas trop comment faire. » M2 ; « Je ne me sens pas compétente pour le faire. » M3.*

### **d. Des médecins porteurs de solutions**

La médecin M7 souhaiterait mettre en place un questionnaire à pré remplir en salle d'attente (inspiré du questionnaire CPAM) pour gagner du temps *« Quand tu accueilles les gens pour la première fois, la première consultation et que je sais qu'ils sont dans la salle d'attente. »*.

Elle suggère aussi la création de « patient expert » (patient modèle) comme dans le cadre des maladies chroniques *« Cette jeune fille elle pourrait tout à fait être jeune patiente experte qui puisse témoigner de son parcours » M7*. Elle pense aussi à un système de récompenses pour motiver les patients à pérenniser l'activité physique. *« J'ai découvert récemment Decathlon Coach. C'est une application où il y a des programmes qui te sont proposés, il faut juste avoir un peu de matériel. Et quand tu fais tes séances tu remportes des points sur ta carte fidélité Décathlon. Et après avec ces points tu peux acheter du matériel de sport. »*.

Le médecin M2 quant à lui, souhaiterait une consultation dédiée à l'APA et promue par l'assurance maladie qui permettrait une première évaluation de qualité tant physique que psychologique et nutritionnelle *« Il faudrait vraiment peut-être des messages de l'assurance*



*maladie pour insister sur l'intérêt d'une consultation annuelle de prévention, une consultation dédiée » ; « des affiches aussi dans la salle d'attente pour que cela puisse susciter leur attention et rebondir dessus pendant la consultation ».*

Le médecin M9 propose quant à lui de déléguer certaines tâches par exemple l'évaluation initiale. *« A Biot, ils ont des infirmières Asalées, qui prennent le relai de tout cela, ce n'est pas mal du tout ».* Il pourrait également être envisagé de déléguer cette tâche à une IPA ou à un éducateur sportif.

Ou tout simplement une meilleure formation *« Une formation un peu plus ciblée Alpes-Maritimes »* M2 ; *« Des rencontres avec des professionnels qui travaillent dans le domaine, qui sont axés sur le médico sport santé »* M3.

## **Discussion**

### **1. Résultats principaux de l'étude et données de la littérature**

Il est essentiel de comprendre que l'activité physique doit s'intégrer dans la vie quotidienne de l'enfant et ainsi faire partie des règles hygiéno-diététiques de base.

Le Programme National Nutrition Santé d'octobre 2006<sup>(18)</sup> proposait des conseils simples pour limiter le comportement sédentaire et encourager une activité physique minimale dans la vie quotidienne. Il incitait à l'utilisation de moyens de transport actifs pour les déplacements comme la marche à pied, voire le vélo. Le Programme National Nutrition Santé 2019-2023 PNNS4<sup>(19)</sup> se donne pour objectif de diminuer de 20 % la fréquence de surpoids et d'obésité chez les enfants et adolescents par la mise en place du nutri-score et par la réduction de l'exposition des enfants et des adolescents à la publicité d'aliments non recommandés.

Le médecin généraliste par sa position centrale connaît le contexte psychologique, social familial et culturel dans lequel évoluent ses patients. Cela lui permet d'adapter son discours et

ses propositions thérapeutiques. Les patients ont une vision positive des conseils prodigués par le médecin traitant qu'ils identifient comme un interlocuteur de confiance en matière d'éducation de santé. Selon une étude européenne<sup>(20)</sup>, près d'un européen sur deux, à l'intention d'augmenter son niveau d'activité physique adaptée et souhaite recevoir des conseils de la part de son médecin traitant. Dans une autre étude internationale<sup>(21)</sup>, les patients rapportent adhérer plus facilement aux conseils d'activité physique issus d'une approche personnalisée et adaptée spécifique à leur situation.

Selon le décret du 30 décembre 2016 en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017<sup>(11)</sup>, une nouvelle fonction est attribuée au médecin généraliste, celui de prescripteur d'activité physique adaptée. Pourtant un des médecins interrogés rapporte ne pas prescrire d'activité physique car pour lui cela fait partie des règles d'hygiène à rappeler oralement au patient. Cela soulève la question de son intégration dans la pratique médicale. Devons-nous prescrire d'emblée de l'APA ou devons-nous plutôt au préalable insister sur le rôle éducatif des parents et du médecin généraliste ?

Un début de réponse peut être apporté par le travail du Docteur BERNARD qui a présenté au 17<sup>ème</sup> congrès du Collège National des Généralistes Enseignants à Montpellier en Novembre 2017 son étude sur « *L'évaluation de l'impact d'une prescription écrite physique associé à un conseil oral versus conseil oral seul dans la promotion de l'activité physique* ». Il en est ressorti que la prescription écrite d'activité physique associée à un conseil oral permettrait une augmentation de pratique comparée au conseil oral seul.

Notre étude met en lumière le fait que peu de médecins généralistes ont déjà prescrit du sport sur ordonnance que ce soit le sport « santé » loisir ou de l'APA chez l'adulte et encore moins chez l'enfant. Pour rappel seulement 3 médecins généralistes sur 9 avaient déjà prescrit de l'activité physique sur ordonnance chez les adultes et seulement 1 médecin généraliste chez les enfants. Seulement un participant connaissait l'existence du carnet sport santé (Annexe 4).

Un seul bilan fonctionnel annexé à l'ordonnance, avait été rédigé en se basant sur une échelle de ressenti : l'échelle de Borg (Annexe 5). Cette échelle est un outil largement utilisé pour mesurer l'intensité perçue de l'effort pendant l'activité physique. Elle permet aux patients, aux sportifs et aux professionnels de la santé d'estimer et d'adapter l'intensité de l'exercice en fonction des besoins et des capacités individuelles.

Il a été démontré dans le travail de thèse du Docteur ATTALIN<sup>(22)</sup> sur « *La place de l'activité physique dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité* » que les médecins généralistes ne suivaient pas les recommandations de prescriptions d'activité physique en 2010. En 2003, le travail de thèse du Docteur THUAN<sup>(23)</sup> montrait déjà que les prescriptions étaient insuffisantes. Les deux travaux de thèse faisaient un état des lieux de la prescription d'activité physique chez les adultes.

Les freins essentiels relevés dans notre étude, à la prescription d'activité physique par les médecins généralistes étaient le manque de temps, le manque de formation et le manque d'outils à disposition. Tous les médecins de notre étude étaient favorables à la promotion du sport « santé » mais seulement 2 médecins se sentaient formés chez l'enfant. Ils rapportaient se sentir seul dans cette démarche et ne pas disposer d'un réseau suffisant sur lequel s'appuyer et orienter les enfants. Les participants se sentaient dépassés et livrés à eux-mêmes.

Dans le travail de thèse du Docteur ANIS de 2016<sup>(24)</sup> sur « *l'Analyse des freins à la prescription des activités physique chez les médecins généralistes Picard*, », on retrouve également comme freins à la prescription : le manque de temps et la difficultés à évaluer les capacités physiques. Un autre frein commun à nos deux études, était le manque de réseaux. Dans son étude seulement 10% des participants travaillaient avec des structures adaptées.

Il rapporte des limites qui n'ont pas été retrouvés dans notre étude : la contrainte économique pour le médecin et le fait que les médecins interrogés étaient non convaincus des bienfaits de l'activité physique. Dans son étude, aucun médecin généraliste ne réalisait de consultation dédiée à la prescription d'activité physique, ce qui diffère de notre étude puisqu'au moins deux médecins généralistes avaient des consultations dédiées à la prescription de l'activité physique.

Une des limites à la prescription abordée dans le sujet de thèse du Docteur ANIS était le sentiment de doute des médecins sur l'observance des patients. Ce frein n'a jamais été évoqué par les participants de notre étude.

Des solutions sont proposées par les médecins généralistes dans cette étude, comme la mise en place d'un questionnaire à remplir en salle d'attente, une consultation dédiée au dépistage et

à la prévention ou à la prescription d'activité physique, consultation promue par la sécurité sociale. Certains des participants proposent aussi de déléguer cette tâche à d'autres intervenants comme les éducateurs sportifs, les IPA, les infirmières Asalée.

Les médecins généralistes sont volontaires et prendraient le temps nécessaire pour se former. Plusieurs participants préfèrent les formations en ligne dans le cadre de la FMC pour sa facilité de réalisation mais certains déplorent le manque de pertinence de ces formations et surtout l'absence de données chez l'enfant. Ils sont demandeurs d'un enseignement plus spécifique sous forme d'ateliers pratiques ou de rencontres avec les professionnels du sport intervenants (médecin du sport, éducateur sportif, préparateur physique, nutritionniste ect...).

Le Médicosport-santé est un dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives qui recense les caractéristiques de chaque discipline sportive ainsi que les conditions de pratique dans le cadre du sport santé. Chaque discipline sportive est décrite sous forme de fiches organisées par rubrique. Il semblerait que cet outil de prescription soit peu connu et utilisé par les médecins généralistes. Le Dr WILLEM Carl a récemment intégré toutes les activités subaquatiques de la fédération délégataire française (FFESSM).

Selon une étude réalisée par l'Ifop pour la fondation Pileje<sup>(25)</sup>, les Français sont convaincus de l'importance de la prévention des maladies liées à la sédentarité. Ils sont 70% à déclarer que la France dépense trop dans le curatif au détriment du préventif. 73% des personnes interrogées pensent que la prise en charge des patients atteints de maladie évitable coûte plus cher à la collectivité que l'éducation à la santé. Ils sont favorables à 60% à une prise en charge par la sécurité sociale des activités prescrites par un médecin.

Cependant notre étude retrouve deux freins importants à la prescription de l'activité physique chez les enfants, le déni de l'enfant mais aussi des parents et le coût que ce soit dans le cadre d'un sport loisir en club ou bien de l'APA.

Pour rappel l'obésité et le surpoids touchent particulièrement les milieux sociaux défavorisés et l'APA n'est actuellement pas pris en charge par la sécurité sociale. Dans un article publié en 2020<sup>(26)</sup>, il est rapporté que les enfants qui ne pratiquent pas ou peu d'activité physique ont un niveau socio-économique précaire. Ainsi l'absence de pratique d'une activité physique pourrait être considérée comme un marqueur de pauvreté. Le PNNS 4<sup>(19)</sup> précise que près

d'un quart des enfants dont les parents ont un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat sont en surpoids alors qu'ils ne sont que 10% chez les parents dont le diplôme équivaut au moins à une licence.

Autres limites retrouvées dans notre étude, le manque de temps et les difficultés d'organisation pour la famille mais aussi l'éloignement géographique des centres spécialisés.

Nous avons évoqué l'importance du plaisir et de l'amusement dans le choix d'une activité physique chez l'enfant qui se veut être récréative afin de l'intégrer et de la pérenniser dans un quotidien sport « santé ». La thèse du Docteur VILLEVIEILLE et du Docteur CHAIZ sur « *Les représentations parentales de l'activité physique des enfants de 6 à 12 ans* »<sup>(27)</sup> confirme bien l'importance de pratiquer une activité plaisir. Les freins retrouvés dans leurs études sont le manque de budget des parents et la nécessité d'une organisation pour toute la famille. Ce qui va dans le sens des propos recueillis dans notre étude.

Il est cependant important de noter qu'ils existent peu de publications dans la revue scientifique qui traite de la prescription de l'activité physique chez l'enfant.

## **2. Points forts de cette étude**

La recherche qualitative sous forme d'entretiens semi-dirigés, est celle qui s'adapte le mieux pour répondre à l'objectif de notre étude. En effet, elle permet aux participants de s'exprimer librement afin de recueillir les témoignages et le ressenti des patients.

Le choix d'un échantillonnage théorique (modalité d'échantillonnage raisonnée) est pertinent, car il permet de sélectionner les participants au fur et à mesure de l'étude apportant ainsi de nouveaux éclairages au phénomène étudié et reflétant une diversité d'expérience (formations, âges, modes d'exercice, expériences etc.)

Le choix d'un échantillonnage aléatoire (tirage au sort par exemple) n'a pas été retenu pour cette étude car l'objectif n'était pas d'être représentatif de la population mais de prélever un échantillon utile à l'étude du phénomène étudié pour répondre aux mieux à notre problématique.

La construction du guide d'entretien est judicieuse. Les questions ouvertes et les plus neutres possible incitent les participants à se questionner sur des thèmes non abordés initialement

comme par exemple la pratique du sport par un enfant atteint de handicap. Le guide d'entretien a été modifié à deux reprises car des sujets importants à traiter sont apparus au fur et à mesure des entretiens. Le guide d'entretien a favorisé la standardisation des entretiens, renforçant ainsi la reproductibilité de l'étude et minimisant les biais d'investigation potentiels. Des temps de silence ont été respectés pour encourager le médecin à poursuivre son témoignage et à se livrer. Les entretiens se déroulaient sans prise de note qui aurait pu perturber la parole du médecin.

A la suite des entretiens, des échanges informels enrichissants ont permis la mise en lumière de certains paradoxes ou limites.

La saturation des données malgré l'échantillon de faible importance semble acquise dans cette étude car plusieurs idées ont été répétées par les participants interrogés.

### **3. Biais et limites de l'étude**

L'enquêteur reconnaît son manque d'expérience dans la réalisation des entretiens, ce qui peut limiter la collecte optimale des données.

Les questions directives, conçues pour atteindre un objectif précis et obtenir des réponses spécifiques, peuvent restreindre les échanges et en limiter leur richesse, mais elles permettent également d'éviter une perte de temps lors de l'entretien, temps précieux pour les médecins. Mais ce manque d'expérience a pu être compensé par l'utilisation d'un ouvrage de référence en recherche qualitative en santé<sup>(17)</sup>.

L'objet de l'étude a été dévoilé avant les entretiens, incitant peut-être certains participants à se documenter en amont, ce qui a pu altérer la fiabilité des données.

Il n'a pas été laissé le choix aux patients du mode de réalisation des entretiens, tous les entretiens étaient téléphoniques. Ce mode de recueil des données a pu mettre de la distance entre l'intervenant et les participants, pouvant rendre les échanges moins enrichissants.

L'analyse de l'étude a été réalisée par un seul enquêteur, sans triangulation des données. Cette absence de diversité dans l'analyse a pu entraîner des biais d'interprétation. Une approche de validation croisée aurait renforcé la validité des résultats.

Les participants étaient essentiellement des femmes exerçant dans des zones urbaines, et aucun médecin du sport n'a été interrogé ce qui peut limiter la généralisation des données.

#### **4. Conclusion et perspectives de travail**

Les bénéfices d'une activité physique régulière chez l'enfant sont unanimement prouvés dans la littérature scientifique. Pourtant le nombre d'enfants en surpoids et en situation d'obésité ne cesse d'augmenter en France et en Europe. Les médecins généralistes sont conscients du rôle qu'ils pourraient jouer dans la promotion de l'activité physique ainsi que la prescription du sport « santé » adapté sur ordonnance. Néanmoins, ils se sentent insuffisamment formés, peu accompagnés et en manque de réseau sport « santé ».

La quantification du stress biomécanique tissulaire qu'engendre une activité physique est une notion encore mal connue par les médecins généralistes. Or il est fondamental d'apprécier la limite individuelle en termes d'activité physique afin de prévenir l'apparition de pathologies de surentrainement (maladie de Sever, d'Osgood-Schlatter, de Scheuermann ou des fractures de stress). Le médecin doit sensibiliser son jeune patient à la notion d'adaptation progressive sous le seuil de la douleur, en favorisant le travail en endurance douce, évitant les mouvements en force, en puissance ou en résistance comme la musculation.

Une réflexion déontologique émerge de notre étude concernant la confidentialité des données médicales inscrites dans le carnet sport santé. La création d'un carnet sport-santé numérique sécurisé, partagé au sein de l'équipe pluridisciplinaire pourrait être envisagée.

Les médecins ne doivent pas se priver de l'utilisation du médicosport santé qui est mis à leur disposition en ligne via le dictionnaire médical VIDAL.

Il existerait un lien entre le niveau socio-économique des parents et l'accès à la pratique d'une activité physique par l'enfant. Les familles ont mentionné le coût et le manque de temps comme principaux freins. Durant les Jeux Olympiques qui se tiendront sur le territoire Français en 2024, les politiques de santé ont annoncé promouvoir le sport et la santé pendant toute la durée de l'évènement. Il serait judicieux que les communes et les collectivités mettent à disposition des structures sportives pour les enfants défavorisés.

En ce qui concerne la prise en charge financière de l'APA, nous pourrions proposer la mise en place d'une consultation dédiée et revalorisée par la sécurité sociale et les mutuelles. L'APA, à ce jour, n'est pas encore prise en charge par la sécurité sociale pour les patients en ALD contrairement à l'activité physique dans le cadre de séances de kinésithérapie.

L'assurance maladie reconnaît l'efficacité de l'activité physique à visée thérapeutique et prend conscience des économies qui pourraient être générées à moyen et long terme. Elle espère mettre en place en 2024, à titre expérimental, le remboursement de l'APA chez les patients atteints d'un cancer.

Notons que la sécurité sociale a mis en place, il y a déjà plusieurs années, le dispositif « Mission retrouve ton cap »<sup>(28)</sup>. Ce dernier permettant aux enfants de 3 à 12 ans à risque d'obésité, en surpoids ou en obésité non complexe, de bénéficier sur prescription médicale d'une prise en charge précoce, pluridisciplinaire remboursée à 100 % par l'Assurance Maladie.

Les choses évoluent également au niveau régional avec OBEPEDIA, un projet expérimental du Centre d'Etude et de Recherche sur l'Obésité et la Nutrition en PACA (CERON PACA) qui repose sur la mise en place d'un parcours de soins de deux années chez l'enfant et l'adolescent en situation d'obésité sévère et/ou complexe en partenariat avec RéPPOP.

En dehors de notre région nous mentionnerons le projet PROXOB ou « Proximité et obésité », testé sur 5 ans en Auvergne, qui propose un dispositif de prévention et de prise en charge familiale à domicile de l'obésité. Nous citerons aussi la Fédération Française d'Éducation Sportive et de Gymnastique Volontaire (EPGV) qui a pour but de développer des programmes destinés aux personnes pouvant être exclues de l'activité physique pour des raisons de difficultés sociales, d'éloignement territorial, d'âge ou de handicap physique.

Si une mesure de remboursement était envisagée pour l'APA chez l'enfant, elle serait probablement intégrée dans un parcours de soins dédié à l'obésité infantile. Une étude qualitative auprès des médecins généralistes pourrait alors être envisagée, afin de déterminer si le remboursement de l'APA a une influence sur les modalités de prescription.



# Références

1. Organisation mondiale de la santé. Report on the fifth round of data collection, 2018-2020: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) [Internet]. 2022. [cité 12 fév 2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6594-46360-67071#>
2. ANSES. Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA 3), avis de l'Anses et rapport d'expertise collective [Internet]. 2017. [cité 12 fév 2024]. Disponible sur : <https://www.anses.fr/sites/default/files/NUT2014SA0234Ra.pdf>
3. Organisation mondiale de la santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé [Internet]. 2010. [cité 12 fév 2024]. Disponible sur : [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978\\_fre.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978_fre.pdf)
4. Dimitri, Paul, Kush Joshi, et Natasha Jones. « Moving More: Physical Activity and Its Positive Effects on Long Term Conditions in Children and Young People ». *Archives of Disease in Childhood* 105, n° 11 (novembre 2020): 1035-40. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-318017>.
5. Fuchs, Robyn K., Jeremy J. Bauer, et Christine M. Snow. « Jumping Improves Hip and Lumbar Spine Bone Mass in Prepubescent Children: A Randomized Controlled Trial ». *Journal of Bone and Mineral Research* 16, n° 1 (janvier 2001): 148-56.
6. Delignières D. Chapitre V. Estime de soi et pratique sportive. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2017 . p . 51-60. (Que sais-je ?; vol. 3e éd.).
7. St-Louis-Deschênes M, Ellemberg D. L'exercice physique aigu et la performance cognitive chez l'enfant et l'adolescent. *Science & Sports*. avr 2013;28(2):57-64
8. Abdelbasset, Walid K, Saud F Alsubaie, Sayed A Tantawy, Tamer I Abo Elyazed, et Dalia M Kamel. « Evaluating Pulmonary Function, Aerobic Capacity, and Pediatric Quality of Life Following a 10-Week Aerobic Exercise Training in School-Aged Asthmatics: A Randomized Controlled Trial ». *Patient Preference and Adherence* Volume 12 (juin 2018): 1015-23. <https://doi.org/10.2147/PPA.S159622>.
9. Lam, Katherine K.W., William H.C. Li, O.K. Chung, K.Y. Ho, S.Y. Chiu, H.S. Lam, et Godfrey C.F. Chan. « An Integrated Experiential Training Programme with Coaching to Promote Physical Activity, and Reduce Fatigue among Children with Cancer: A Randomised Controlled Trial ». *Patient Education and Counseling* 101, n° 11 (novembre 2018): 1947-56. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.07.008>
10. Ministère chargé des sports. Le réseau des Maisons Sport-Santé poursuit son déploiement [Internet]. Janv 2022. [cité 12 fév 2024]. Disponible sur : <https://www.sports.gouv.fr/les-maisons-sport-sante-un-outil-d-egalite-des-chances-et-d-acces-au-droit-de-la-sante-par-le-sport>
11. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 2016-1990 décembre, 2016.

12. La loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France - Article L1172-1 Mars 04, 2022.
13. HAS. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte [Internet]. 2022. [cité 20 fév 2024]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_aps\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf)
14. Lacroix, Jérôme. « Évaluation du bon usage de la prescription de l'activité physique en médecine générale, dans l'ancienne région du Languedoc-Roussillon, chez les patients ayant une hypertension artérielle et description des éventuels facteurs limitants », 2018.
15. Anis, Julien. « Analyse des freins à la prescription des activités physiques chez les médecins généralistes picards », s. d.
16. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin; 2016. <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm>
17. JP Lebeau, I. Aubin-Auger, JS Cadwallader, J. Gilles de la Londe, M. Lustman, A. Mercier, A. Peltier. Initiation à la recherche qualitative en santé. GM santé. 2021.
18. Ministère de la Santé et des solidarités. Programme national nutrition et santé [Internet]. 2006. [cité 20 fév 2024]. Disponible sur <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan.pdf>
19. Ministère de la Santé et des solidarités. Programme national nutrition et santé [Internet]. 2019. [cité 20 fév 2024]. Disponible sur [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4\\_2019-2023.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf)
20. Durrer D ,Brotton C , Bulc M ,Schutz Y. point de vue des patients sur la prévention concernant la nutrition et l'activité physique en médecin générale : une étude européenne. Disponible sur [https://www.exercer.fr/full\\_article/349](https://www.exercer.fr/full_article/349)
21. Leijon ME, Stark-Ekman D, Nilsen P, Ekberg K, Walter L, Stahle A, et al. Is there a demand for physical activity interventions provided by the health care sector? Findings from a population survey. *BMC Public Health*. 2010; 10:34.
22. Attalin V. Place de l'activité physique dans la prise en charge du surpoids de l'obésité : résultats d'un questionnaire réalisé auprès des médecins généralistes de l'agglomération de Montpellier. Thèse. Montpellier 1; 2010.
23. Thuan dit Dieudonné J-F. L'omnipraticien face à l'obésité chez l'adulte: un questionnaire auprès de 607 médecins généralistes du Languedoc-Roussillon en 2003. Thèse. Montpellier 1; 2004.
24. Anis J. Analyse des freins à la prescription des activités physiques chez les médecins généralistes picards.
25. Fondation Pileje. Comment permettre une prévention active et l'éducation à la santé pour tous ? [Internet]. 2015. [cité 20 fév 2024]. Disponible sur [https://www.fondation-pileje.com/wp-content/uploads/2020/03/DP-Colloque-Fondation-PileJe\\_2015.pdf](https://www.fondation-pileje.com/wp-content/uploads/2020/03/DP-Colloque-Fondation-PileJe_2015.pdf)
26. NicaiseS, MennessonC, Bertrand J. Les inégalités sociales de santé dès la petite enfance : le role du sport. *Empan*. 17 juin 2020 ; n°118(2) :22-31
27. Chaize M, Villevieille A. Quelles sont les représentations parentales de l'activités physiques des enfants de 6 à 12 ans ? Implications et influence dans la pratique de l'activité physique. Aide à la prescription d'activité physique adaptée chez l'enfant par le médecin généraliste. 2020 ;

28. L'assurance Maladie. Mission : retrouve ton cap [Internet]. 2023. [cité 20 fév 2024]. Disponible sur [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/brochure-fiches-pratiques-ps-mission-retrouve-ton-cap\\_0.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/brochure-fiches-pratiques-ps-mission-retrouve-ton-cap_0.pdf)

# Annexes

## Annexe 1 : Liste des ALD exonérantes et non exonérantes chez l'enfant

### Les ALD inscrites sur une liste établie par le ministère de la Santé et de la prévention

Voici la liste des ALD fixée par décret (**ALD 30**) chez enfant :

- Accident vasculaire cérébral invalidant ;
- Affections psychiatriques de longue durée dont dépression récurrente, troubles bipolaires ;
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- Diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte
- Bilharziose compliquée ;
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- Insuffisance respiratoire chronique grave : asthme grave ;
- Maladies chroniques actives du foie (hépatite B ou C) et cirrhoses ;
- Maladie coronaire : infarctus du myocarde ;
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- Mucoviscidose ;
- Maladie de Parkinson ;
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale) ;
- Paraplégie ;
- Suites de transplantation d'organe ;
- Sclérose en plaques ;
- Scoliose idiopathique structurale évolutive ;
- Spondylarthrite grave (juvénile) ;
- Tuberculose active, lèpre ;
- Tumeur malignes, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique
- Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique.

(1) La liste et les critères médicaux utilisés pour l'admission et le renouvellement de ces ALD ont été actualisés par le décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 (Journal officiel du 21 janvier 2011). Les durées d'exonération de la participation des assurés relevant de ces affections de longue durée ont été modifiées par le décret n° 2017-472 du 3 avril 2017. Ces dispositions sont applicables à tous les patients entrant en ALD ou concernés par un renouvellement à compter du 22 janvier 2011.

Les **ALD dites « hors liste » (ALD 31)** : ce sont des maladies graves qui ne sont pas dans la liste et qui évoluent sur une durée prévisible supérieure à 6 mois, dont le traitement est particulièrement coûteux.

Pour que les soins soient acceptés en ALD hors liste, la prise en charge doit comprendre obligatoirement un traitement médicamenteux ou un appareillage.

Deux critères parmi les 4 suivants sont également obligatoires :

- Hospitalisation à venir ;
- Actes techniques médicaux répétés ;
- Actes biologiques répétés ;
- Soins paramédicaux fréquents et réguliers.

## Annexe 2 : Certificat d'absence de contre-indication et de prescription d'activité physique adaptée proposé par l'ARS PACA

### CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION ET DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE<sup>1</sup>



Je soussigné(e) ..... Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné Mme/M. (lettres capitales).....

Né(e) le .....

et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique de l'activité physique adaptée<sup>1</sup> dans les conditions ci-dessous.

Je prescris à Mme/M..... une activité physique adaptée<sup>1</sup> supervisée pendant....., à une fréquence hebdomadaire et à une intensité à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient, qui l'amènent progressivement vers celles recommandées, en privilégiant le développement des capacités suivantes :

Cardio-vasculaires  musculaires  souplesse  équilibre  coordination

Cette pratique devra être supervisée par un **intervenant qualifié** ayant les compétences requises conformément à l'instruction ministérielle, pour encadrer des patients présentant la limitation fonctionnelle suivante (voir au dos si nécessaire) :

Aucune	Minime	Modérée	Sévère
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dénomination de la pratique sportive (si demandée) :

**Préconisations particulières et compléments d'information à l'intention de l'intervenant permettant d'adapter et de sécuriser la pratique** (exemples non exhaustifs : activités avec le poids du corps ou charges légères, pas de sport à risque de chute et/ou de collision, éviter efforts en ambiance froide, éviter efforts statiques intenses, contrôler l'intensité pour ne pas dépasser une intensité modérée,

traitements à prendre en compte...)

Remis en main propres au patient, le

Signature et cachet :

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut donner lieu à ce jour à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

<sup>1</sup> Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD.

## OUTIL D'AIDE À LA DÉTERMINATION DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Le degré de limitation fonctionnelle ne correspond pas à la sévérité de la pathologie mais aux limitations locomotrices, cérébrales, sensorielles et de douleur du patient.

Chaque fonction doit être individuellement évaluée. La limitation fonctionnelle **résultante** de votre patient **correspond théoriquement** à la **limitation la plus sévère qui aura été cochée** (cf : modèle en ligne sur le site [mon sport santé PACA](http://mon.sport.santé.PACA))

### FONCTIONS LOCOMOTRICES (NEUROMUSCULAIRE, OSTEOARTICULAIRE, ENDURANCE À L'EFFORT, MARCHÉ, FORCE) :

Aucune     Minimales     Modérées     Sévères

### FONCTIONS CÉRÉBRALES (COGNITIF, LANGAGE, ANXIÉTÉ / DÉPRESSION) :

Aucune     Minimales     Modérées     Sévères

### FONCTIONS SENSORIELLES (VISUELLE, SENSITIVE, AUDITIVE, PROPRIOCEPTIVES) ET DOULEUR :

Aucune     Minimales     Modérées     Sévères

*Attention, cet outil n'est qu'une aide à la décision.  
Il appartient au médecin d'identifier la limitation fonctionnelle de son patient.*

#### Détail des indicateurs de la limitation fonctionnelle sévère :

- **Fonctions locomotrices** : Altération de la motricité et du tonus et / ou altération d'amplitude sur plusieurs articulations affectant la gestuelle et l'activité au quotidien, fatigue invalidante dès le moindre mouvement, ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires, distance parcourue en marche en 6 mn inférieure à 150 mètres,
- **Fonctions cérébrales et cognitives** : Mauvaise stratégie cognitive pour un mauvais résultat, échec, fonction langagière empêchant toute compréhension ou expression, manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression
- **Fonctions sensorielles** : Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture, circulation seul impossible dans un environnement non familial, stimulations sensorielles non perçues, non localisées, surdité profonde, déséquilibre sans rééquilibrage, chutes fréquentes lors des activités au quotidien, douleurs constantes avec ou sans activité

**Seuls les professionnels de santé** (kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens) sont habilités à superviser l'activité physique adaptée pour les patients présentant une **limitation fonctionnelle sévère** (pour les kinés, hors actes de rééducation pris en charge par l'assurance maladie, et dans la limite de leurs compétences, à savoir bilan kinésithérapique et gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive). Les patients avec limitation fonctionnelle sévère pourront être orientés, en fonction du bilan effectué en fin de cycle par le professionnel de santé et en concertation avec le médecin traitant, vers un enseignant en activité adaptée pour poursuivre sa pratique.

Pour tout complément d'informations concernant les limitations fonctionnelles et les intervenants habilités, se référer aux annexes 2 et 3 de l' [INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017](#)

Ce formulaire a été réalisé par l'Agence Régionale de Santé PACA, la Direction Régionale et Départementale Jeunesse et Sport PACA, Azur Sport Santé et Provence en Forme

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut donner lieu à ce jour à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

1 Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD.

### **Annexe 3 : Guide d'entretien**

Bonjour, Je suis Clémence Llorca, interne en médecine générale à la faculté de Nice. Je réalise mon travail de thèse sur la prescription de l'activité physique « santé » chez l'enfant par les médecins généralistes.

Je vous remercie pour le temps que vous m'accordez. Si vous acceptez, j'aimerais enregistrer notre entrevue par dictaphone afin de retranscrire au mieux nos propos. L'entretien durera entre 10 et 20 minutes et cela de façon anonyme. L'enregistrement sera détruit à la fin du travail de thèse.

#### **Données démographiques.**

1) Age.

2) Sexe.

3) Depuis combien d'années exercez-vous et dans quelle ville ?

4) Avez-vous un DIU ou une FST parmi les suivantes :

DIU du sport / DIU pédiatrie / DIU endocrinologie / DIU suivi Obésité enfant / DIU Nutrition / FST sport / Autres.

5) Quel type d'activité exercez-vous ?

Libéral / Salarié / Mixte / PMI / Centre de vaccination / Centre de dépistage / Fédération sportive.

6) Quelle est l'orientation de votre patientèle ?

Jeune / Âgée / Rural / Urbaine

7) Quel est le pourcentage de pédiatrie constituant votre patientèle ?

#### **Dépistage en consultation de médecine générale.**

8) Abordez-vous systématiquement l'activité physique en consultation avec un enfant ou bien dans des situations particulières ?

9) Comment abordez-vous le sujet de l'activité physique en consultation avec un enfant ou ses parents ?

10) Quantifiez-vous, vous-même l'activité physique de l'enfant vu en consultation ?

*Sous-question : Si oui, de quelle façon ?*

*Sous-question : Si non, est-ce vous déléguiez cette tâche ?*

12) Mesurez-vous et pesez-vous un enfant à chaque consultation ?

13) Tracez-vous à chaque consultation les courbes poids/taille/IMC ?

14) Estimez-vous être suffisamment formé sur la question du sport « santé » chez l'enfant ?



*Sous question : Si non, de quelles manières, aimeriez-vous être formé et avez-vous le temps de vous former*

*Sous question : Si oui comment vous êtes-vous formés ? \**

### **Rôle du médecin généraliste dans la prévention primaire.**

15) Identifiez-vous les comportements à risque chez l'enfant vu en consultation (sédentarité, malnutrition, tabac chez les parents, addictions, alcool médicaments)

*Sous questions : Est-ce que vous en parlez alors qu'il y a les parents \*\**

16) Quels arguments avancez-vous pour convaincre de la nécessité de réaliser une activité physique chez un enfant en bonne santé pour lequel vous dépistez un risque ?

17) Quel est d'après vous, le rôle à jouer du médecin généraliste dans la promotion du sport « santé » chez l'enfant en prévention primaire.

18) Quels éléments cliniques ou autres, vous alerte plus particulièrement sur la nécessité d'un suivi médical renforcé chez un enfant vu en consultation.

19) Que faites-vous en consultation face à un enfant en surcharge pondérale ou à risque de le devenir ?

20) Comment rédigeriez-vous une prescription d'activité physique « santé » chez cet enfant ?

*Sous question : Avez-vous la connaissance de l'existence d'un carnet sport-santé*

### **Rôle du médecin généraliste dans la prévention secondaire.**

21) Quelles sont dans votre patientèle, les ALD susceptibles d'une prescription APA chez l'enfant.

22) Dans le cas où vous prescrivez de l'APA pour une pathologie éligible à l'ALD, réalisez-vous un bilan fonctionnel initial annexé à votre ordonnance.

25) Pouvez-vous me citer des structures qui encadrent l'activité physique adaptée dans le département des Alpes-Maritimes.

26) Quels conseils donneriez-vous à un jeune asthmatique souhaitant commencer une activité physique adaptée.

27) Quelles recommandations donnez-vous à un jeune patient diabétique souhaitant commencer une activité physique adaptée.

28) Que répondez-vous à un de vos jeune patients atteints d'un cancer et qui souhaite avoir une activité physique adaptée pendant et après la durée de son traitement ?

25) Avez-vous connaissances des activités physiques adaptées recommandées et contre indiquées chez un enfant épileptique ?

26) Comment avez-vous trouvé les questions et est-ce que vous avez été en difficultés sur les questions ?

Durée de l'entretien :

\*Modification au cours des entretiens version 2

\*\* Modification au cours des entretiens version 3

## Annexe 4 : Exemple de carnet sport-santé (Azur sport santé)

**MON JOURNAL D'ACTIVITÉ PHYSIQUE**

Notez ici toutes les séances, encadrées ou non, que vous avez programmées.

DATE	TRAVAIL EFFECTUÉ	MON RESSEN
	<input type="checkbox"/> Souplesse <input type="checkbox"/> Endurance <input type="checkbox"/> Équilibre <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/> Souplesse <input type="checkbox"/> Endurance <input type="checkbox"/> Équilibre <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/> Souplesse <input type="checkbox"/> Endurance <input type="checkbox"/> Équilibre <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/> Souplesse <input type="checkbox"/> Endurance <input type="checkbox"/> Équilibre <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/> Souplesse <input type="checkbox"/> Endurance <input type="checkbox"/> Équilibre <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/> Souplesse <input type="checkbox"/> Endurance <input type="checkbox"/> Équilibre <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/> Souplesse <input type="checkbox"/> Endurance <input type="checkbox"/> Équilibre <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/> Souplesse <input type="checkbox"/> Endurance <input type="checkbox"/> Équilibre <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

FESSIERS




**DESCRIPTION :** Assis sur le bord de la chaise, une cheville sur le genou opposé.  
**CONSIGNE :** Avancez le nombril vers la cuisse et maintenez 4 à 5 respirations.  
**SÉCURITÉ (voir p.30) :** Maintenez le dos droit.

OBLIQUES





**DESCRIPTION :** Debout, bras tendus tenant une barre au dessus de la tête.  
**CONSIGNE :** Sur l'expiration grandissez-vous et inclinez-vous sur un côté. Maintenez 4 à 5 respirations. Revenez à la position initiale. Même chose de l'autre côté.  
**SÉCURITÉ (voir p.30) :** Ne pas se pencher pas en avant.

p.12

## Annexe 5 : L'échelle de Borg (Original)

Echelle de Borg	Perception de l'intensité de l'effort	Lien avec une séance type d'activité sportive
6	Aucun effort	Echauffement / Retour au calme
7	Extrêmement facile	
8		
9	Très facile	
10		
11	Facile	Zone cible
12	Zone d'entraînement optimale	
13	Moyennement difficile	
14		
15	Difficile	
16		Zone d'effort intense
17	Très difficile	
18		
19	Extrêmement difficile	
20	Exténuant	

# Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie  
d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la  
Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de  
mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue  
taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à  
favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de parti ou de classe  
sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales  
contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction  
que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses-  
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

# Résumé

## **Introduction :**

En France en 2017, 66% des jeunes âgés de 11 à 17 ans n'atteignent pas les recommandations d'activité physique de l'OMS fixées à 60 minutes d'une activité physique d'intensité modérée à soutenue par jour. Et pourtant les bénéfices sur la santé d'une activité physique régulière ne sont plus à démontrer dans la littérature scientifique.

La promotion de l'activité physique et sportive ainsi que la lutte contre les comportements sédentaires chez l'enfant sont devenues des enjeux majeurs de santé publique et un défi pour les systèmes de santé en France. Depuis mars 2017, les médecins généralistes peuvent prescrire du sport « santé » sur ordonnance mais sans prise en charge par la sécurité sociale.

## **Objectif :**

Cette étude vise à identifier les leviers permettant une meilleure prescription de l'activité physique « santé » chez l'enfant par le médecin généraliste.

## **Matériel et méthode :**

Nous avons tenté de répondre à cette étude à travers une étude qualitative. Des entretiens ont été réalisés auprès de 9 médecins généralistes exerçant à Nice et Valbonne afin de mettre en évidence leurs pratiques en matière de prescription d'activité physique.

## **Résultats :**

Seul 1 médecin généraliste sur 9 a prescrit de l'activité physique chez un enfant pour 3 médecins généralistes chez l'adulte. 1 médecin a utilisé les échelles de ressenti. Les freins essentiels retrouvés chez les médecins sont le manque de temps, le manque de formation et une méconnaissance de réseaux adaptés pour orienter les patients. Les freins retrouvés chez les patients sont le déni de l'enfant ou de sa famille, le coût de la pratique sportive, les difficultés d'organisation ainsi que l'éloignement des centres.

## **Discussion :**

L'absence de prise en charge de l'activité physique adaptée (APA) par la sécurité sociale représente un frein majeur à sa généralisation. Depuis plusieurs années l'assurance maladie reconnaît l'efficacité de l'activité physique à visée thérapeutique ainsi que les économies générées à moyen et long terme. Elle espère mettre en place en 2024, à titre expérimental, le remboursement de l'APA chez les patients atteints d'un cancer en vue d'une généralisation. Cela serait une première avancée dans la reconnaissance du sport « santé ».

**Mots-clés : Sport / Santé / Éducation/ Prévention / Prescription / Adaptation / Quantification**