

SYNTHESE

Activité physique chez l'enfant et l'adolescent

Validée par le Collège le 16 octobre 2025

L'essentiel

- ➔ L'évolution des pratiques sociétales favorise l'inactivité physique et la sédentarité des enfants et des adolescents, avec des conséquences majeures en termes de santé publique.
- ➔ L'activité physique (AP) et la réduction du temps passé à des comportements sédentaires sont des déterminants majeurs de l'état de santé des enfants et des adolescents. L'AP favorise une croissance harmonieuse et l'acquisition d'habiletés motrices et de compétences psychosociales. Elle a des impacts sur la santé du futur adulte et sur son niveau d'AP.
- ➔ La sédentarité, en particulier le temps passé devant des écrans, principal concurrent aux AP spontanées, a des effets délétères sur la santé. Un bon niveau d'activité physique ne suffit pas à protéger des méfaits de la sédentarité.
- ➔ Les habitudes de vie saine en matière d'AP, de comportement sédentaire et de sommeil s'acquièrent tôt dans la vie. Elles sont influencées par le cadre de vie familial, social et culturel et par l'environnement construit. Le rôle des parents est essentiel, ainsi que le milieu éducatif et, pour les adolescents, l'environnement amical.
- ➔ Le facteur principal de motivation aux AP de l'enfant est le plaisir. Les AP et sportives proposées aux enfants et aux adolescents devront être variées et garder un caractère ludique.
- ➔ Toutes les formes d'AP sont à promouvoir : les AP de la vie quotidienne, en particulier les déplacements actifs, l'éducation physique et sportive (EPS) obligatoire à l'école, les récréations et les jeux actifs, et les AP et sportives encadrées en club ou en association ou en centre de loisirs ou pratiquées en autonomie, seul, en famille ou avec des amis.
- ➔ L'enfant est un être en développement. Les AP doivent être adaptées à la croissance staturale et osseuse et aux capacités physiques de l'enfant, ainsi qu'à son stade de développement psychomoteur, qui évoluent avec l'âge, avec, si nécessaire, des adaptations permettant de compenser, suppléer ou assister un enfant atteint d'une maladie chronique, présentant un facteur de risque ou en situation de handicap.
- ➔ Il n'y a pas de contre-indication totale et définitive aux AP chez les enfants et les adolescents. Le certificat médical d'inaptitude à l'EPS doit être temporaire et/ou toujours préciser, au mieux, les AP pouvant être pratiquées par l'enfant.

L'activité physique de l'enfant

1. L'enfant, un être en mouvement

Dès le plus jeune âge, l'AP, et plus largement le mouvement, fait pleinement partie de la vie de l'enfant. Les temps de jeux actifs au sol, ou en position à plat ventre sur un tapis pour l'enfant qui ne se déplace pas encore, ouvrent des possibilités d'exploration et d'apprentissage et favorisent l'acquisition de nouvelles compétences motrices, cognitives et sociales. C'est l'acquisition progressive de ces compétences qui, avec l'âge, va permettre à l'enfant de pratiquer des jeux actifs et des activités sportives variées.

On peut classer les activités physiques (AP) de l'enfant en 5 catégories (tableau 1) :

- Les AP utilitaires de la vie quotidienne, dont les déplacements actifs ;
- Les AP et sportives de loisirs libres, non encadrées, dont les jeux actifs ;
- L'éducation physique et sportive (EPS) obligatoire à l'école, encadrée par un enseignant ;
- Les AP et sportives scolaires et périscolaires ;
- Les AP et sportives encadrées par un éducateur sportif, en club ou en association ou en centre de loisirs, pratiquées pendant ou en dehors des vacances scolaires.

Tableau 1. Les différentes catégories d'activité physique chez les enfants et les adolescents

Les déplacements actifs, monter/descendre les escaliers, marcher, se déplacer à bicyclette, en rollers ou en trottinette, etc., en particulier pour les trajets entre le domicile et l'établissement scolaire, sont un contributeur potentiellement important du niveau d'AP des enfants, mais ils sont en forte diminution. De nombreux freins existent : la crainte des parents pour la sécurité de leurs enfants, la peur d'un accident, les distances avec l'établissement scolaire autant en milieu rural, qu'en ville avec l'urbanisation extensive.

Les AP ou sportives dites libres, spontanées, non encadrées, pratiquées seuls ou avec un accompagnement social (famille, amis) comprennent les jeux actifs et les récréations actives. Les jeux actifs contribuent de manière importante à l'AP générale des plus jeunes. Ils sont favorisés par l'environnement social et facilités par l'environnement construit (espaces verts, parcs, équipements sportifs de proximité de tous types, accessibles et avec de réelles considérations sécuritaires). Les temps de récréation active devraient être favorisés dans les établissements scolaires.

L'éducation physique et sportive (EPS) est une discipline obligatoire à l'école, au collège et au lycée. Une pratique d'AP quotidienne est recommandée dans les classes maternelles, 3 heures hebdomadaires d'EPS sont prévues à l'école primaire, 3 à 4 heures par semaine au collège et 2 heures par semaine au lycée. L'EPS représente une part importante des AP de l'enfant et est un levier pour faire adopter aux jeunes une AP régulière. Elle permet une pratique obligatoire d'AP et sportives minimum, sachant que 40 à 60 % des jeunes ne pratiquent pas d'autres activités sportives que celles obligatoires en EPS.

Les AP et sportives scolaires et périscolaires. L'école doit être un vecteur important de développement de la pratique sportive des jeunes et offre la possibilité de pratiquer du sport de façon facultative dans le cadre du sport scolaire, avec : au primaire, *l'Union sportive de l'enseignement du premier degré (USEP)*, au collège et lycée, *l'Union nationale du sport scolaire (UNSS)*, les *Accueils collectifs éducatifs de mineurs (ACEM)*, le dispositif « 30 minutes d'activité physique quotidienne à l'école primaire » et le dispositif expérimental « 2 heures de sport au collège ». Certains établissements du secondaire abritent des sections sportives scolaires.

Les AP et sportives encadrées par un éducateur sportif, en fédération ou en association, multisport ou unisport. Les fédérations sportives accueillent plus de la moitié des enfants. Le taux de licence augmente entre le primaire et le collège, avec un pic pour les 10 à 14 ans, puis diminue au lycée. Il est plus faible chez les filles que chez les garçons. Il diminue avec la catégorie socio-professionnelle des parents, leur niveau d'études et leur revenu. Il augmente avec la pratique sportive familiale, en particulier des parents. À l'adolescence, le décrochage sportif encadré s'effectue au profit d'AP ou sportives de loisirs libres, mais aussi au profit de loisirs passifs (télévision, jeux vidéo, etc.) et, ce phénomène est plus marqué chez les jeunes issus de milieux sociaux les moins favorisés.

Le temps de l'enfance et de l'adolescence est une période clé pour la construction sociale du goût pour les AP et sportives et des habitudes de vie active. La pratique d'AP, pour être durable, doit s'inscrire dans une habitude de vie. Elle va être donc influencée par le cadre de vie de l'enfant et dépendre de facteurs personnels, interpersonnels, environnementaux et sociétaux, qui interagissent entre eux (tableau 2). Le facteur principal de motivation et d'engagement aux AP et sportives chez les enfants et les adolescents est le plaisir.

Tableau 2. Les facteurs de motivation à l'activité physique chez les enfants et les adolescents

Les facteurs personnels Une AP ou sportive sera d'autant plus suivie qu'elle présente un caractère ludique et qu'elle est pratiquée avec plaisir et sans mise en échec. Un faible niveau d'AP et une mauvaise condition physique sont des obstacles à la pratique d'une AP, qui ne va être ni valorisante, ni appréciée. Une image négative de son corps en raison des standards socio-culturels promus (minceur, beauté) ou d'une surcharge pondérale, est considérée comme un obstacle important à la pratique d'une AP. En cas de maladie chronique, la douleur, la fatigue ressentie ou l'exacerbation temporaire de certains symptômes, comme une dyspnée, sont les principaux freins à l'AP. Dans le cas particulier des maladies rares, ces symptômes peuvent être spécifiques et nécessitent une concertation avec le médecin spécialiste référent (centre expert de référence ou de compétence). Les facteurs interpersonnels L'environnement social, composé notamment de la famille, des amis, des professionnels de santé ou du sport, influence de façon positive ou négative l'engagement des enfants dans une pratique d'une AP. Les explications, le soutien, les encouragements, l'individualisation des messages et le partage d'expériences apparaissent comme des facilitateurs. Les comportements directifs, la pression, ou la surprotection sont à l'inverse néfastes. Le partage d'AP ou sportives avec les parents, la famille et des pairs favorise la pratique d'AP chez les enfants. Les parents, par leurs conseils et par leurs actions, jouent un rôle majeur pour inciter les enfants à être physiquement plus actifs de façon régulière et durable. Les facteurs liés à l'environnement construit Le contact avec la nature et le temps passé dans les espaces extérieurs, l'aménagement construit avec la disponibilité en proximité d'équipements (parcs, pistes cyclables, aires de jeux), les installations sportives publiques (piscine, city stade...) ou au sein de structures commerciales (foot en salle, parcours sportifs, acrobbranche...) favorisent les AP et sportives chez les enfants. L'aménagement, la sécurisation et l'accessibilité de ces infrastructures sont essentiels pour leur utilisation par l'enfant. Les facteurs sociétaux Le niveau d'AP est plus faible chez les filles par rapport aux garçons. Il est influencé par le niveau socio-économique et professionnel des parents. L'amélioration de la qualité, de la cohérence et de la continuité des parcours d'AP et sportifs des élèves, de la maternelle à l'université, limite les risques de décrochage, d'où la nécessité de favoriser la complémentarité des temps scolaire, périscolaire, extra-scolaire et un mode de vie actif, en particulier avec le développement des déplacements actifs entre le domicile et l'établissement scolaire. Ces parcours doivent prendre en compte les besoins spécifiques de certains enfants, atteints de maladie chronique ou en situation de handicap.

2. L'enfant, un être en développement

L'enfant est un être en développement dans toutes les dimensions : développement staturo-pondéral et osseux, psychomoteur et de la condition physique (tableaux 3, 4 et 5). Le développement de l'enfant dépend, d'une part, de la maturation de son organisme, processus physiologique génétiquement déterminé et, d'autre part, de ses interactions avec son environnement : apprentissages, interactions sociales et conditions de vie (alimentation, sommeil, activité physique, sédentarité).

Les AP doivent respecter l'organisme de l'enfant en pleine croissance et prendre en compte son âge et son stade de développement (tableau 5), qui peut être précoce ou *a contrario* tardif chez certains enfants avec, dans certains cas, des adaptations nécessaires liées à une maladie chronique, à un facteur de risque (comme une surcharge pondérale), à une situation de handicap ou une maladie rare

qui peuvent justifier le recours à un avis spécialisé ou une concertation avec le médecin spécialiste référent qui suit l'enfant.

Si certains enfants, en jouant, développent par eux-mêmes de bonnes aptitudes physiques (par essais-erreurs), d'autres, maîtrisant mal les fondements du mouvement, en sont incapables sans une aide externe. Ces enfants, en l'absence d'intervention, seront plus tard en grande difficulté face à l'acquisition des habiletés sportives et, découragés, renonceront à pratiquer un sport. Il est donc important d'inculquer à tous les enfants, avec une vigilance particulière pour les enfants en situation de handicap, les habiletés motrices fondamentales comme courir, sauter, lancer et attraper un objet, nager, pédaler, glisser efficacement, etc.

Tableau 3. Les stades de développement staturopondéral de l'enfant

La croissance staturale :

- entre 0 et 4 ans, très rapide (double sa taille en 4 ans) ;
- jusqu'au début de la puberté, plus modérée et régulière avec environ 5 à 6 cm par an ;
- pendant la puberté, s'accélère avec environ 20 à 30 cm par an.

La croissance pondérale :

- de 0 à 2 ans, très importante ;
- de 2 à 7 ans, régulière avec environ 2 kg/an ;
- de 7 à 10 ans, une accélération avec environ 3 kg/an ;
- à la puberté, un pic avec 7 à 8 kg/an en lien avec un développement musculaire important, surtout chez les garçons.

Tableau 4. La condition physique de l'enfant

Les filles et les garçons ont les mêmes capacités physiques avant la puberté et peuvent pratiquer des jeux et sports collectifs en équipes mixtes.

Il n'y a pas lieu de brider les enfants par crainte de fatigue. Les exercices d'endurance aérobie peuvent être réalisés à tous les âges, avec des durées selon l'âge, si l'on respecte des phases de récupération active et si l'on prend en compte leur régulation thermique encore immature.

Le squelette des enfants est immature et ils ne devraient pas participer à des AP d'intensité élevée en quantité excessive.

Les enfants ont des potentiels de force et de résistance faibles et un squelette immature. S'ils pratiquent des activités en renforcement musculaire, il faudra réserver le travail avec charge seulement après la puberté et au mieux avec des instructions et une supervision appropriées.

Les exercices de coordination sont essentiels et permettent une acquisition motrice plus facile par une diminution des temps d'apprentissage chez l'enfant.

Le travail de la vitesse est possible.

Le travail en souplesse est important et doit s'inscrire dans une problématique de santé, en particulier concernant la statique rachidienne.

Tableau 5. Le développement psychomoteur de l'enfant et les jeux et pratiques sportives selon l'âge

Le nourrisson jusqu'à 2 ans

Chez l'enfant de moins de 2 ans, le développement moteur correspond à une prise de contrôle progressive du système musculaire avec la disparition des réflexes primaires et la maturation du système nerveux central, favorisé par les expériences motrices, les encouragements de l'entourage, l'établissement de relations, les premiers jeux et l'acquisition progressive de la position assise et de la marche.

Ne pas contraindre et libérer les mouvements naturels du nourrisson permet de favoriser les expériences sensori-motrices, posturales et sociales proposées par l'environnement. Il est donc important d'encourager la motricité libre, en limitant l'utilisation de dispositifs du commerce de type Cosy, transat ou dispositifs modulaires au strict minimum (aux transports ou à des temps très limités dans la journée). Les déformations du crâne (plagiocéphalie) sont un des premiers signes d'un enfant immobile ou immobilisé.

Le petit enfant de 3 ans à 5 ans.

À l'âge préscolaire, l'acquisition des capacités motrices favorise le développement des rapports sociaux et la confiance en soi. L'enfant a une soif d'apprendre et a un goût spontané pour le mouvement dès lors qu'il est en environnement non concurrentiel. Les apprentissages doivent cibler la maîtrise de mouvements fondamentaux comme courir en changeant de rythme et de direction, tenir l'équilibre sur un pied, sauter pour franchir des obstacles imaginaires, pédaler sur un tricycle, etc.). Pour cela, il est conseillé de mettre l'enfant dans un environnement favorable, en prenant en compte ses capacités limitées d'attention et de coordination.

L'enfant de 6 ans à 11 ans

- **Le premier âge scolaire.** L'enfant est encore fougueux, mais présente une meilleure coordination motrice et une facilité d'apprentissage de nouveaux mouvements. Cette période est favorable à l'apprentissage d'un grand nombre de techniques de base avec des exercices de conditionnement physique et de coordination (agilité, équilibre, vitesse...). C'est la période idéale pour s'initier à de nombreux sports, qui mobilisent chacun des compétences physiques différentes. La pratique simultanée de plusieurs sports (multisports) ou de jeux variés (multi activités) est donc conseillée.

- **Le second âge scolaire.** Cette période est marquée par une maturité des organes des sens et de l'équilibre avec une plus grande capacité de concentration et une plus grande capacité de mémorisation des mouvements. L'enfant va acquérir et maîtriser des mouvements complexes, précis et justes, demandant un important effort d'orientation spatio-temporelle. Il s'agit donc d'une période importante pour l'acquisition des bonnes postures et pour l'apprentissage des habiletés sportives de base. Dans l'idéal, ces enfants devraient participer à des activités sportives variées, sollicitant des qualités physiques différentes à développer, avec toujours un caractère ludique pour limiter les risques d'abandon.

Les adolescents de 11-12 ans à 18 ans

- **La première phase de la puberté** est marquée par des modifications hormonales, un remaniement corporel, une croissance rapide et une évolution psychique avec un changement de l'image de soi, une remise en question de l'autorité, un désir d'autonomie et le besoin d'être responsable. Il est donc important de cerner la perception, les attentes et le retentissement des AP et sportives chez l'enfant afin de préserver sa motivation et limiter les risques d'abandon. Cette période est propice au développement des capacités physiques, tandis que la technique et les capacités de coordination sont déstabilisées.

- **Deuxième phase de la puberté.** Le ralentissement des changements hormonaux et de la vitesse de croissance et l'harmonisation des proportions segmentaires aboutissent à un regain de précision et de coordination, une augmentation des capacités physiques et une stabilisation de l'état psychologique. Cette période de maturité organique et physiologique, de développement des capacités physiques et de stabilisation des acquisitions motrices est propice à l'orientation vers des disciplines sportives à spécialisation progressive (unisport).

3. Les recommandations en activité physique, sédentarité et sommeil

L'ensemble des comportements d'activité des 24 heures de l'enfant, comportements sédentaires, sommeil, position debout immobile, activité physique de faible intensité, activité physique d'intensité modérée à élevée ont tous des effets sur la santé. Le temps passé dans ces cinq mouvements quotidiens forme un total de 24 heures, et tout changement dans un comportement entraîne une augmentation ou une diminution correspondante dans un autre.

La relation entre la dose d'AP et la réponse physiologique est un continuum. Il y a des bénéfices supplémentaires à la pratique d'une AP plus intense ou de durée plus longue, et ce, même si elle ne permet pas d'atteindre les recommandations mondiales d'AP pour la santé.

La pratique d'AP est influencée par la limitation du temps d'écran, principal concurrent aux AP spontanées de l'enfant.

Il n'est pas possible de définir un seuil de sédentarité au-delà duquel des effets négatifs sur la santé seraient observés chez les enfants et les adolescents. Ce seuil « délétère » dépend de l'ensemble des comportements d'activité des 24 heures.

Les enfants de moins de 5 ans ne devraient pas être immobilisés plus d'une heure d'affilée. Chez les enfants de 5 à 17 ans, pour réduire leurs effets délétères, les périodes de sédentarité devraient être fractionnées, en bougeant quelques minutes toutes les 2 heures immobiles.

Le tableau 6 reprend les recommandations mondiales pour la santé de l'OMS sur l'AP, la sédentarité, le temps d'écran et le sommeil chez l'enfant, complétées de celles du Report Card 2022. Le tableau 6 bis reprend les recommandations françaises plus récentes de la Commission des écrans du 30 avril 2024 qui limitent encore les temps d'écran et précisent l'utilisation des portables et des réseaux sociaux chez les plus jeunes.

Tableau 6. Recommandations sur l'AP, la sédentarité, le temps d'écran et le sommeil chez les enfants de l'OMS (complétées du Report Card 2022).

Activité physique	Sédentarité	Temps d'écran	Sommeil
Sur une journée de 24 heures, les enfants de moins de 1 an			
Ils devraient être physiquement actifs plusieurs fois par jour de diverses manières, en particulier au moyen de jeux interactifs au sol. Il serait préférable qu'ils bougent plus encore. Ceux qui ne se déplacent pas encore devraient passer au moins 30 minutes à plat ventre, réparties tout au long de la journée pendant le temps de veille.	Ils ne devraient pas être immobilisés plus d'une heure d'affilée (par exemple dans un landau, une poussette, une chaise haute ou attachés sur le dos d'un adulte). Pendant les périodes de sédentarité, il est conseillé aux personnes qui s'occupent des enfants de lire avec eux ou de leur raconter des histoires.	Les écrans ne sont pas recommandés.	Ils devraient dormir : - entre 14 et 17 heures pour les enfants de 0 à 3 mois ; - entre 12 et 16 heures pour les enfants de 4 à 11 mois ; , d'un sommeil de bonne qualité, siestes comprises.
Sur une journée de 24 heures, les enfants de 1 à 2 ans :			
Ils devraient avoir 180 minutes au moins d'AP de type et d'intensité variés, y compris d'une intensité modérée à soutenue, réparties tout au long de la journée. Un temps plus long serait préférable.	Ils ne devraient pas être immobilisés plus d'une heure d'affilée (par exemple dans un landau, une poussette, une chaise haute ou attachés sur le dos d'un adulte), ni rester assis longtemps. Pendant les périodes de sédentarité, il est conseillé aux personnes qui s'occupent des enfants de lire avec eux ou de leur raconter des histoires.	Pour les enfants de 1 an, il n'est pas recommandé de passer du temps sédentaire devant un écran (comme regarder la télévision ou une vidéo, jouer sur l'ordinateur). Pour les enfants de 2 ans, le temps d'écran sédentaire ne devrait pas dépasser 1 heure ; un temps moins long serait préférable.	Ils devraient dormir entre 11 et 14 heures d'un sommeil de bonne qualité, siestes comprises, avec des heures régulières de coucher et de lever.
Sur une journée de 24 heures, les enfants de 3 à 4 ans			
Ils devraient avoir 180 minutes au moins d'AP de type et d'intensité variés, dont 60 minutes d'une intensité	Ils ne devraient pas être immobilisés plus d'une heure d'affilée	Le temps d'écran sédentaire ne devrait	Ils devraient dormir entre 10 et 13 heures d'un

modérée à soutenue répartie tout au long de la journée. Un temps plus long serait préférable.	(par exemple dans une poussette), ni rester assis longtemps. Pendant les périodes de sédentarité, il est conseillé aux personnes qui s'occupent des enfants de lire avec eux ou de leur raconter des histoires	pas dépasser 1 heure ; un temps moins long serait préférable.	sommeil de bonne qualité, comprenant une sieste éventuellement, avec des heures régulières de coucher et de lever.
Les enfants et les adolescents de 5 à 17 ans			
Les enfants et les adolescents de 5 à 17 ans devraient pratiquer au moins 60 minutes par jour en moyenne d'AP essentiellement aérobique d'intensité modérée à soutenue et ce, tout au long de la semaine. Des AP aérobiques d'intensité soutenue, ainsi que des AP qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, devraient être intégrées au moins trois fois par semaine. Une AP limitée vaut mieux qu'aucune AP. Si les enfants et les adolescents n'atteignent pas le niveau recommandé, une quantité inférieure d'AP sera néanmoins bénéfique pour leur santé. Les enfants et les adolescents devraient commencer par de petites quantités d'AP et en augmenter progressivement la fréquence, l'intensité et la durée. Il est important d'encourager tous les enfants et adolescents à participer à des AP agréables, variées et adaptées à leur âge et à leurs aptitudes, et de leur fournir des occasions sûres et équitables de le faire.	Ils devraient limiter leur temps de sédentarité. Report Card 2022 : ils devraient rester moins de 2 heures consécutives assis ou semi allongés (hors sommeil), 5 à 10 minutes de mouvements actifs toutes les 2 heures immobiles.	Ils devraient limiter le temps de loisir passé devant un écran.	Report Card 2022 : - de 6 à 11 ans : 9 à 11 heures de sommeil, avec des heures régulières de lever et de coucher ; - de 12 à 17 ans : entre 8 h 30 et 9 h 30 de sommeil.

Tableau 6 bis Recommandations françaises de la Commission des écrans du 30 avril 2024

Pas d'exposition aux écrans pour les enfants de moins de 3 ans ; Un usage déconseillé des écrans jusqu'à 6 ans, ou limité, occasionnel, en privilégiant les contenus éducatifs avec un adulte ; Pas de téléphone portable avant 11 ans ; Pas de téléphone portable avec internet avant 13 ans ; Pas d'accès aux réseaux sociaux avant 15 ans ; Un accès uniquement aux réseaux sociaux « éthiques » après 15 ans.

4. Les bénéfices et les risques de l'activité physique et de la sédentarité

4.1 Les comportements sédentaires

Les risques

L'excès de temps passé à des activités sédentaires a des effets délétères sur la santé de l'enfant (tableau 7) et est associé à une moins bonne condition physique.

Tableau 7. Les effets de la sédentarité sur la santé des enfants et des adolescents

Âge	Les effets du temps passé à des activités sédentaires
Enfants et adolescents	Augmentation du risque de développer une obésité ; Augmentation du risque cardiométabolique (pression artérielle, dyslipidémie, glycémie et insulino-résistance) ; Augmentation du risque de dépression ; Augmentation du risque d'anxiété ; Augmentation du risque de lombalgie non spécifique.

Les bénéfices

Le comportement sédentaire comprend aussi le temps passé à des activités éducatives, d'étude ou de jeu calme, ou encore consacré à l'interaction sociale sans support électronique. Ces activités (lecture, puzzles, dessin, travaux manuels, chant, musique) sont importantes pour le développement des enfants et ont des effets bénéfiques notamment sur le plan cognitif.

4.2 Les bénéfices de l'activité physique et des pratiques sportives

L'activité physique

L'AP est un déterminant majeur de la santé de l'enfant et favorise une croissance harmonieuse (tableau 8). Une pratique régulière d'AP chez l'enfant et l'adolescent a des effets bénéfiques sur la santé du futur adulte et augmente la probabilité d'une pratique régulière d'AP à l'âge adulte.

Tableau 8. Les effets de l'activité physique chez les enfants et les adolescents

Âge	Les effets de l'activité physique
Moins de 2 ans	Développement sensori-moteur et relationnel.
Entre 3 et < 6 ans	Développement des habiletés motrices ; Acquisition du capital osseux ; Réduction de l'adiposité.
Entre 6 et 17 ans	Développement des habiletés motrices ; Acquisition du capital osseux ; Amélioration du statut pondéral, réduction de l'adiposité ; Amélioration des facteurs de risque cardiométabolique (pression artérielle, dyslipidémie, glycémie et insulino-résistance) ; Amélioration des aptitudes cardiorespiratoires et musculaires ; Amélioration de la santé mentale (symptômes anxieux et dépressifs réduits, troubles du comportement réduits) ; Amélioration des résultats cognitifs (rendement scolaire, fonctions exécutives) ; Amélioration de l'état de santé perçu, du bien-être psychologique et de l'estime de soi et diminution de l'anxiété sociale.

Les activités sportives

La pratique d'une activité sportive, forme particulière d'AP organisée qui répond à une série de règles, a des effets propres sur la santé de l'enfant (tableau 9).

Tableau 9. Les effets de la pratique sportive chez les enfants et les adolescents

Âge	Les effets de la pratique sportive organisée
Enfants et adolescents	Amélioration de la gestion des émotions et des comportements prosociaux (8 à 12 ans). Contribution à l'éducation à la citoyenneté : - transmettre des valeurs comme connaître et respecter une règle, persévérer, surmonter les obstacles, agir en collaboration dans le respect de ses coéquipiers et de ses adversaires pour atteindre un objectif commun ; - développer un sentiment d'appartenance et des compétences psychosociales, comme la confiance en soi, la coopération, l'écoute, l'empathie ; et des valeurs, comme le respect de soi et des autres et la solidarité ; - favoriser la cohésion et l'intégration sociale, dès lors qu'elles sont organisées dans un cadre facilitant l'accès à tous et la mixité des publics. Chez l'adolescent : - une diminution de la probabilité d'adopter des habitudes de vie dommageables (consommation de substances, consommation importante d'aliments et de boissons contribuant à une alimentation défavorable, temps d'écran élevé) ; - la non-participation à la délinquance et à la criminalité.

4.3 Les risques des activités physiques et sportives

Les risques de l'AP chez l'enfant doivent être pris en compte, mais ne doivent pas être un obstacle à une pratique régulière d'AP, dont les bénéfices sont bien établis et supérieurs aux risques.

Les risques liés à une pratique d'AP ou sportive ordinaire sont essentiellement les blessures accidentelles avec : les ecchymoses, les entorses, les fractures, les lésions musculaires, la commotion cérébrale, etc. Les parents et les éducateurs sportifs doivent porter une attention particulière à l'équipement de l'enfant et à son port adapté.

La pratique sportive intensive précoce peut induire des blessures de surutilisation (*over use*) avec : les ostéochondroses, les fractures de fatigue et les tendinopathies. Les ostéochondroses sont plus fréquentes lors des phases d'accélération de la croissance. Quand elles touchent les cartilages de conjugaison, elles peuvent entraîner des séquelles sur la croissance des enfants.

Certains risques sont en lien avec **les conditions météorologiques ou la pollution de l'air**, qu'il faudra prendre en compte. Les enfants ont une thermorégulation immature et doivent suspendre leur AP d'intensité élevée en cas d'environnement exceptionnellement chaud et humide.

L'inaptitude médicale à l'EPS est soumise à la rédaction d'un certificat médical d'inaptitude qui doit toujours préciser son caractère temporaire et son caractère souvent partiel (tableau 10).

Une inaptitude totale, qui implique l'impossibilité de marcher prolongée, est exceptionnelle et ne concerne que des enfants souffrant d'un handicap majeur. Dans les situations complexes, notamment en cas de maladie rare, la décision d'inaptitude ou de restriction d'activité doit être prise en lien avec le médecin spécialiste référent de l'enfant.

Tableau 10. Le certificat médical d'inaptitude à la pratique de l'EPS

En cas d'inaptitude partielle à l'EPS, il convient, lors de la consultation médicale, de bien mettre en avant les types de mouvements et d'efforts possibles et précautions particulières (douleur, tolérance à l'effort, etc.), ainsi que les activités sportives réalisables et à encourager pour l'enfant, de définir sa durée estimée ou sa date de fin et de programmer une réévaluation de cette inaptitude dans un délai raisonnable pour permettre à l'enfant de reprendre l'EPS quand sa condition de santé le permettra.

L'équipe enseignante veille alors à l'adaptation du contenu de la séance d'EPS, ainsi qu'à l'adaptation de l'environnement (terrain/matériel) aux capacités de l'enfant et à une éventuelle situation de handicap. La dispense d'EPS, qui consiste à exonérer l'élève de suivre le cours d'EPS, relève d'une décision de l'enseignant et atteste de l'impossibilité pour l'école de mettre en place un enseignement d'EPS dans le champ laissé possible par le certificat médical d'inaptitude.

L'obligation d'un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication pour les mineurs afin d'obtenir une licence sportive a été supprimée, en dehors des deux cas suivants : une réponse positive au questionnaire pédiatrique du sportif mineur rempli par les parents avec l'enfant, selon son âge, ou la pratique d'un sport « à contraintes particulières » (tableau 11). Les contre-indications et limitations aux pratiques sportives sont donc repérées par les parents à l'aide du questionnaire pédiatrique du sportif mineur, ainsi que par le médecin lors des consultations pédiatriques obligatoires prévues par le Code de la santé publique ou dans le cadre de la médecine scolaire.

Tableau 11. Le certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive (CACI)

L'obligation d'un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication (CACI) pour les mineurs afin d'obtenir une licence sportive a été supprimée par le [décret n° 2021-564 du 7 mai 2021](#) du Code du sport, en dehors des cas suivants : une réponse négative à un des items du [questionnaire pédiatrique du sportif mineur](#) et les [pratiques sportives à contraintes particulières](#).

Les enfants de l'élite sportive inscrits sur les listes ministérielles des pratiques sportives de haut niveau sont soumis à la surveillance médicale réglementaire (SMR), avec des spécificités selon la discipline, définies par chaque fédération et approuvées par le ministère en charge des Sports.

Afin de limiter les risques lors de la pratique d'une AP, il est important de respecter une phase d'échauffement avant et une phase de récupération après celle-ci. Le tableau 12 propose une version adaptée à l'enfant et l'adolescent des [10 règles d'or du Club des cardiologues du sport](#) (avis d'experts).

Tableau 12. « Les 10 règles d'or pour préserver sa santé dans le sport adaptées chez l'enfant et l'adolescent ».

Je signale à mon entourage familial, scolaire ou sportif toute douleur dans la poitrine ou essoufflement anormal survenant à l'effort*.

Je signale à mon entourage familial, scolaire ou sportif toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort*.

Je signale à mon entourage familial, scolaire ou sportif tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort*.

Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 min lors de mes activités sportives.

Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 min d'exercice à l'entraînement comme en compétition.

J'évite les activités intenses par des températures extérieures en-dessous de - 5°C ou au-dessus de 30°C et lors des pics de pollution.

Je ne fume pas, en tout cas jamais dans les 2 heures qui précèdent ou suivent mon activité sportive.

Je ne consomme jamais de substance dopante et j'évite l'automédication en général.

Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre, courbatures).

Je respecte toujours les visites médicales obligatoires et, si justifié, je réponds honnêtement au questionnaire pédiatrique du sportif mineur en cas de sport en club et/ou en compétition.

**Quels que soient mon âge, mes niveaux d'entraînement et de performance, ou les résultats d'un précédent bilan cardiologique*

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Activité physique chez l'enfant et l'adolescent**, Méthode, **octobre 2025**
Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr