



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Evaluation des pratiques des médecins généralistes concernant la prescription de certificats d'inaptitudes sportives au collège et au lycée dans la région des Hauts-de-France.

Présentée et soutenue publiquement le 26 avril 2019 à 14h
au Pôle Formation
Par Justine VALENTIN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur André THEVENON

Assesseurs :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Monsieur le Docteur Luc DAUCHET

Madame le Docteur Valérie WIECZOREK

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Dominique DELSART



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Evaluation des pratiques des médecins généralistes concernant la prescription de certificats d'inaptitudes sportives au collège et au lycée dans la région des Hauts-de-France.

Présentée et soutenue publiquement le 26 avril 2019 à 14h
au Pôle Formation
Par Justine VALENTIN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur André THEVENON

Assesseurs :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Monsieur le Docteur Luc DAUCHET

Madame le Docteur Valérie WIECZOREK

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Dominique DELSART

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
LISTE DES ABREVIATIONS	2
1. INTRODUCTION.....	3
2. MATERIEL ET METHODE	8
2.1. CHOIX DE LA METHODE.....	8
2.2. ORGANISATION DES ENTRETIENS	9
2.2.1. <i>Sélection des participants</i>	9
2.2.2. <i>Le guide d'entretien</i>	9
2.2.3. <i>Les entretiens individuels</i>	10
2.2.4. <i>Le focus group</i>	10
2.3. TRANSCRIPTION ET ANALYSE DES DONNEES	11
2.4. AUTORISATIONS	12
3. RESULTATS.....	13
3.1. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS.....	13
3.2. CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS	13
3.3. ANALYSE DES RESULTATS.....	14
3.3.1. <i>Vision du sport scolaire par les médecins</i>	14
3.3.2. <i>Etat des lieux des habitudes des médecins généralistes</i>	15
3.3.2.1. Le ressenti des médecins	15
3.3.2.2. Les circonstances de prescription	16
3.3.2.3. La demande de la prescription.....	18
3.3.2.4. La durée de prescription	19
3.3.2.5. Le suivi instauré après la prescription d'inaptitude	21
3.3.2.6. Les inaptitudes partielles	23
3.3.2.7. La rédaction du certificat	24

3.3.2.8.	Ressources et aides utilisées par le médecin	25
3.3.3.	<i>Les demandes abusives</i>	26
3.3.3.1.	Les circonstances de demandes abusives	26
3.3.3.2.	La réaction des médecins généralistes.....	28
3.3.3.3.	Le ressenti des médecins	30
3.3.4.	<i>Les inaptitudes partielles</i>	31
3.3.4.1.	Etat des connaissances des médecins.....	31
3.3.4.2.	L'adaptation des cours d'EPS	33
3.3.4.3.	Facteurs limitant leur prescription.....	34
3.3.5.	<i>Les difficultés des médecins généralistes</i>	35
3.3.5.1.	Le manque de connaissances.....	35
3.3.5.2.	Le problème de certaines pathologies	37
3.3.5.3.	Le problème de certains sports	38
3.3.5.4.	Les responsabilités partagées	39
3.3.5.5.	La communication entre médecins généralistes et établissements scolaires/professeurs d'EPS	41
3.3.6.	<i>Analyse des certificats officiels</i>	42
3.3.7.	<i>Aides qui pourraient être utiles aux médecins</i>	44
3.3.7.1.	Guide pour les durées d'arrêt	45
3.3.7.2.	Guide pour les incapacités fonctionnelles selon les pathologies	45
3.3.7.3.	Certificat type « abordable ».....	46
3.3.7.4.	Programmes d'EPS disponibles	46
3.3.7.5.	Formations	46
4.	DISCUSSION	47
4.1.	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	47
4.1.1.	<i>Les forces de l'étude</i>	47
4.1.1.1.	Le choix de la méthode qualitative	47
4.1.1.2.	Les critères de scientificité	47
4.1.1.3.	Pertinence	48
4.1.2.	<i>Les faiblesses de cette étude</i>	50

4.2.	DISCUSSION DES RESULTATS	50
4.2.1.	<i>Le rôle de prévention du médecin traitant</i>	<i>50</i>
4.2.2.	<i>Un manque de connaissances des médecins généralistes.....</i>	<i>51</i>
4.2.3.	<i>Le constat d'un nombre élevé d'inaptitudes.....</i>	<i>52</i>
4.2.4.	<i>Des demandes abusives et des certificats de complaisance.....</i>	<i>52</i>
4.2.5.	<i>Les pathologies entraînant une prescription d'inaptitude.....</i>	<i>53</i>
4.2.6.	<i>Le problème de l'obésité.....</i>	<i>54</i>
4.2.7.	<i>Les pistes d'amélioration.....</i>	<i>55</i>
4.2.7.1.	Formation des médecins généralistes.....	55
4.2.7.2.	Les inaptitudes partielles comme moyen de lutte contre la sédentarité.....	56
4.2.7.3.	L'adaptation des cours d'EPS	57
4.2.7.4.	Système de notation en EPS.....	57
4.2.7.5.	Communication entre médecins généralistes et professeurs d'EPS	58
4.2.7.6.	Etablissement de guides pour les durées d'inaptitude	59
4.2.7.7.	Proposition d'un certificat type.....	60
5.	CONCLUSION.....	61
6.	BIBLIOGRAPHIE	62
7.	ANNEXES.....	67

RESUME

Contexte : L'inactivité physique est en hausse. La promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité sont des enjeux majeurs de santé publique. L'éducation physique et sportive, par son caractère obligatoire et l'ouverture au sport qu'elle propose, est un moyen de participer à cette lutte. Le nombre d'inaptitudes sportives dans le cadre de l'EPS est important. L'objectif de ce travail était d'évaluer les pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France concernant cette prescription, et de comprendre leur ressenti et leurs difficultés.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés et réalisation d'un focus group avec des médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France.

Résultats : De mai 2018 à février 2019, 19 médecins généralistes ont participé à cette étude. Leurs pratiques et leur ressenti étaient variés. La majorité des médecins se disaient mal à l'aise avec cette prescription. Les circonstances de prescriptions étaient diverses. Les difficultés des médecins résidaient surtout dans les indications et les durées d'inaptitude, ainsi que dans certaines pathologies, notamment l'obésité. Les inaptitudes partielles étaient peu connues et peu prescrites. Les médecins se disaient demandeurs d'aides, notamment de guides pour les indications et les durées, ainsi que de certificats types abordables et adaptés à la pratique quotidienne.

Conclusion : Les médecins généralistes des Hauts-de-France connaissent cette prescription mais sont peu à l'aise sur ses modalités, principalement par manque de connaissances théoriques. Une formation notamment dans le cadre de la formation médicale continue pourrait être bénéfique, ainsi que l'établissement de guides sur les durées d'inaptitudes selon les pathologies. Une meilleure communication entre les médecins généralistes et les établissements scolaires et professeurs d'EPS pourrait aussi être utile.

LISTE DES ABREVIATIONS

AP	Activité Physique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONAPS	Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
EPS	Education Physique et Sportive
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
PNNS	Programme National Nutrition et Santé

1. INTRODUCTION

L'Activité Physique (AP) est définie comme tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique supérieure à la dépense de repos (1).

Les bienfaits d'une AP régulière sont bien connus et démontrés. Elle permet notamment une diminution du risque de maladies non transmissibles, telles que les maladies cardiovasculaires (coronaropathies, accident vasculaire cérébral), le diabète de type 2, les pathologies cancéreuses (notamment les cancers du côlon et du sein), ainsi que de leurs facteurs de risque (hypertension artérielle, glycémie élevée, surcharge pondérale et obésité). Sur le plan respiratoire, elle permet une amélioration du contrôle de l'asthme, et elle a un rôle démontré en prévention primaire et secondaire de la bronchopneumopathie chronique obstructive. Un effet préventif sur la survenue de troubles anxieux et dépressifs est bien établi, ainsi qu'une amélioration du bien-être global. Elle a un effet positif sur la masse et la densité minérale osseuse, avec pour conséquences à long terme une diminution du risque de fractures ostéoporotiques. Enfin, l'AP est un déterminant essentiel de la dépense énergétique et contribue donc au contrôle pondéral (1–3).

Chez les enfants et les adolescents, l'AP est une composante essentielle de la santé. Pratiquée régulièrement, elle a des effets favorables sur la condition physique, la composition corporelle et la santé osseuse, elle renforce la santé mentale en améliorant la confiance en soi et en réduisant l'anxiété. Elle peut aussi être considérée comme un facteur favorable pour la réussite scolaire. Enfin, l'AP régulière pratiquée

pendant l'enfance et l'adolescence pourrait avoir un effet positif sur la santé à l'âge adulte (3).

Actuellement, en France et dans bon nombre de pays, le niveau de sédentarité est en hausse. Ce comportement a pour conséquences l'augmentation du risque des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque. On estime aujourd'hui que la sédentarité constitue le 4^{ème} facteur de risque de mortalité, responsable de 6% des décès (2).

L'AP et la sédentarité sont des sujets d'actualité en termes de promotion de la santé et de prévention des maladies. La sédentarité ne peut être définie uniquement comme l'absence d'AP, mais englobe également l'engagement dans des activités caractérisées par une faible dépense énergétique. Pour agir sur la santé, il faut donc à la fois limiter la sédentarité et promouvoir l'AP.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande, pour la tranche d'âge des 5 à 17 ans, une AP quotidienne d'intensité modérée à soutenue d'au moins 60 minutes, ainsi qu'une AP d'intensité soutenue au moins 3 fois par semaine (2). Celle-ci inclut le jeu, les sports, les déplacements, les tâches quotidiennes, les activités récréatives, l'éducation physique ou l'exercice planifié, dans un contexte familial, scolaire ou communautaire.

Selon une étude de l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS), en 2017, seuls 12% des jeunes français de 11 à 18 ans suivent ces recommandations (4). Un sondage IPSOS de 2014 montrait que près de la moitié des français déclaraient ne pratiquer aucune activité sportive de manière hebdomadaire,

alors qu'ils se disaient presque tous bien informés sur les bienfaits d'une pratique sportive et sur sa place dans la prévention de certaines pathologies (5).

L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a sorti en 2008 un Baromètre Santé Nutrition, qui retrouvait un temps moyen d'AP nettement inférieur au temps moyen consacré aux activités sédentaires. (6). L'étude INCA 2 retrouvait en 2007 un taux d'AP insuffisant chez les 15-17 ans (7).

Une des causes principales de l'augmentation de la sédentarité et du niveau insuffisant d'AP est le développement grandissant des écrans, entraînant une modification de nos loisirs (télévisions, jeux vidéos, smartphones, etc.) (8). Actuellement on estime que la durée moyenne passée devant un écran dans la population des 3-17 ans est de 3 heures par jour (4,7). Une autre explication est la transition sociale vers un secteur tertiaire plus prééminent, avec l'industrialisation et la mécanisation de nombreux travaux, ainsi que de nos modes de déplacements (8).

L'enjeu le plus important dans la politique de lutte contre la sédentarité et de promotion de l'activité physique semble être la sensibilisation des populations jeunes à ces sujets. Plusieurs raisons justifient cet enjeu. Tout d'abord, on note une augmentation de l'obésité et du surpoids infantiles ces dernières décennies (6% des enfants Français en surpoids à la fin des années 1970 contre 17% dont 3,9% d'obèses en 2015) (9,10) avec des conséquences évidentes sur la santé des enfants et des adultes qu'ils deviendront. Il est largement démontré que la pratique d'une AP au détriment des comportements sédentaires a toute sa place dans la prise en charge de l'obésité (11). D'autre part, en ancrant dès le plus jeune âge une habitude de vie, on augmente les chances que celle-ci se pérennise à l'âge adulte. Il est prouvé que les enfants actifs

physiquement sont plus susceptibles de le rester à l'âge adulte que les enfants inactifs de le devenir (12).

Bien souvent, l'Education Physique et Sportive (EPS) est le premier contact de l'enfant avec le sport dirigé. Le rôle de cet enseignement est, entre autres, d'éveiller chez les enfants le goût d'acquiescer, et surtout de conserver, une bonne condition physique. L'EPS a aussi un rôle social, puisqu'elle est un espace privilégié d'éducation aux rapports humains. Elle permet de développer l'esprit de groupe et le respect de l'autre (13,14).

Le Baromètre Santé Nutrition de 2002 met en évidence un faible taux d'activité sportive chez les moins de 18 ans en dehors des cours d'EPS (15). Une enquête réalisée par l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) auprès d'élèves de troisième en France en 2003-2004 montre que 13,7% des élèves de troisième étaient dispensés de cours d'EPS pendant cette période (16).

En 1990, la notion d'inaptitude sportive s'est substituée à celle de dispense. Cette inaptitude doit être établie par un médecin par le biais d'un certificat. Elle peut être totale ou partielle et, sur le certificat, doit figurer une durée. En cas d'inaptitude partielle, afin de permettre une adaptation des cours d'EPS, il conviendra de formuler les contre-indications en termes d'incapacités fonctionnelles et non d'activités physiques interdites (types de mouvements et d'effort, situations d'exercice et d'environnement). Une durée d'inaptitude supérieure à 3 mois, consécutifs ou cumulés, fera l'objet d'une surveillance rapprochée par le médecin scolaire (17,18). Dans le cas d'une inaptitude partielle, le professeur doit proposer un moyen d'adaptation à l'élève, dans la mesure du possible. En cas d'inaptitude totale, les

élèves sont tout de même tenus d'assister aux cours d'EPS, contrairement à la dispense.

Préalablement à notre étude, nous avons diffusé un questionnaire auprès de professeurs d'EPS de la région des Hauts de France. Nous avons obtenu 42 réponses. 100% des répondants déclaraient estimer avoir des inaptitudes abusives. Les motifs les plus fréquents étaient les pathologies traumatologiques, les pathologies respiratoires, les maladies de croissance et l'obésité. 81% déclaraient avoir des inaptitudes partielles, mais parmi eux 50% regrettaient la rareté de cette prescription. 95,20% déclaraient pouvoir les appliquer et 92,90% estimaient qu'ils souhaiteraient en avoir plus par rapport aux inaptitudes totales (*Annexe 1*).

En 1991, une enquête auprès d'élèves de collèges et lycées français montrait que parmi les élèves dispensés d'EPS, 28% des dispenses n'étaient pas explicitement motivées. Parmi ces demandes immotivées, plus de la moitié étaient des certificats médicaux (51,6% au collège, 53,3% au lycée), les autres étant des dispenses parentales (19).

Devant ces différents constats, et devant le rôle possible de l'EPS dans la promotion de l'AP et la lutte contre la sédentarité, nous avons souhaité évaluer les pratiques des médecins généralistes en termes de prescription d'inaptitudes sportives, au collège et au lycée.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Choix de la méthode

Afin de répondre à notre question, nous avons choisi de recourir à une méthode qualitative. Cette méthode permet aux médecins d'exprimer leurs idées, elle entraîne une démarche interprétative afin d'approfondir le « comment » et le « pourquoi » de leurs comportements, ainsi que leurs déterminants. Elle permet aussi d'explorer le lien entre la théorie des recommandations scientifiques et la réalité de la vie quotidienne des praticiens (20,21). Le but ici n'était pas de quantifier des actions, des comportements, mais bien d'analyser, de comprendre les représentations, les habitudes, l'expérience et le ressenti de chaque médecin dans la prescription des inaptitudes sportives.

L'étude a été menée par réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés dans les Hauts de France.

Ces entretiens étaient réalisés à l'aide d'un guide de questions ouvertes, permettant de collecter des données sur notre sujet. Le rôle de ce guide d'entretien était d'assurer une ligne de conduite pendant les entretiens, afin de recentrer la discussion si le médecin interrogé venait à s'en éloigner. Il restait cependant assez souple afin de lui permettre d'exprimer librement ses propos, ses habitudes, son vécu.

Les entretiens duraient environ 20 minutes, avec une dizaine de questions. La discussion était libre, mais restait centrée sur le sujet.

Nous avons décidé, au milieu de la réalisation des entretiens, d'appuyer notre démarche par la réalisation d'un focus group. Celui-ci permet aux médecins de confronter leurs idées, et par la dynamique de groupe de faire émerger de nouvelles

idées. Nous avons cherché, par la représentativité de l'échantillon, à obtenir une diversité des opinions (22).

2.2. Organisation des entretiens

2.2.1. Sélection des participants

12 entretiens individuels ont été réalisés dans la région des Hauts de France. Les médecins étaient contactés par mail ou par téléphone. Ils étaient pour plupart connus de l'investigateur, tout en respectant une diversité dans les âges, le sexe et les milieux d'exercice. Seuls des médecins généralistes thésés et installés dans les Hauts de France ont été inclus, les internes et remplaçants étaient exclus.

Afin de valider notre guide d'entretien, nous avons choisi de réaliser le premier entretien avec un médecin du sport.

Le focus group a été réalisé avec des médecins exerçant dans la région de la Pévèle. Des données démographiques ont été récoltées lors de ce focus group afin de caractériser les médecins participants (sexe / âge / durée d'installation / lieu d'exercice).

2.2.2. Le guide d'entretien

Notre guide d'entretien comportait 8 questions ouvertes, avec pour chacune 1 à 3 questions de relance. Ces questions étaient plus ou moins spécifiques, et classées par thème.

La première partie comportait des questions générales sur les inaptitudes sportives en général, avec une première question « brise-glace » permettant d'instaurer un climat de confiance avec le médecin. La deuxième partie portait sur leurs habitudes de

prescriptions, en termes d'inaptitudes totales puis partielles. La troisième partie s'intéressait à l'expérience et au ressenti des médecins concernant les demandes abusives. Enfin une dernière partie abordait les aspects plus théoriques de cette prescription et les aides envisageables.

Le guide d'entretien était modulable et modulé au fur et à mesure des entretiens, selon les réponses et les idées ayant émergé (*Annexe 2*).

2.2.3. Les entretiens individuels

12 entretiens individuels ont été réalisés, de mai 2018 à début février 2019. Chaque entretien s'est déroulé dans le cabinet médical du médecin interrogé. Ils étaient enregistrés verbalement à l'aide du dictaphone d'un smartphone, après information et autorisation orale des participants.

La saturation des données a été atteinte après 8 entretiens et le focus group. Pour s'en assurer, 4 entretiens supplémentaires ont été réalisés.

2.2.4. Le focus group

Afin de faire émerger de nouvelles idées et de permettre une confrontation des points de vue, nous avons choisi de réaliser un focus group au milieu des entretiens individuels. Celui-ci a eu lieu dans un endroit neutre dans la région Lilloise. Il était composé de 7 médecins exerçant dans la région de la Pévèle.

Nous avons sélectionné les médecins selon des critères démographiques afin d'avoir un échantillon le plus représentatif possible, en émettant l'hypothèse qu'ainsi, les habitudes et les idées émises seraient diversifiées.

Nous avons présenté la méthodologie aux participants, et les avons avertis de l'enregistrement. Afin de respecter leur anonymat, nous leur avons attribué à tous un numéro afin de pouvoir les différencier.

Ce focus group a été enregistré intégralement avec le dictaphone d'un smartphone et celui d'un ordinateur portable.

Le modérateur a animé celui-ci en introduisant le sujet et en essayant de favoriser et développer les échanges entre chaque participant, ainsi qu'en relançant en cas d'éloignement du sujet.

L'observateur a géré le matériel d'enregistrement et observé les messages non verbaux des participants. Il communiquait avec le modérateur par écrit en cas de besoin de clarification d'une réponse ou de souhait de recentrage vers le sujet principal.

2.3. Transcription et analyse des données

Les entretiens étaient retranscrits mot à mot, dans leur intégralité, sur fichier Word. Lorsqu'elle apparaissait clairement, la communication non verbale a été ajoutée en annotation.

Les paroles des participants ont été codifiées afin d'identifier les médecins : entretien (E) 1 à 12 pour les entretiens individuels, médecins (M) 1 à 7 pour les médecins du focus group.

Pour 15 minutes d'entretien, 1 heure de retranscription était nécessaire.

Les entretiens étaient ensuite codés à l'aide du logiciel NVivo13. Un double codage a été réalisé afin de respecter la triangulation des chercheurs, permettant de renforcer la crédibilité de notre étude et de limiter le plus possible la subjectivité.

2.4. Autorisations

La grille d'entretien, ainsi que le déroulé de l'étude ont été approuvés par la Commission de Recherche du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine et Maïeutique de Lille. Cette commission est composée des représentants du département de médecine générale, du département de maïeutique, de la référente hospitalière du département de médecine générale et si besoin de représentants du département de la recherche médicale du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille.

Une déclaration a été effectuée auprès de la Correspondante Informatique et Liberté de l'Université Catholique de Lille.

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques démographiques des participants

Les caractéristiques démographiques des participants sont résumées en annexe 3.

Au total, 19 médecins généralistes ont participé à notre étude.

Il y avait une majorité d'hommes parmi ceux-ci (12 hommes, 7 femmes).

Les âges étaient variés avec une moyenne de 50 ans, le plus jeune des participants avait 33 ans et le plus âgé 66 ans.

La durée d'installation variait de 10 mois à 37 ans, avec une moyenne de 19,7 ans.

Parmi les médecins participants, 1 médecin avait une formation de médecine du sport.

3.2. Caractéristiques des entretiens

La durée moyenne des entretiens était de 15,3 minutes. Le plus long a duré 24,59 minutes et le plus court 10,39 minutes.

Le focus group a duré 27 minutes 58 secondes.

3.3. Analyse des résultats

3.3.1. Vision du sport scolaire par les médecins

Les médecins étaient globalement favorables au sport scolaire.

E4 : « C'est important de faire du sport à l'école, très important »

E9 : « Que c'est une bonne chose. Faire du sport à l'école, moi ça me semble bien. »

Les raisons données pour justifier cet état d'esprit étaient multiples. L'importance du sport dans le développement de l'enfant était largement citée ainsi que le fait d'habituer les enfants à faire du sport régulièrement. La lutte contre la sédentarité et la prise de poids était aussi retrouvée, et un médecin notait que le sport scolaire était parfois le seul sport pratiqué par les enfants. Aussi, il était relevé que les cours d'EPS permettaient une variété par rapport aux matières académiques « classiques ».

E5 : « Je pense que c'est important que les enfants fassent du sport, parce que ça fait partie de leur équilibre et qu'il faut les habituer à avoir une activité physique régulière »

E3 : « J'essaie de le conseiller au maximum pour éviter la sédentarité et pour les problèmes de poids. »

E11 : « Parfois c'est peut-être la seule occasion qu'ils ont de faire du sport. »

E12 : « C'est peut-être une façon aussi d'évaluer les élèves sur d'autres critères que simplement les matières académiques classiques »

Le caractère obligatoire du sport scolaire était aussi cité.

E1 : « C'est obligatoire, ça doit être obligatoire [...] les enfants font des mathématiques, les enfants font du français, il n'y a pas de raison qu'ils ne fassent pas de sport »

E2 : « Ça a été mis dans les programmes donc je pense que c'est une bonne chose »

Cependant, les médecins émettaient parfois quelques réserves à son propos. La qualité de l'enseignement était selon eux variable et de celle-ci dépendait l'utilité des cours d'EPS. Le problème d'uniformité dans les sports proposés aux élèves et dans le système de notation pouvait être pour eux un frein à la bonne pratique de l'EPS et à la motivation des élèves.

E11 : « A condition que ça soit bien fait et que ça soit pas juste de la notation [...] parce qu'on se rend compte que parfois c'est juste pour les notes et que l'intérêt sportif justement en discutant un peu avec les gamins, il n'y est pas forcément »

M2 : « Pourquoi des fois alors quand ils ont un gamin qui fait 1m50 et qui fait 102 kilos, ils lui font faire les 6km qui sont prévus dans le programme en moins d'une demie heure ? C'est complètement débile, ils savent que le gamin va mal le vivre, qu'il va pas être bien »

Certains médecins étaient aussi mitigés quant à la suffisance des heures de cours d'EPS pour avoir un impact favorable sur la santé.

E3 : « C'est pas en faisant 2 heures de sport dans la semaine que ça va changer leur vie. »

3.3.2. Etat des lieux des habitudes des médecins généralistes

3.3.2.1. Le ressenti des médecins

Certains médecins se disaient totalement à l'aise avec cette prescription. D'autres se disaient mal à l'aise. Le ressenti de la plupart des médecins était mitigé, certaines parties de cette prescription étant considérées comme « plus simples ».

E4 : « Oui, ça me pose pas de soucis. Quand j'estime que l'enfant ne doit pas faire de sport je la fais. »

E2 : « Quand c'est moi qui propose je ne suis pas mal à l'aise »

I : « Est-ce que vous vous sentez à l'aise avec cette prescription ? » E2 : « Oui et non »

Les raisons principales du malaise étaient principalement le manque de connaissance, les inaptitudes qui ne semblaient pas justifiées, la difficulté d'estimer une durée appropriée.

M6 : « Je suis parfaitement à l'aise quand j'ai une raison médicale qui me semble évidente, moins à l'aise quand c'est une demande des parents pour faire plaisir. »

E11 : « Là où je ne me sens peut-être pas très à l'aise, c'est sur la durée, parfois. »

E5 : « Non, non je ne me sens pas à l'aise [...] Je pense que j'ai pas les connaissances suffisantes pour être à l'aise. »

L'intérêt des médecins à ce sujet était lui aussi mitigé.

E7 : « Parce que je pense qu'on a peut-être très tendance à faire des certificats d'inaptitudes comme ça et on passe à autre chose. »

E5 : « Je me dis que c'est pas le plus important »

M5 : « C'est pas dispense de sport point, je vais demander tout ce qu'ils font comme activités sportives et voir celles que l'enfant peut pratiquer ou pas en fonction de la pathologie qu'il a. »

3.3.2.2. Les circonstances de prescription

Les médecins citaient plusieurs exemples de pathologies entraînant la prescription d'une inaptitude sportive. Les plus citées étaient les pathologies de l'appareil locomoteur, réparties entre les traumatismes aigus (entorses, fractures...) et les maladies de croissance.

E6 : « Pour des entorses ou des choses aiguës pour lesquelles on peut pas les laisser continuer le sport. »

E1 : « Par exemple en traumatisme, dans une entorse, dans des pathologies de croissance, dans des spondylolisthésis, dans des scolioses »

E10 : « Les problèmes articulaires, traumatiques, orthopédiques... »

Les pathologies infectieuses étaient citées aussi, notamment les otites entraînant une contre-indication à la natation. Les hyperthermies étaient parfois citées, mais un médecin a souligné le fait que dans ce cas-là, les enfants n'allaient pas à l'école de façon générale, et donc qu'un certificat d'inaptitude n'était pas nécessaire.

E12 : « C'est vrai que je ne me suis jamais posé la question pour des maladies infectieuses, mais c'est vrai que souvent ils vont pas à l'école du tout, donc c'est peut-être pour ça que j'y pense pas. »

E9 : « Après, les otites à répétition, on va dire non, pas tellement de natation »

Les inaptitudes concernant des pathologies d'ordre psychologique étaient plus rares. Elles concernaient surtout des mal-être en rapport avec des troubles pondéraux, ainsi que des problèmes d'anxiété. Plusieurs médecins soulignaient l'indication du sport dans ce contexte.

E2 : « Au contraire, quand on me le demande dans ces indications-là, j'essaie de leur montrer que le sport est bénéfique, ça leur permet de se vider la tête, et qu'au contraire ils doivent faire du sport. »

M7 : « Moi je trouve que c'est pas toujours pour faire plaisir mais c'est plus des phobies ou des inquiétudes, et c'est une manière pour eux de les rassurer aussi, et c'est justement l'occasion d'une discussion et d'une négociation sur la nécessité du sport. »

M5 : « A partir du moment où il y a une raison médicale, la raison psychologique restant une raison médicale, donc il y a justification du certificat. »

Certains médecins disaient aussi délivrer des certificats d'inaptitude sportive à la demande des élèves, sans réel substrat organique, notamment lorsqu'un élève n'aimait pas un sport ou ne voulait pas en faire.

E3 : « Quelquefois, c'est "tiens il me faudrait une dispense de sport pendant 3 mois parce que là c'est acrosport et j'aime pas l'acrosport". Donc qui n'a rien à voir avec une pathologie quelconque. »

E5 : « Et parfois, même si je sens que c'est une excuse bidon pour ne pas faire de sport, ça m'arrive de le donner quand même. »

3.3.2.3. La demande de la prescription

Les médecins identifiaient le plus souvent les parents comme demandeurs principaux de la prescription d'inaptitude. Les enfants étaient aussi cités.

E1 : « Souvent c'est les parents, ce sont les parents qui viennent vous voir en demandant un certificat d'inaptitude à l'année. »

E10 : « Oh c'est les parents qui le demandent. »

E11 : « Le gamin qui vient me voir avec ses parents parce qu'il a mal quelque part et qui me demande "est-ce que je peux faire du sport ?" , bah oui ou non. »

E8 : Peut-être les parents, les enfants... pas trop.

Les médecins disaient aussi proposer le certificat d'inaptitude lorsqu'ils le jugeaient nécessaire.

E9 : « Soit c'est moi, parce que physiquement il y a un problème. »

E11 : « Ou alors, moi je le propose spontanément aussi si je vois qu'il y a une pathologie, une entorse ou quelque chose comme ça qui fait que les enfants ne peuvent pas y aller. »

Certains médecins rapportaient parfois des demandes venant des établissements scolaires ou des professeurs d'EPS.

E4 : « Je suis plus embêtée parfois quand ça vient de l'enseignant ou de la structure scolaire qui demande à ce qu'on fasse une dispense de sport parce que l'enfant présente ci ou présente ça. »

3.3.2.4. La durée de prescription

Les connaissances et évaluations des durées d'inaptitude sportive étaient très variées selon les médecins. Certains médecins étaient très à l'aise, et répondaient sans hésitation, notamment pour les pathologies traumatiques et les infections.

E1 : « Dans un syndrome infectieux 8 à 15 jours »

E3 : « Une entorse je mets 3 semaines, une fracture en général c'est entre 2 et 3 mois. »

E6 : « Alors là, si c'est une fracture c'est au moins 2 mois, après ça dépend quel type de fracture. Si c'est une tendinite ça peut être 15 jours. Ça dépend un petit peu, l'entorse c'est 15 jours-3 semaines. Quand c'est viral, quand c'est une pathologie infectieuse c'est 1 semaine »

E8 : « Il n'y pas de règles pour les durées d'inaptitudes particulières. C'est l'examen clinique régulier qui guide la prescription. »

Pour la plus grande moitié des médecins, la question de la durée était source d'incertitudes. Certains médecins riaient ou semblaient un peu gênés lorsque ce sujet était abordé. Ils disaient prescrire une durée courte pour les traumatismes et réévaluer l'enfant si besoin. Certains médecins s'appuyaient aussi sur les dates des vacances scolaire pour guider leur prescription.

E9 : « Sincèrement, au petit bonheur la chance. »

E11 : « Je pense que je mets facilement une quinzaine de jours quand c'est un traumatisme, de toute façon, il y a quand même beaucoup de traumatismes qu'on est amené à revoir, donc on peut leur dire c'est bon tu peux retourner faire tes activités classiques. »

M7 : « Moi je mets jusqu'aux vacances scolaires suivantes, qui donnent lieu à une nouvelle discussion »

Les durées étaient parfois guidées par les spécialistes ou les autres soignants.

M3 : « Un gamin qui vient de se faire opérer de l'appendicite, bon bah le chirurgien lui a dit c'est 1 mois, donc la dispense c'est 1 mois et puis c'est tout. »

E1 : « Quand c'est de la traumato [...] parfois je suis aidé par le kiné. »

Pour les indications psychologiques, ou pour les certificats de complaisance, la durée prescrite était souvent celle du cycle de sport.

M3 : « Si c'est un motif phobique etc, on fait tout le cycle. »

E3 : « Après pour les gamins qui veulent pas faire de sport, en général je mets la durée du cycle de sport. »

Les inaptitudes prescrites pour l'année étaient exceptionnelles, et concernaient des enfants porteurs d'une affection longue durée contre-indiquant la pratique sportive ou nécessitant une adaptation.

M2 : « J'en ai vu un ce matin avec une transposition des gros vaisseaux, dès qu'il fait deux mètres il est essoufflé »

E7 : « Souvent ça peut être des scolioses avec le port de corset »

Tous les médecins s'accordaient à dire que la durée de prescription dépendait de la pathologie et du sport en cours.

E12 : « La durée, ça dépend. Ça dépend des circonstances, ça dépend de la pathologie. »

E10 : « Après, j'adapte aussi beaucoup au sport qui est en cours à l'école. »

3.3.2.5. Le suivi instauré après la prescription d'inaptitude

La plupart des médecins disaient ne pas forcément introduire de suivi particulier après la délivrance d'une inaptitude sportive. Pour les « petites pathologies », ils laissaient la reprise du sport au terme du certificat se faire à l'appréciation de l'élève, et laissaient tous la porte ouverte en cas de besoin de réévaluation.

E1 : « Si c'est une pathologie traumatique, je ne vais pas forcément les revoir [...] par contre je leur dis « si ça ne va pas, tu reviens me voir ». »

E10 : « Mais non, pas de suivi particulier. Ils reviennent s'ils sont toujours douloureux et qu'ils ne peuvent pas reprendre le sport, à ce moment-là, on refait le point. »

E2 : « Je laisse la porte ouverte. »

Pour des pathologies plus chroniques (maladies de croissance, obésité, troubles anxieux...), les médecins disaient revoir les enfants au terme de l'inaptitude pour refaire le point. Pour les fractures, ils étaient aidés par la conduite à tenir du chirurgien et par le kinésithérapeute.

E6 : « Mais si c'est quelque chose d'un peu plus sérieux, oui il vaut mieux les revoir, une fracture on les revoit quand même. »

E4 : « Pour les durées, dans tout ce qui est traumatique et tout ça, je me fie pas mal à ce que dit le chirurgien, parce qu'il y a un suivi, il y a une rééducation donc quand le chirurgien dit que c'est ok c'est vrai que je le suis. »

E12 : « S'il y a une pathologie qui nécessite de réévaluer, oui, mais y a pas un suivi spécifique par rapport à la dispense. »

Certains médecins signalaient que le constat de demandes d'inaptitude répétées était l'occasion d'une discussion avec l'enfant pour rechercher une cause plus profonde à ces demandes répétées.

E3 : « Je pose plus de questions quand il refaut une prolongation, ou s'ils veulent pas faire de foot et qu'après ils veulent pas faire autre chose. Là je m'interroge plus »

E4 : C'est sûr que si je remarque que chez un jeune, je prescris tout le temps des arrêts de sport, je vais lui demander pourquoi il veut pas aller en sport, il y a peut-être un problème aussi au sein de l'école avec des moqueries, des choses comme ça, je vais me renseigner. »

3.3.2.6. Les inaptitudes partielles

Les médecins déclaraient ne prescrire que très peu d'inaptitudes partielles. Les causes principales de ce faible nombre de prescriptions étaient principalement le manque de connaissance sur cette possibilité, ainsi que l'impression d'un manque de moyens d'adaptation par les professeurs d'EPS.

E8 : « Inaptitudes partielles on en fait peu »

E3 : « Non, non puisqu'ils font qu'un sport, donc soit ils sont aptes à faire un sport soit pas aptes à faire ce sport-là. »

E5 : « Une inaptitude partielle ? Je connais pas... »

Les pathologies pour lesquelles les médecins prescrivait une inaptitude partielle, ou imaginaient pouvoir en prescrire étaient variées. Étaient citées les pathologies traumatiques du membre supérieur, les entorses de la cheville et les maladies de Marfan, les otites, les dermatoses, l'asthme.

E8 : « On peut avoir une entorse du poignet, un problème du ligament triangulaire et pouvoir continuer à faire du sport sans être obligé de faire du volley, du basket ou du handball. Donc ceux-là en général, je note qu'il y a une inaptitude partielle, donc qu'on ne leur permet pas de faire un sport collectif où les membres supérieurs doivent travailler, mais qu'ils peuvent faire le reste. »

E10 : « Par exemple un problème de tendinite au poignet tu peux pas faire basket mais tu peux faire course à pieds »

E2 : « Par exemple, il a une otite et il peut pas aller à la piscine pendant 1 semaine parce qu'il ne peut pas mettre la tête dans l'eau, mais ça l'empêche pas de courir »

3.3.2.7. La rédaction du certificat

Les médecins utilisaient tous des certificats préétablis, soit dans leur logiciel informatique, soit sur des blocs fournis par les laboratoires. Sur ces modèles figuraient l'identité de l'enfant, la mention « nécessité d'un arrêt sportif », ainsi que la durée. Ces certificats n'indiquaient que très rarement la possibilité d'une inaptitude partielle.

M2 : « Moi c'est des blocs qui sont tous faits, fournis par les labos, qui sont vérifiés, médico-légalement corrects et je remplis là-dessus. Avec dispense totale ou partielle, une case pour la durée, c'est signé et certificat remis en mains propre aux parents ou à l'intéressé s'il est majeur. »

E11 : « J'ai mon modèle de certificat dans mon logiciel c'est tout qui est préétabli : l'enfant machin nécessite une exemption d'activité sportive du tant au tant. »

Certains médecins rédigeaient des inaptitudes partielles, soit directement sur le certificat, soit par un mot adressé au professeur d'EPS, précisant les circonstances possibles d'effort, les types de mouvements interdits et la nécessité d'arrêt du sport en cas de douleur.

E8 : « Donc ça je note sur la partie en bas de mon certificat, sur l'inaptitude partielle, pour que les enseignants en tiennent à peu près compte. »

E1 : « Moi ça m'arrive très souvent de faire un mot au prof de sport »

3.3.2.8. Ressources et aides utilisées par le médecin

Pour certaines pathologies, les médecins disaient s'aider de conseils et d'évaluations par des confrères spécialistes, ainsi que de l'avis du kinésithérapeute en cas de rééducation.

E1 : « Pour les enfants cardiaques il faut faire attention aussi, il faut toujours avoir l'accord du cardiologue »

E9 : « Donc c'est bien quand les spécialistes nous donnent un peu des orientations sur leurs courriers, ça peut être pas mal. »

E6 : « Ou alors souvent, ils ont vu le chirurgien donc c'est lui qui détermine aussi la durée de l'inaptitude. »

Ils disaient aussi ne pas hésiter à avoir recours au médecin du sport lorsqu'ils ne se sentaient pas capables de répondre correctement à une demande.

M5 : « Quand je suis dans le doute ou que vraiment je ne sais pas et que je ne veux pas pénaliser l'enfant, je renvoie sur un médecin du sport qui sera plus fiable que moi par rapport à ce sujet-là. »

E9 : « Je renvoie plutôt sur le médecin du sport pour savoir ce qu'il faut mettre. »

Le médecin scolaire était lui aussi sollicité, notamment pour des inaptitudes de longue durée.

E7 : « Mais de toute façon si je mets inaptitude au long cours, je préviens toujours que ça sera revu par le médecin scolaire. »

3.3.3. Les demandes abusives

3.3.3.1. Les circonstances de demandes abusives

Les circonstances de demandes abusives étaient variées d'après les médecins. Les sports les plus concernés étaient la natation et l'endurance. Le plus souvent, ces demandes étaient déguisées, les enfants mettant en avant un prétexte pour obtenir un certificat d'inaptitude. Mais elles étaient aussi parfois directes, sans motif médical avancé, les enfants disant clairement qu'ils n'avaient pas envie de faire ce sport.

E2 : « Les patients qui me le demandent pour une raison X ou Y, ou pour des lombalgies sur de la gymnastique, ou parce qu'ils ont mal au dos pour une scoliose »

E11 : « C'est la fille qui vient me voir en disant "j'ai piscine [...] et j'ai pas trop envie d'y aller, est-ce que vous pouvez me faire une dispense ?" »

E9 : « Ah si, quand ils font leur cross tous les ans, et on a souvent des jeunes filles plutôt, qui viennent la veille en disant qu'elles sont très malades et que le cross ça va pas aller, ça va les fatiguer. »

E3 : « "J'aime pas, donc je veux pas en faire parce que j'aime pas", ça c'est abusif. »

Des demandes en rapport avec un mal-être lors du déshabillage ou à l'idée de se montrer dénudé, surtout chez des enfants en surpoids et chez des jeunes filles, étaient aussi identifiées.

M8 : « Par exemple, la piscine pour les jeunes filles, si les cours de natation sont mixtes ou pas. »

M5 : « Par exemple les obèses qui veulent pas faire de sport, parce qu'ils sont pas bien dans leur peau et qu'ils ont peur de se déshabiller devant les copains ou de se mettre en tenue de sport »

Certains médecins mentionnaient aussi des demandes de ce type en rapport avec la religion. Le plus souvent était mentionné le problème de la mixité des cours de natation pour des jeunes filles musulmanes.

E9 : « Parce qu'ici on a beaucoup ce problème-là, de jeunes femmes à confession musulmane qui de ce fait refusent, non pas de se mettre en maillot de bain, mais de se mettre en maillot de bain dans un milieu mixte »

M8 : C'est pas clairement dit demande religieuse, mais... on sait que c'est à cause de ça. Les filles et les garçons vont à la piscine en même temps et sont en maillot de bain. »

Ces demandes jugées abusives n'étaient pas aussi fréquentes chez tous les médecins. Cette demande était plus fréquente en début d'année scolaire. Certains médecins ayant la réputation soit d'être ferme, soit d'être très sportif, avaient l'impression que les patients osaient moins leur demander.

E5 : « Souvent. Surtout au début de l'année. »

E1 : « Ben, moi, ils ne viennent pas trop me demander des dispenses abusives puisqu'ils savent que je suis dans le sport. »

Un médecin disait aussi ne pas avoir beaucoup de demandes de ce genre car son secteur d'exercice était aisé.

E10 : « Mais, on est dans un milieu quand même très favorisé, donc c'est pas courant. »

A l'origine de la demande, les médecins identifiaient le plus souvent les élèves, parfois les parents notamment lors de maladies de longue durée et de connaissances erronées à leur propos. Les professeurs d'EPS étaient aussi parfois identifiés.

M1 : « Le problème aussi, ce sont les demandes des familles, où c'est la maman qui demande à ce qu'il y ait une dispense qui n'est pas forcément justifiée, parce que son fils est hyper protégé parce qu'il est asthmatique. »

E4 : « Ce qui m'embête le plus c'est quand la demande émane de l'enseignant parce que l'enfant présente soit un asthme, soit une inaptitude à faire un sport, et de ce fait là, ils n'adaptent pas leur mode de fonctionnement et ils préfèrent mettre l'enfant sur le côté que de s'adapter. »

3.3.3.2. La réaction des médecins généralistes

Le plus souvent, les médecins généralistes réagissaient par la négociation. Celle-ci passait par la pédagogie avec une éducation des parents et des enfants à la pratique sportive. Les médecins disaient aussi essayer de motiver les enfants à faire du sport.

E5 : « J'explique que le sport est bon pour la santé, qu'il faut que leur enfant prenne l'habitude de faire du sport régulièrement, que leur état ne justifie pas de dispense. »

E1 : « Et que plus ils font de sport, plus ils auront un effet bénéfique sur leur état pulmonaire. »

E11 : « Moi j'essaie au contraire, comme je disais au début avec l'obésité, de booster mes petits patients, j'essaie de leur dire "allez vas-y il faut faire du sport, ça fait partie de ta construction" »

Cette négociation était souvent un peu longue. Les médecins essayaient de faire comprendre aux patients l'absence de contre-indication médicale, les bénéfices de la pratique sportive en général et, le cas échéant, dans leur pathologie.

M1 : « Alors là, la consultation est longue, parce qu'il faut faire comprendre aux parents que l'asthme n'est pas une contre-indication »

E2 : « Ce n'est pas je ne donnerai pas, mais plutôt : vous savez le sport c'est bénéfique, il faudrait faire du sport, si vraiment vous êtes en difficulté, vous revenez, mais pour moi votre état de santé ne nécessite pas une éviction du sport. »

E9 : « Et là c'est à nous de travailler dans l'idée qu'en reprenant son corps en main ça peut aller mieux pour le reste. »

La réponse était parfois plus catégorique, sans passer par la négociation.

E11 : « Une fille qui me dit "j'ai pas envie d'aller à la piscine" ça c'est un niet catégorique, elles vont à la piscine point barre, tout le monde peut aller à la piscine... »

E9 : « Dans le cadre d'une demande abusive, moi je leur dis clairement qu'ils me demandent de faire un faux. »

Certains médecins disaient ne pas toujours négocier. L'heure de la journée, ainsi que le possible retard sur les consultations étaient cités comme facteurs influençant la négociation. Un médecin avouait aussi ne pas négocier avec certains patients qu'il connaissait et identifiait comme non récepteurs à cette négociation.

E3 : « Euh... Je dirais ça que dépend quelle heure il est. Si on m'en parle le matin je discute, si on m'en parle le soir, je fais un arrêt de ce qu'on me demande. »

E11 : « Mais parfois en fin de journée, j'ai 20 minutes de retard, c'est un peu plus rapide ... »

E5 : « Quand je sens que les parents vont être réceptifs ou alors que vraiment ils se moquent de moi [...] et quand j'ai le temps aussi. »

Le plus souvent, le résultat de cette négociation était positif. Certains médecins disaient aussi éduquer leurs patients par celle-ci, et ainsi avaient l'impression de diminuer le nombre de demandes abusives.

E2 : « Et en général, ça passe dans 95% des cas »

E2 : « Je pense que j'ai habitué mes patients à ne plus faire ce genre de demandes. »

E4 : « A mon avis, comme je leur refuse, après une fois ils viennent pas me le demander une deuxième fois »

Certains médecins disaient réorienter la discussion vers l'école en cas de problèmes ne relevant pas de ses compétences.

E9 : « Moi je leur dis plutôt d'en parler avec l'école pour expliquer qu'ils veulent pas. »

3.3.3.3. Le ressenti des médecins

Les médecins étaient ennuyés par cette situation de demandes abusives. Ils se sentaient utilisés et avaient parfois l'impression de se faire avoir.

E2 : « J'aime pas du tout du tout cette situation de demande d'inaptitude au sport, parce qu'à mon avis elle me semble fallacieuse en dehors des situations évidentes. »

E7 : « Et ça, ça m'ennuie. »

E9 : « Je pense qu'on se fait avoir. »

Certains médecins disaient ressentir une pression des parents le plus souvent, et des enfants parfois, lors de ces demandes.

M3 : « Des fois c'est eux qui insistent pour la demande, alors que l'enfant est moins agressif. »

E7 : « A la limite c'est le collégien qui va faire un transfert sur les parents. »

D'autres médecins ne ressentait aucune pression des parents.

E9 : « Non parce que je pense que les parents pensent que c'est une bonne chose pour leur enfant. »

E6 : « Mais je ressens pas de pression, non j'ai pas eu ce sentiment-là. »

3.3.4. Les inaptitudes partielles

3.3.4.1. Etat des connaissances des médecins

La grande majorité des médecins décrivaient l'inaptitude partielle comme la possibilité de faire certains sports et l'impossibilité d'en faire d'autres.

E11 : « Euh, partielle je dirais qu'ils restreignent certaines activités [...] Donc je dirais partielle sur des activités en fonction de la pathologie de l'enfant. »

E2 : « Donc partielle ça veut dire pas pour faire n'importe quel sport »

E3 : « C'est pas faire certains sports et pouvoir en faire d'autres »

Certains médecins n'avaient jamais entendu parler d'inaptitudes partielles.

E5 : « Une inaptitude partielle ? Je connais pas... »

E11 : « Je ne connais pas du tout ! »

Peu de médecins connaissaient la bonne définition et l'utilisaient dans leur pratique courante.

E8 : « On peut avoir une entorse du poignet et pouvoir continuer à faire du sport sans être obligé de faire du volley, du basket ou du handball [...] je note qu'on ne leur permet pas de faire un sport collectif où les membres supérieurs doivent travailler, mais qu'ils peuvent faire le reste. »

E12 : « Une inaptitude partielle, c'est le fait que l'enfant ait une pathologie qui le rende vulnérable ou fatigable plus facilement, et du coup c'est un justificatif qui dit au professeur en gros de prendre en compte la gêne de l'élève. »

Pour certains médecins, cette inaptitude partielle était source de difficultés.

E9 : « Mais c'est vrai que ça reste un peu compliqué pour nous dans le sens où on sait pas exactement ce qu'ils vont faire comme sports »

E12 : « C'est difficile de définir exactement quelle est la charge de travail qu'un élève peut faire, s'ils font de l'endurance on va pas leur mettre une vitesse au kilomètre. Il y a toujours une partie de subjectivité, donc ça je la laisse à l'appréciation de l'élève. »

Les médecins jugeaient cette possibilité comme utile, puisqu'elle permet à l'enfant de participer malgré tout aux cours, et de ne pas être mis de côté.

E2 : « Ça les incite à faire du sport, peut-être à petites doses, en fonction de leurs capacités, mais ils le font quand même »

E4 : « Quelque part c'est bien, parce que ça permet de voir derrière qu'il y a une adaptation théoriquement du professeur à l'incapacité de l'enfant. »

E11 : « Parce que je trouve qu'il n'y a rien de pire que d'être assis sur un banc en attendant pendant 2 heures que le cours passe. »

3.3.4.2. L'adaptation des cours d'EPS

Les médecins étaient parfois sceptiques sur les possibilités d'adaptation du sport par les professeurs d'EPS.

E3 : « Quand ils font un sport je sais pas s'ils peuvent faire une partie du sport mais pas tout. Je vois pas bien comment on peut faire de la course à pieds sans courir, faire du basket sans tirer...je sais pas »

M7 : « Après, je trouve qu'il y a un problème à l'école aussi parfois... C'est difficile de faire des inaptitudes partielles parce que pour le prof souvent c'est il fait du sport ou il fait pas du sport. »

Une question sur les possibilités d'adaptation des cours d'EPS pour un élève présentant une inaptitude partielle était posée aux médecins. Les réponses étaient variées. Certains médecins imaginaient pour ces élèves un rôle d'arbitre, ou d'aide du professeur. D'autres imaginaient des mouvements ou activités spécialement adaptées à l'inaptitude présentée.

E11 : « Par exemple, un asthmatique qui ne peut pas courir, il a le droit d'installer les plots, il a le droit de se rendre compte qu'il faut mettre autant de temps, telle distance, à son âge. Donc il peut se rendre compte de l'effort qu'il devrait faire, même si physiquement il le fait pas. »

E4 : « Lui réserver des mouvements, lui réserver des activités, ou lui faire faire certaines activités et pas d'autres. Ou orienter ses activités sur certains domaines et pas d'autres. »

E5 : « Oui je dirais qu'il pourrait être arbitre. »

3.3.4.3. Facteurs limitant leur prescription

Beaucoup de médecins disaient ne prescrire que peu d'inaptitudes partielles en raison de l'organisation des cours d'EPS. Ils disaient que le fait de ne faire qu'un seul sport par cycle limitait les possibilités de certificat d'inaptitude partielle.

E9 : « Mais aussi, dans les établissements d'ici, dans les cours de sport, y a un sport à la fois, Il n'y en a pas plusieurs, donc soit ils peuvent le faire soit ils peuvent pas le faire. »

M1 : « Si on avait déjà le sport par trimestre, on pourrait adapter la durée. Si le trimestre du milieu y a de la natation, on pourrait les mettre à l'eau sans problème, alors qu'on a peut-être tendance à faire des arrêts sans forcément voir s'il y a des sports qui sont contre-indiqués. »

Certains médecins se demandaient aussi si les cours d'EPS allaient bien être adaptés par le professeur.

E5 : « Et il faut être sûr que le prof de sport va le faire aussi. »

E4 : « Ils n'adaptent pas leur mode de fonctionnement et ils préfèrent mettre l'enfant sur le côté que de s'adapter. »

3.3.5. Les difficultés des médecins généralistes

3.3.5.1. Le manque de connaissances

Une des difficultés relevées était le manque de connaissance par les médecins généralistes. Globalement les médecins ne s'estimaient pas assez compétents dans le domaine de la médecine du sport, pour être justes dans les indications et contre-indications.

E3 : « Parce qu'à part les gros traumatismes, les fractures, les asymétries, les choses comme ça, j'ai du mal à savoir quel sport est indiqué ou contre indiqué par rapport à la pathologie présentée par l'ado. »

E5 : « Je pense que j'ai pas les connaissances suffisantes pour être à l'aise. »

E9 : « Après ce qui pose problème aussi, c'est en post-traumatique, par exemple un gamin qui s'est fait une entorse de genou, et puis après est-ce qu'il peut reprendre le sport, pas le sport, au bout de combien de temps... ça je sais pas... »

La formation dans ce domaine était jugée comme insuffisante.

E7 : « Donc je pense qu'on est peut-être pas assez bien formés pour ça. »

La détermination d'une durée d'inaptitude mettait également les médecins en difficulté.

Ils disaient souvent la définir un peu au hasard.

E6 : « Enfin moi non, j'ai pas de connaissances vraiment bien théoriques sur la durée en fonction de la pathologie. »

E11 : « J'ai pas de règles en tête, il y en a peut-être qui existent mais en tout cas je ne les connais pas. »

E5 : « Les maladies de croissance, j'ai du mal à savoir combien de temps il faut vraiment, en général je mets 6 mois du coup... »

Le concept d'inaptitude partielle était souvent perçu comme un peu flou pour les médecins. Ceux-ci la définissant le plus souvent comme la contre-indication à certains sports, il leur semblait difficile de comprendre comment les enfants pouvaient continuer à faire un sport auquel ils étaient contre-indiqués.

M3 : « J'ai un peu de mal à comprendre le côté partiel... On fait de l'escalade, on peut être en bas du mur mais on n'a pas le droit de grimper... Le côté partiel je sais pas trop. »

M6 : « Inaptitude partielle ou complète on sait pas trop »

Les possibilités d'adaptation par le professeur d'EPS n'étaient en général pas bien connues des médecins.

E8 : « Parce qu'il y a pas vraiment les possibilités qu'un enseignant s'occupe de la partie restante, valide, c'est pas toujours adapté. »

En cas de difficultés, les médecins disaient ne pas avoir et ne pas connaître de sources sur lesquelles s'appuyer.

E10 : « Il existe des sources ? »

E4 : « J'ai pas vraiment de sources, je sais même pas s'il en existe... »

E9 : « Après oui, pourquoi pas essayer d'avoir des infos, mais je sais pas sur quoi on peut retrouver ce type d'infos... »

3.3.5.2. Le problème de certaines pathologies

Les médecins se disaient en difficulté face à certaines pathologies pour lesquelles la contre-indication au sport n'était pas vraiment consensuelle. Les pathologies d'ordre psychologiques étaient largement citées.

M2 : « Les grosses difficultés c'est quand il y a des dispenses demandées pour des causes psychologiques. Souvent c'est sur des dysmorphophobies ou vraiment des troubles physiques qui sont mal vécus : une obésité, une maigreur. »

E7 : « La jeune fille qui ne veut pas faire de sport parce qu'elle a peur d'aller se déshabiller dans les vestiaires. Ou alors quand ils ont du mal à courir... »

M6 : « Y a quand même des phobies scolaires, où les gamins se sentent pas à l'aise au sport ou avec les autres enfants. »

Le surpoids et l'obésité étaient aussi, pour beaucoup de médecins, sources de difficultés. Ils reconnaissaient l'indication du sport dans cette pathologie, mais ils comprenaient aussi le mal-être de ces enfants.

E3 : « On a de plus en plus des ados qui ne veulent pas se déshabiller, et donc qui veulent un certificat d'inaptitude alors qu'il n'y a aucune raison, au contraire il faudrait qu'ils bougent, mais ils sont pas bien dans leur tête alors ils voudraient une inaptitude. Je sais pas si c'est bien ou pas. »

M3 : « On se dirait qu'ils ont besoin, et puis en fait on se rend compte qu'ils sont hyper mal à l'aise parce qu'ils ont mal au genou, ils sont essoufflés [...] ça les dévalorise vis-à-vis de leurs camarades. »

M7 : « Et c'est pas évident de prendre parti entre ce qui est finalement bon pour son corps mais pas forcément pour son esprit. »

Dans cette situation, plusieurs médecins disaient qu'ils avaient réussi à remettre au sport des enfants, mais qu'ils avaient préféré le faire par le biais d'un club, où l'enfant était plus encadré et qu'il ne se mesurait pas aux autres, par des notes notamment.

E11 : « Non au contraire, j'ai même des enfants obèses que j'arrive à remettre au sport, mais alors plutôt dans des clubs de sport, parce que je pense que c'est un peu plus intense et suivi. »

M3 : « Moi ça m'est déjà arrivé, pour un élève en obésité morbide, et c'est vrai que pour lui, l'école c'était très compliqué. On a réussi à lui faire faire une activité sportive en dehors de l'école, alors que je l'ai dispensé du sport à l'école. »

3.3.5.3. Le problème de certains sports

La natation était problématique. Les motifs d'éviction étaient multiples.

Les motifs phobiques étaient bien compris et engendraient la prescription d'une inaptitude par le médecin.

E6 : « La piscine ça arrive de temps, y a vraiment des gamins qui ont peur de l'eau. »

Les demandes non justifiées pour la piscine venaient le plus souvent des filles. Les raisons n'étaient pas toujours clairement exposées, mais les médecins identifiaient la gêne à se mettre en maillot de bain, les causes religieuses, et le fait que les enfants n'aient pas envie d'y aller.

E11 : « Mais la natation pour moi c'est le truc principal. Parce qu'ils ont pas envie d'y aller, pas envie de se mettre en maillot de bain. »

E9 : « Ici on a beaucoup ce problème-là de jeunes femmes à confession musulmane qui de ce fait refusent non pas de se mettre en maillot de bain, mais de se mettre en maillot de bain dans un milieu mixte »

L'endurance était aussi un sport posant problème, souvent peu aimé par les enfants. Les médecins y étaient notamment confrontés au moment des cross.

E9 : « Ah si, quand ils font leur cross tous les ans, et on souvent des jeunes filles plutôt, qui viennent la veille en disant qu'elles sont très malades et que le cross ça va pas aller, ça va les fatiguer. »

E8 : « Je note sur un papier pour l'enseignant qu'il faut aller à l'allure qu'il est possible de respecter par l'enfant. Pas plus vite c'est tout, chacun ses possibilités. »

Enfin, les médecins citaient d'autres sports qu'ils jugeaient peu adaptés à une pratique scolaire, et possiblement dangereux pour les élèves.

M3 : « Y a des nouveaux sports débiles à l'école, l'acrospport où ils se montent les uns sur les autres, la lutte, le rugby, les trucs comme ça... C'est des sports qu'on pratique volontiers en dehors [...] mais tout le monde n'est pas apte à faire de l'acrospport, à faire du rugby... »

M6 : « Et combien de fois j'ai eu des traumatismes, j'ai eu un gamin qui a eu une double fracture tibia-péroné ouverte, en acrospport parce qu'il y a deux gamins qui lui sont tombés dessus. »

3.3.5.4. Les responsabilités partagées

Il existait un sentiment de décharge de responsabilité, les médecins ayant l'impression d'être utilisés par les parents et les enfants.

La responsabilité des parents était bien identifiée et semblait parfois être fuie.

E11 : « Je pense qu'un ado, à un moment donné il faut le booster en disant "allez hop t'y vas" et puis finalement quand on les force un petit peu, et qu'ils sont un peu moins écoutés, je pense qu'ils y vont. »

E9 : « On se repose sur ce qu'ils vont nous dire, donc c'est pas évident »

M2 : « Alors on nous fait faire une dispense, mais c'est pas à nous de le faire... »

Une pression par les parents et par les enfants était parfois décrite par les médecins, ainsi qu'une impression de chantage.

M3 : « Des fois c'est eux qui insistent pour la demande, alors que l'enfant est moins agressif. »

E4 : « J'en ai peut-être fait plus, parce que sous la pression, sous l'influence des gens je l'ai fait. »

E2 : « J'ai toujours l'impression de céder au chantage des patients et de ne pas pouvoir faire ce que je veux »

Quelques-uns des médecins n'avaient pas l'impression d'engager leur responsabilité avec cette prescription. Ils disaient cependant vouloir bien faire leur travail en respectant les contre-indications réelles, et en évitant de céder aux demandes qu'ils ne jugeaient pas justifiées.

M2 : « Une dispense ça nous dégage justement de toute responsabilité. »

M6 : « C'est juste qu'on essaie de faire notre boulot quoi. »

M9 : « Je fais pas un faux pour faire plaisir, c'est pas le but. »

La responsabilité du professeur d'EPS était, elle aussi, citée.

E11 : « Les profs de sport qui parfois obligent certains enfants à réaliser les cours d'EPS alors qu'il y a clairement de toute évidence quelque chose qui va pas. »

E8 : « Moi la plupart du temps je les mets en inaptitude totale, parce que les enseignants, à partir du moment où ils ne peuvent pas courir, bah c'est pas la peine, ils restent chez eux, et ils assistent pas forcément aux cours »

E4 : « Moi ce que j'aimerais mieux c'est [...] que justement, les profs de sport arrivent à moduler l'activité en fonction de l'état de l'enfant, et ne l'excluent pas systématiquement parce qu'il a un pet de travers ou un petit souci. »

3.3.5.5. La communication entre médecins généralistes et établissements scolaires/professeurs d'EPS

Plusieurs médecins disaient faire des mots pour les professeurs d'EPS, en leur demandant de respecter des consignes pour la pratique sportive de l'élève.

M1 : « Moi ça m'arrive très souvent de faire un mot au prof de sport »

Cependant, ils n'étaient pas toujours sûrs de l'application de ces consignes.

E4 : « Mais si on veut répondre à ça et que ça soit fait correctement derrière et qu'il y ait des conséquences, il faut que le professeur de sport accepte de moduler son activité en cours. »

E9 : « Un mot pour le prof de sport en disant que s'il veut faire une pause il faut faire une pause. Je suis pas sûre que ça serve à grand-chose... »

Quelques médecins disaient regretter le manque de communication avec les établissements scolaire et les professeurs d'EPS.

M7 : « Oui, qu'il y ait un plus grand dialogue avec les enseignants en sport, parce qu'on travaille quand même avec les écoles qui sont proches de chez nous. »

3.3.6. Analyse des certificats officiels

Deux certificats officiels étaient présentés aux médecins. Le premier était un certificat de l'Académie de Paris, et le deuxième le modèle de l'ordre des médecins (*Annexe 4*).

Les réactions des médecins étaient variées.

A la lecture du premier modèle, la majorité des médecins semblait désabusée, mettant en avant la difficulté de remplissage de celui-ci de par la précision qui leur semblait requise. Ils soulevaient aussi le temps important qui semblait nécessaire pour le compléter.

E6 : « Bah dis-donc c'est pas simple à remplir. »

E9 : « Mais ça, moi je suis incapable de le remplir comme il faut. »

E3 : « Et puis c'est trop long »

Ils disaient pour la plupart ne pas se sentir en capacité de le remplir correctement. Ils mentionnaient aussi qu'un recours au médecin du sport pourrait être nécessaire afin de le remplir justement.

E6 : « Ça, nous en tant que médecin généraliste, en tout cas moi qui ne suis pas médecin du sport, je ne pourrais pas remplir ça de façon précise. »

E9 : « Donc à la limite, si on me demande ça, j'envoie au médecin du sport, je saurais pas le faire assez précisément. »

E10 : « C'est trop précis. Est-ce que ça relève bien du médecin généraliste ? Est-ce que c'est pas plutôt pour le médecin du sport ou dans des conditions très particulières ? Non, moi je me vois pas remplir ça, pas de façon aussi précise. »

A l'inverse, certains médecins semblaient enthousiastes quant à la précision qu'il pouvait apporter et qui pouvait, d'après eux, aider au mieux à adapter les cours d'EPS à la pathologie de l'enfant.

E2 : « J'aime mieux le premier, puisqu'il est plus riche »

E1 : « Je préfère celui-là, il est beaucoup plus complet »

La majorité des médecins le jugeaient peu adapté à une pratique médicale quotidienne, en tout cas pour les inaptitudes temporaires de courte durée. Ils lui reconnaissaient en revanche une utilité dans les inaptitudes de longue durée.

E12 : « Pour une inaptitude partielle temporaire, de l'ordre de quelques semaines, je trouve que c'est un peu lourd à remplir. Mais sinon oui, pour une pathologie chronique avec une inaptitude prolongée sur toute l'année, dans ce cas-là je trouve que ça serait justifié de détailler un petit peu. »

E10 : « Ça doit être intéressant pour des arrêts longs [...] maintenant sur des petits arrêts, par exemple une tendinite du poignet et qu'ils ne doivent pas faire de basket, ça c'est pas adapté. Pour les pathologies particulières et des arrêts longs. »

Le deuxième modèle de certificat était plus apprécié des médecins, qui le jugeaient plus simple à remplir, et permettant plus de libertés. Ils soulignaient aussi que le temps de remplissage paraissait plus court.

E10 : « Celui-là me paraît plus adapté au médecin généraliste, à la médecine générale, pour les petits bobos de tous les jours. »

E5 : « Le deuxième il paraît plus facile à remplir. Et on l'impression que le prof va quand même pouvoir avoir suffisamment d'informations pour pouvoir intégrer l'élève en cours. »

Un médecin utilisait le même certificat dans sa pratique quotidienne, et il disait ne rencontrer aucune difficulté à le remplir.

E8 : « Oui, c'est dans ce type là le mien. [...] C'est logique pour remplir, je n'ai pas de difficultés particulières. »

La rareté de ces certificats était regrettée.

E4 : « Mais c'est des certificats que j'aimerais bien voir plus souvent de la part des établissements d'enseignement. »

Dans presque tous les cas, les médecins disaient ne pas utiliser le même genre de certificats.

E4 : « Parce que c'est vrai qu'en général on fait un certificat basique apte/inapte, et puis c'est tout quoi. »

E5 : « Mais j'ai jamais vu ce genre de certificats, et ça n'a rien à voir avec ceux que je fais... »

3.3.7. Aides qui pourraient être utiles aux médecins

Certains médecins disaient ne pas avoir besoin d'aides particulières pour leur pratique quotidienne.

E1 : « Donc aucune »

E8 : « Non non non. »

La plupart des médecins étaient demandeurs d'aides, et elles étaient diverses.

3.3.7.1. Guide pour les durées d'arrêt

Un guide pour déterminer la durée d'inaptitude selon la pathologie et le sport pratiqué était souvent cité dans les possibilités d'aides à cette prescription.

E10 : « Ça pourrait être bien, par exemple entorse bénigne de cheville, tant de jours de dispense de sport. »

E11 : « Clairement des indications sur les durées. »

E3 : « La même chose que la sécu dans les arrêts de travail, pour les lombalgies par exemple. Quand on fait un arrêt de travail en ligne pour une lombalgie on a une durée en fonction des boulots des gens, ou pour une angine ou une bronchite. »

E9 : « En gros un truc un peu théorique mais qu'on puisse adapter. »

Les médecins disaient en plus que ça leur permettrait une aide dans l'explication et la négociation avec les parents.

E10 : « C'est toujours bien pour les patients, les parents un peu compliqués de pouvoir leur opposer quelque chose. Je pense que dans les milieux un peu compliqués ça pourrait bien les aider. »

E2 : « Oui, peut être un document édité par la sécu ou par l'éducation nationale, que je pourrais présenter aux parents qui sont récalcitrants. »

3.3.7.2. Guide pour les incapacités fonctionnelles selon les pathologies

La possibilité d'un guide énonçant les incapacités fonctionnelles en fonction des pathologies était proposée par un médecin.

E11 : « C'est vrai que s'il y avait quelque chose qui pourrait être intéressant, ça serait d'avoir des limitations type en fonction des pathologies, d'avoir des descriptions de ce qui est habituellement limitant et donc déconseillé dans telle ou telle pathologie. »

3.3.7.3. Certificat type « abordable »

Certains médecins évoquaient un certificat type plus détaillé que ceux préétablis dans les logiciels, mais beaucoup moins fastidieux et plus guidé que les certificats officiels proposés.

E11 : « En fait il faudrait plutôt nous faire un listing, une vingtaine de questions en disant oui ou non[...] mais avec juste des cases à cocher, ça il peut faire, ça il peut pas faire. Mais que ça nous prenne 2 minutes, que ça ne soit pas long. 10-15 items. »

3.3.7.4. Programmes d'EPS disponibles

L'idée que les établissements scolaires voisins envoient en début d'année le programme d'EPS était aussi évoquée, afin de savoir réellement quels sports seraient effectués.

M2 : « Il faudrait qu'on ait le programme sportif de l'année, pour savoir à quoi les enfants sont aptes et inaptés... »

M7 : « Donc qu'il y ait un plus grand dialogue entre les enseignants en sport et les médecins ou l'infirmière du collège quand il y en a. »

3.3.7.5. Formations

Enfin, les médecins exprimaient le souhait d'être mieux formés dans ce domaine.

M3 : « Moi je pense qu'une fois de temps en temps, ça serait pas mal qu'on puisse avoir une formation par quelqu'un de compétent qui pourrait nous expliquer un petit peu comment établir des bons certificats. »

E7 : « Je pense que ça peut être intéressant d'apprendre un peu mieux à remplir un certificat, par un médecin du sport qui enseigne sans rentrer dans les détails, mais avec les possibilités de ce qu'il faut faire et ne pas faire. »

4. DISCUSSION

4.1. Forces et faiblesses de l'étude

4.1.1. Les forces de l'étude

4.1.1.1. Le choix de la méthode qualitative

Le but de cette étude était d'étudier et de comprendre les habitudes des médecins généralistes dans leurs pratiques en termes de prescription d'inaptitudes sportives. Le choix de la méthode qualitative a donné aux participants la possibilité de s'exprimer librement et sans limites, ce qui n'aurait pas été le cas avec une méthode quantitative. De plus, le focus group a permis, par l'interactivité et la dynamique de groupe qu'elle entraîne, l'émergence de nouveaux points de vue et de nouvelles idées.

4.1.1.2. Les critères de scientificité

Afin de renforcer la validité de cette étude, nous avons observé le respect des critères de scientificité réalisables dans la méthode qualitative.

- La triangulation des chercheurs : nous avons cherché à limiter le plus possible notre subjectivité par un codage et une analyse des données effectuées par deux chercheurs indépendamment.
- La triangulation des méthodes : les données ont été recueillies par deux méthodes différentes (entretiens individuels et focus group). Le focus group a permis de faire émerger de nouvelles idées, qui ont pu être approfondies dans les entretiens suivants.
- La rétroaction : nous avons donné aux participants un droit de regard et de rectification des données en leur envoyant la retranscription de leurs entretiens.

- La saturation des données : le nombre d'entretiens a été guidé par la saturation des données, permettant ainsi la validité interne de l'étude. Celle-ci représente la situation où chaque nouvel entretien n'apporte plus de nouvelles idées par rapport aux précédents. Trois entretiens supplémentaires nous ont permis de confirmer la saturation.

4.1.1.3. Pertinence

Le taux de sédentarité et d'inactivité physique est en hausse depuis plusieurs années, tant dans la population adulte que chez les moins de 18 ans. L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a sorti en 2008 un Baromètre Santé Nutrition, dans lequel une étude évaluait le temps consacré à l'activité physique et aux comportements sédentaires quotidiens. L'AP était évaluée dans trois situations : les activités au travail (activités occupationnelles), les déplacements et les activités de loisirs. Le temps moyen d'AP totale quotidienne était de 2 heures 19 minutes \pm 9 minutes, dont 1h41 d'activités liées au travail, 20 minutes de déplacements et 18 minutes d'activités de loisirs. Ce temps était plus élevé chez les hommes que les femmes, et on constatait une diminution de la part liée aux loisirs avec l'âge. Le temps quotidien consacré aux comportements sédentaires était lui de 4 heures 38 minutes \pm 8 minutes. Une autre information était que, parmi les 15-75 ans, seuls 42,5% atteignent un niveau d'AP favorable à la santé (6).

L'étude INCA 2 s'est intéressée entre autres à l'AP et la sédentarité dans la tranche d'âge des 3-17 ans. Elle révèle que moins de la moitié (43,2%) des 15-17 ans atteint un niveau d'AP entraînant des bénéfices pour la santé, avec une prédominance masculine. Un gradient Nord-Sud existe, les chiffres étant plus faibles dans le Nord. Cette étude révèle aussi que la durée quotidienne passée devant un écran, dans cette

population, est de 168,3 minutes, soit 2 heures 48 minutes par jour (7). Ce chiffre est cohérent avec celui retrouvé par l'ONAPS, à savoir 3 heures par jour (4).

Nous sommes donc actuellement dans une dynamique de promotion de l'AP et de lutte contre la sédentarité. Un rapport de février 2016 de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES) recommande de soutenir les actions de formation et d'information des professionnels de santé à propos des effets sanitaires de l'AP et de la sédentarité (3).

Plusieurs campagnes de prévention de l'AP ont été mises en place. Le Programme National Nutrition et Santé (PNNS), créé en 2001 et renforcé par la création du site « mangerbouger.fr » en 2004, comporte un axe portant sur l'augmentation de l'AP et la diminution de la sédentarité (23). Au Québec, le programme Kino-Québec existe depuis les années 1970. Entre 2005 et 2008, il s'est concentré sur le milieu scolaire par plusieurs moyens, en se basant sur l'hypothèse qu'exposer les jeunes à la pratique d'une AP régulière, à un âge où ils aiment bouger, leur donne le goût d'être actifs (24).

Notre étude semble donc pertinente dans ce contexte.

De plus, sauf erreur de notre part, il n'existe pas d'autres études, qualitatives ni quantitatives, s'intéressant à ce sujet.

4.1.2. Les faiblesses de cette étude

Plusieurs biais ont été relevés dans cette étude.

Il existait un biais de sélection puisque les médecins interrogés étaient pour la plupart connus de l'investigateur, ce qui a pu limiter la variété de l'échantillon.

Un biais de mesure existait, en rapport avec le caractère déclaratif des données récoltées par les entretiens.

Un biais d'interprétation était présent, les données recueillies ayant été analysées par l'investigateur avec sa propre subjectivité. Ce biais a cependant été limité par la triangulation des chercheurs.

Enfin, il existait un biais de recueil dû à l'inexpérience de l'investigateur en recherche qualitative. Ce biais a cependant été réduit par la répétition des entretiens et la connaissance du sujet par l'investigateur.

4.2. Discussion des résultats

4.2.1. Le rôle de prévention du médecin traitant

La médecine générale se définit comme une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. Elle est basée sur une approche centrée sur le patient. Elle est le plus souvent le premier contact avec le système de soins, et permet un suivi rapproché des patients. Dans la durée, elle permet la construction d'une relation médecin-malade privilégiée, et d'une confiance toute particulière du patient envers son médecin. Celle-ci a été renforcée par la loi de réforme de l'Assurance Maladie de 2004, instaurant le médecin traitant et le parcours de soins. Les patients choisissent leur médecin traitant et lui font confiance pour coordonner ses soins (25).

Les rôles du médecin généraliste sont multiples. La promotion et l'éducation pour la santé en font partie intégrante (26). Dans le contexte actuel, le médecin généraliste a donc une place privilégiée dans la promotion de l'AP et la lutte contre la sédentarité.

D'après Perrin, les cours d'EPS ont toujours eu une vocation de santé, mais depuis les années 1990, un nouvel objectif est apparu : celui « d'offrir à chacun les connaissances concernant l'entretien de ses potentialités et l'organisation de sa vie physique aux différents âges ». Les horaires hebdomadaires de cours ne permettent pas une amélioration significative des performances des élèves, le but est surtout d'amener l'élève à construire des connaissances qui lui permettront de s'entraîner par lui-même. Ainsi, l'EPS offre aux enfants des clés pour leur future vie physique en tant qu'adulte (27). De plus, par son caractère obligatoire, elle assure un minimum d'AP aux élèves ne pratiquant pas d'activités sportives extra-scolaires.

Les cours d'EPS s'inscrivent donc dans la démarche de lutte contre la sédentarité et de promotion de l'AP.

On peut donc se dire qu'une bonne prescription d'inaptitudes sportives, évitant de priver l'enfant de sport si ce n'est pas justifié, s'inscrit totalement dans le rôle de prévention du médecin généraliste.

4.2.2. Un manque de connaissances des médecins généralistes

Dans cette étude, les médecins disaient spontanément manquer de connaissances à propos des inaptitudes sportives, et de manière plus générale sur la médecine du sport. Nous avons également pu mettre en évidence un manque de connaissance sur l'EPS en général, du contenu des cours aux moyens d'adaptation en cas d'inaptitude partielle. Cette notion est retrouvée dans un autre travail qualitatif en 2011, où les

médecins interrogés n'étaient que peu au courant à propos de ces sujets (28). Cette insuffisance de connaissances est bien entendue compréhensible, puisque l'EPS ne relève pas du champ de compétence du médecin généraliste. Cependant, sans la notion des contenus des séances d'EPS, des possibilités d'adaptation et donc des rôles qu'elle a sur la santé et le développement de l'enfant, celle-ci peut paraître peu importante, avec pour conséquence une implication limitée dans la bonne prescription d'inaptitudes sportives.

4.2.3. Le constat d'un nombre élevé d'inaptitudes

Dans notre étude, les médecins disaient être souvent confrontés à cette demande de prescription d'inaptitude sportive. Ces résultats sont en adéquation avec le rapport annuel de l'Education Nationale de 2016 sur l'évaluation au baccalauréat en EPS (29). Celui-ci retrouve, pour l'Académie de Lille, des taux allant de 4,82% à 8,51% d'inaptes totaux lors des épreuves des baccalauréats généraux, technologiques, professionnels et de CAP et BEP. Ces taux sont en légère augmentation depuis quelques années. Le taux de contrôle adapté, correspondant au taux d'élèves bénéficiant d'une adaptation lors de l'évaluation, est lui très faible, compris entre 0,20% à 1,61%, ce qui rend bien compte de la faible information des médecins et des parents sur cette possibilité.

4.2.4. Des demandes abusives et des certificats de complaisance

Nous avons pu mettre en évidence un constat par les médecins d'un nombre relativement important de demandes d'inaptitudes sportives jugées abusives. En 1993, une étude montrait que quatre médecins généralistes sur cinq estimaient qu'il existait beaucoup de certificats de complaisance, et 92,3% avaient déjà été sollicités pour en rédiger (30). En 1998, Galparoli et Laure étudiaient le nombre d'inaptitudes

totales de plus de 3 mois parmi des élèves de Moselle. Parmi les 83 élèves concernés, 24 avaient une inaptitude qui ne semblait pas médicalement justifiée (31). Les auteurs soulignaient également que les ces élèves avouaient ne pas aimer le sport à l'école, phrase entendue à plusieurs reprises lors de l'évocation des circonstances de demandes jugées abusives. En 2009, Bolot étudiait les motifs de demandes de dispenses sportives, et identifiait les demandes socio-culturelles comme non médicalement justifiées (32). Ces demandes concernaient les situations de conflit avec des camarades classe ou avec le professeur d'EPS, ainsi que les cas où les matières principales étaient privilégiées et où l'EPS était considérée comme une matière accessoire pouvant faire baisser la moyenne générale.

4.2.5. Les pathologies entraînant une prescription d'inaptitude

Dans cette étude, les médecins citaient les exemples de pathologies les plus fréquemment rencontrées. Parmi celles-ci, on retrouvait en grande majorité les pathologies ostéo-articulaires, et notamment les traumatismes aigus. Les maladies de croissance (scoliose, maladie d'Osgood-Schlatter, maladie de Sever, etc.) étaient aussi souvent rapportées. Les médecins évoquaient aussi des pathologies chroniques, notamment pulmonaires, endocriniennes et cardiaques. Dans l'étude de Galparoli et Laure, les motifs de prescription des inaptitudes sportives étaient semblables à ceux décrits par les médecins de notre étude, avec en grande majorité des pathologies ostéo-articulaires, puis quelques pathologies pulmonaires, des handicaps moteurs, des cardiopathies, des cancers et des pathologies endocriniennes (31).

On note une disparité dans l'aisance de la gestion de l'inaptitude sportive selon ces pathologies. Dans les maladies chroniques les plus courantes, telles que le diabète ou

l'asthme, les médecins semblent bien au courant des effets positifs de l'AP, et la pratique de l'EPS est souvent permise, de façon adaptée (33–36). Cependant, dans les maladies de croissance, les durées d'arrêt sportif sont mal connues des médecins, et il n'existe pas de consensus (37–41). Il pourrait être utile aux médecins d'avoir un guide plus uniforme pour ces pathologies.

4.2.6. Le problème de l'obésité

Le rôle de l'AP dans la prise en charge globale de l'obésité est largement démontré depuis de nombreuses années (11,42,43). Certaines conséquences de celle-ci entraînent cependant une nécessité d'adaptation et modulation de celle-ci. Parmi ces conséquences, on retrouve majoritairement les problèmes articulaires des membres inférieurs, la diminution de la capacité respiratoire et les maladies cardio-vasculaires. Une autre conséquence évidente de l'obésité est la diminution de l'estime de soi pouvant entraîner un mal-être et un conflit intérieur de l'enfant.

Dans notre étude, plusieurs médecins disaient qu'il était difficile de faire la part des choses entre la nécessité physique du sport et les conséquences psychologiques que cette pratique pouvait entraîner pour l'enfant. Ces difficultés survenaient notamment lors du déshabillage, mais aussi lors de la pratique sportive avec un risque de dévalorisation par rapport aux autres enfants.

Il est évident que les cours d'EPS seuls ne suffiront jamais à soigner l'obésité, et qu'une pratique sportive extra-scolaire ainsi qu'un régime alimentaire sont indispensables. Cependant, elle peut entraîner un sentiment de responsabilisation chez l'enfant, et par la diversité des sports qu'elle propose, éveiller chez l'enfant obèse un goût particulier pour un sport.

On peut donc dire que la pratique de l'EPS chez les enfants obèses reste indiquée, mais qu'elle est cependant à adapter à ses capacités. Elle ne doit pas non plus pas engendrer de mal-être pour l'enfant.

L'Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie a publié, dans le cadre du PNNS, des bases pour une prescription d'AP adaptée chez les enfants obèses (44). Concernant l'EPS, celles-ci préconisent la réalisation d'un certificat d'inaptitude partielle, pour adapter les séances aux contraintes articulaires et cardio-vasculaires, ainsi qu'à la motivation de l'enfant obèse. Le but de celle-ci est de faire naître du plaisir pour l'enfant dans ces cours d'EPS, et non d'être la source d'un mal-être.

4.2.7. Les pistes d'amélioration

4.2.7.1. Formation des médecins généralistes

Notre étude met en lumière un manque de connaissance des médecins généralistes dans le domaine de la médecine du sport. Les médecins n'étaient pas tous à l'aise pour les durées d'inaptitudes théoriques ni pour les indications et contre-indications des sports en fonction des pathologies.

La formation de médecine générale est dense, elle est surtout pratique par la répétition de stages, permettant l'acquisition de connaissances, d'expérience et de confiance. La formation théorique est présente aussi, elle est large et concerne beaucoup de domaines (45). La médecine du sport en fait partie, mais force est de constater qu'elle ne semble pas suffisante pour permettre aux médecins d'être à l'aise

Une formation supplémentaire pendant l'internat de médecine générale ne semble pas adaptée, étant donné que tous les internes de médecine générale n'aspirent pas à une

pratique libérale. Cependant, ce pourrait être l'objet de formations médicales continues.

4.2.7.2. Les inaptitudes partielles comme moyen de lutte contre la sédentarité

Notre étude montre une disparité dans les connaissances des médecins généralistes à propos des inaptitudes partielles. Rares étaient ceux qui connaissaient la définition exacte de celles-ci. Rappelons qu'une inaptitude partielle ne se prescrit pas en termes de sports contre-indiqués, mais bien en termes d'incapacités fonctionnelles. Ces incapacités concernent les mouvements et efforts mais aussi les conditions d'exercice et d'environnement (17). Par exemple, un enfant gaucher présentant une entorse du poignet droit ne peut pas utiliser son membre supérieur droit, mais il peut malgré tout se servir de ses membres inférieurs. Il n'y aurait donc pas de raison pour qu'il ne puisse pas participer aux séances de courses, ou même à des cours de badminton, sous réserve d'autoriser un arrêt si une douleur survenait. Aussi, ces inaptitudes partielles sont possibles chez des enfants présentant des pathologies chroniques. Un enfant asthmatique qui ne relèverait pas d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), pourrait bénéficier d'une inaptitude partielle, l'autorisant à s'arrêter en cas de gêne respiratoire ou à adapter l'effort lors de temps froid et sec.

Ces inaptitudes partielles semblent être une bonne alternative pour permettre aux enfants de continuer à pratiquer le sport malgré une pathologie. Ainsi, elles représentent un moyen de promotion de l'AP et de lutte contre la sédentarité, par la possibilité qu'elles laissent à l'enfant de poursuivre le sport. Un message éducatif peut aussi s'en dégager.

Malheureusement, elles ne semblent que peu connues, et il pourrait être judicieux d'en faire la promotion, autant à la population médicale qu'au grand public.

4.2.7.3. L'adaptation des cours d'EPS

Les médecins semblaient sceptiques ou alors n'étaient pas au courant des possibilités d'adaptation des cours par le professeur d'EPS pour des élèves présentant une inaptitude partielle. Ils étaient plusieurs à imaginer pour eux un rôle d'arbitre pour ces élèves, ou d'aide au professeur.

Les possibilités d'adaptation sont bien réelles, et sont très variées selon les pathologies présentées par les élèves et les sports. Devoize et Verger en décrivent quelques-unes en 1997 et 200. Le rôle d'arbitre est en effet possible, notamment dans le cadre de traumatismes. Pour la natation, il est possible d'aider l'élève avec une planche en cas de pathologies des membres, ou de lui proposer une nage alternative. On peut imaginer aussi qu'un élève présentant une scoliose en cours d'acroport puisse participer en évitant toute contrainte rachidienne, et qu'il ne soit donc que voltigeur. Les possibilités sont multiples, et dépendent bien évidemment du professeur, de ses connaissances et de sa volonté d'intégrer l'élève inapte dans le cours (46,47). Une information sur les différents moyens d'adaptation pourrait peut-être s'avérer bénéfique pour promouvoir la prescription d'inaptitudes partielles. Cette information pourrait se faire directement auprès des médecins, mais aussi auprès des parents et des élèves par le biais du carnet de liaison par exemple.

4.2.7.4. Système de notation en EPS

Le système de notation en EPS s'appuie sur le socle commun. Le socle commun est une base de connaissances communes à toutes les matières enseignées, adaptée ensuite à chaque matière. La notation des élèves ne dépend donc pas uniquement de leurs résultats sportifs, mais aussi de leurs capacités d'intégration de réflexes, d'éléments de réflexion sur une situation, de préparation, d'attitude générale et de

relation aux autres. Cependant, la plus grande partie de la note repose tout de même sur les résultats sportifs (chronomètre en endurance ou en natation, exécution de figures dans les sports artistiques...) (48).

Ce système de notation peut être délétère pour certains élèves, notamment des enfants en surpoids pouvant avoir des capacités physiques réduites par rapport aux autres. Ce point a été soulevé par plusieurs médecins, disant avoir eu des demandes d'inaptitudes pour des élèves en surpoids, de peur d'être pénalisé sur leur note.

On pourrait imaginer, que par le biais d'une inaptitude partielle pour ces enfants, le barème d'évaluation puisse être adapté.

D'autre part, des médecins nous rapportaient des situations où des élèves avaient été dispensés pour les deux premières épreuves du baccalauréat, et demandaient une dispense pour la troisième épreuve pour ne pas être pénalisé dans leur moyenne.

Dans ce cadre du baccalauréat, il semblerait utile de pouvoir exclure de la moyenne les épreuves d'EPS pour lesquelles l'élève était inapte totalement, et d'adapter les notes d'un élève présentant une inaptitude partielle.

4.2.7.5. Communication entre médecins généralistes et professeurs d'EPS

Plusieurs médecins ont souligné le manque de communication entre eux et les établissements scolaires, chose qu'ils disaient regretter. Ce sentiment est aussi ressenti par Auffret en 2000, qui regrette le manque de confiance de certains professeurs d'EPS et leur méfiance face aux inaptitudes prescrites (49). Lorsque nous avons sollicité les professeurs d'EPS avant de commencer ce travail, la réciproque était vraie. Dans le cadre des prescriptions d'inaptitudes, ce manque de communication semble engendrer et entretenir une sorte de rivalité entre les médecins

généralistes et les professeurs d'EPS, par une lutte de compétence concernant le corps de l'élève (19).

Améliorer cette communication pourrait avoir comme conséquences de donner plus de chances aux élèves de poursuivre une activité sportive malgré une incapacité fonctionnelle. D'après Auffret, une confiance mutuelle entre professeur d'EPS et médecins généralistes permettrait d'établir plus d'inaptitudes partielles, sans priver les enfants des bénéfices de l'EPS (49).

Plusieurs choses semblent possibles pour cela. Donner plus de précisions sur l'état de santé de l'élève et ses capacités et incapacités fonctionnelles permettrait au professeur d'EPS d'adapter au mieux son cours et de lui proposer des activités personnalisées. En cas de litiges, de mauvaise compréhension ou de demandes de précision concernant une inaptitude, le professeur d'EPS pourrait se renseigner auprès du médecin traitant pour obtenir des précisions. Quelques médecins évoquaient la possibilité d'avoir les programmes d'EPS des établissements scolaires voisins au début de l'année scolaire, afin de pouvoir adapter au mieux leurs prescriptions. En 1991, Raut évoquait déjà cette idée pour assurer un travail complémentaire au service de l'élève (19). Peut-être serait-il intéressant alors d'étudier plus sérieusement cette piste.

4.2.7.6. Etablissement de guides pour les durées d'inaptitude

Les médecins évoquaient presque tous leurs difficultés à établir une durée d'inaptitude. Quelques-uns proposaient comme aide un guide sur les durées selon les pathologies, sur le même principe que le guide de la Sécurité Sociale pour les arrêts de travail.

Il n'existe pas de guide pour les durées d'inaptitudes, seules les connaissances des durées de cicatrisation et les indications des spécialistes aident les médecins.

L'établissement d'un guide retraçant les durées d'inaptitudes selon les pathologies pourrait être une aide vraiment bénéfique pour les médecins.

4.2.7.7. Proposition d'un certificat type

Lorsque les certificats type ont été montrés aux médecins, la plupart ont exprimé leur incapacité à les remplir, notamment le premier modèle (*Annexe 5*).

L'idée générale retrouvée est que le premier modèle est trop complet, trop difficile et trop long à remplir, et que le deuxième modèle laisse trop de champ libre et n'est pas assez guidé.

Nous avons tenté d'établir un certificat type, en nous basant sur les souhaits et les difficultés des médecins. Celui-ci comporte les mentions « inaptitude totale » et « inaptitude partielle » à cocher par le médecin. En cas d'inaptitude partielle, plusieurs actions sont proposées avec la mention « oui » « non » et « oui avec adaptation ». Pour cette dernière mention, il est laissé de la place pour préciser cette adaptation. Des conditions particulières d'exercice sont aussi proposées tels que les conditions climatiques, l'hydratation et l'arrêt du sport si besoin.

5. CONCLUSION

L'inactivité physique est en hausse, plaçant la promotion de l'AP et la lutte contre la sédentarité au cœur des priorités nationales. Les cours d'EPS font partie intégrante de celles-ci.

Notre travail nous a permis de mettre en évidence une grande disparité dans les pratiques et le ressenti des médecins généralistes concernant la prescription d'inaptitudes sportives.

Les difficultés principales des médecins généralistes découlaient d'un manque de connaissances globales sur ce sujet. La plus grande difficulté concernait surtout l'estimation des durées d'inaptitudes.

Les médecins étaient confrontés à des demandes qu'ils jugeaient abusives, à des fréquences variées. Les motifs principaux de ces demandes concernaient la natation, la course à pieds, ainsi que les problèmes de poids. Ces demandes étaient plus fréquentes chez les filles.

Les inaptitudes partielles étaient peu connues des médecins, ainsi que les moyens d'adaptation des cours d'EPS. Ils étaient très peu à l'utiliser dans leur pratique quotidienne. Celles-ci représentent pourtant un moyen dans la lutte contre la sédentarité et la promotion de l'AP, en permettant à l'enfant de participer aux cours d'EPS malgré une pathologie.

Les médecins étaient en demande d'aides. Etaient cités comme aides possibles un certificat type abordable, un guide sur les durées d'inaptitudes, ainsi qu'une meilleure communication avec les établissements scolaires et les professeurs d'EPS, notamment par le biais de l'accès aux programmes d'EPS.

Cette étude porte uniquement sur le point de vue du médecin généraliste. Il pourrait être intéressant de s'intéresser à celui des patients et des professeurs d'EPS.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. INSERM. Activité physique - Contextes et effets sur la santé. 2008;
2. Organisation mondiale de la santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. OMS; 2010.
3. Anses. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. févr 2016;
4. ONAPS. État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France. 2017;
5. Ipsos. La sédentarité, véritable défi de société ! Ipsos. 2014;
6. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Perrin-Escalon H, Bossard C, Beck F, Bachelot-Narquin R. Baromètre santé nutrition 2008. Saint-Denis: Éditions Inpes; 2009.
7. Afssa. Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2) 2006-2007. 2009;
8. Grélot L. Activités physiques et sportives de l'enfant et de l'adolescent : des croyances aux recommandations sanitaires. J Pédiatrie Puériculture. avr 2016;29(2):57-68.
9. Julia C, Hercberg S. Épidémiologie de l'obésité en France. Rev Rhum Monogr. févr 2016;83(1):2-5.
10. Santé Publique France. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence. :43.
11. Duclos M, Duché P, Guezennec C-Y, Richard R, Rivière D, Vidalin H. Position de consensus : activité physique et obésité chez l'enfant et chez l'adulte. Sci Sports. sept 2010;25(4):207-25.

12. Simon C, Klein C, Wagner A. La sédentarité des enfants et des adolescents, un enjeu de santé publique. *J Pédiatrie Puériculture*. août 2005;18(5):217-23.
13. Bulletin officiel spécial n° 4 du 29 avril 2010 [Internet]. [cité 14 mars 2018]. Disponible sur: http://media.education.gouv.fr/file/special_4/73/3/education_physique_sportive_143733.pdf
14. Bulletin officiel spécial n° 11 du 26 novembre 2015 [Internet]. [cité 14 mars 2018]. Disponible sur: http://cache.media.education.gouv.fr/file/MEN_SPE_11/35/1/BO_SPE_11_26-11-2015_504351.pdf
15. Oppert J-M, Simon C, Rivière D, Guezennec C-Y. *Activité physique et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques*. oct 2006;
16. Deschamps V, Salanave B, Vernay M, Guignon N, Castetbon K. Facteurs socio-économiques associés aux habitudes alimentaires, à l'activité physique et à la sédentarité des adolescents en classe de troisième en France (2003-2004) – Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire. *Bull Épidémiologique Hebd*. avr 2010;13:113-20.
17. Circulaire n°90-107 du 17 mai 1990.
18. Roure-Mariotti M-C, Federico-Roure V. *Certificat pour Inaptitude aux Activités D'éducation Physique (Enfant)*. In: 80 certificats et formulaires administratifs médicaux. Elsevier; 2007. p. 152-4.
19. Raut Y-M. Le phénomène dispensatoire en EPS. *Rev EPS*. 1991;231:22-4.
20. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. *Introduction à la recherche qualitative*. Exercer. 2008;19:142-5.
21. Fielding NG. The norm and the text: Denzin and Lincoln's handbooks of

qualitative method. Br J Sociol. 1 sept 1999;50(3):525-34.

22. Dedianne M-C, Letrilliart L, Moreau A, Le Goaziou M-F, Labarère J, Terra J-L. S'approprier la méthode du focus group. Rev Prat. mars 2004;18(645):382-4.

23. Ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé. Programme National Nutrition Santé 2011-2015. juill 2011;

24. Péronnet F. Kino-Québec: le programme québécois de lutte contre la sédentarité. Sci Sports. avr 2009;24(2):79-83.

25. Fondation APRIL. Le patient et son généraliste « médecin traitant ». sept 2010;

26. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition Européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA-Eur. 2002;

27. Perrin C. La santé en EPS : de l'évidence à l'éducation. Spirale Rev Rech En Éducation. 2000;25(1):83-8.

28. Thomas J. Les inaptitudes médicales partielles ou totales aux activités physiques et/ou sportives en milieu scolaire: `` Inaptes OUI... Inactifs NON ' ': quelles politiques et stratégies pour une pratique adaptée de l'EPS? 2011;100.

29. Ministère de l'Education Nationale. L'évaluation aux baccalauréats, CAP et BEP de l'enseignement général, technologique et professionnel en Education Physique et Sportive - Rapport annuel session 2016. 2016;

30. Van Hoye M, Cloes M. La problématique des dispensés au cours d'éducation physique : analyse des représentation des enseignants en Belgique francophone. 2013;

31. Galparoli M, Laure P. L'inaptitude à la pratique de l'éducation physique et sportive. Étude dans une cité scolaire de 2300 élèves. Sci Sports. mars 1999;14(2):101-3.

32. Bolot F. Le phénomène « dispensateur » en EPS. Rev EPS. oct 2009;338:42-5.

33. Karila C, Luc C, Dubus J-C. L'enfant asthmatique en milieu scolaire: difficultés rencontrées, solutions envisagées.... Arch Pédiatrie. 2004;11:S120–S123.
34. Léonard JC. L'enfant asthmatique peut-il faire du sport? Arch Pédiatrie. 1999;6(4):465–468.
35. Büsser C, Meyer P, Philippe J, Jornayvaz FR. Sport et diabète de type 1. Rev Médicale Suisse. juin 2013;1200-5.
36. Reinberg O. L'enfant et le sport. Rev Médicale Suisse Romande. 2003;123:371-6.
37. Smith JM, Bhimji SS. Osgood Schlatter Disease. StatPearls. 2017;
38. Job-Deslandre C. Douleurs mécaniques non traumatiques du genou de l'enfant et l'adolescent. Rev Rhum Monogr. avr 2016;83(2):108-12.
39. Léonard JC, Albecq JF, Leclet H, Morin C. Complications de la maladie d'Osgood-Schlatter: les pièges d'une maladie réputée banale. Sci Sports. 1995;10(2):95–101.
40. Bacquaert P. Maladie de Scheuermann, douleur du dos de l'adolescent. IRBMS. juill 2017;
41. Fayada P, Morin C, Plais PY, Léonard JC. Scoliose, cyphose et sport. Sci Sports. 1 janv 1999;14(1):28-32.
42. Farpour-Lambert NJ. Obésité de l'enfant: rôle de l'activité physique. Rev Médicale Suisse. 2004;0.23611.
43. Steinbeck KS. The importance of physical activity in the prevention of overweight and obesity in childhood: a review and an opinion. Obes Rev. mai 2001;2(2):117-30.
44. Thibault H, Duché P, Meyer M, Pérès G. Activité physique et obésité de l'enfant - Bases pour une prescription adaptée. PNNS. 2008;

45. Médecine Générale. Disponible sur: <http://medecine.univ-lille.fr/dmg/>
46. Verger PM, Gourson-Verger N. L'absentéisme en EPS. Rev EPS. 2000;282:37-41.
47. Devoize A. De l'inaptitude totale à l'aptitude partielle. Rev EPS. 1997;264:72-4.
48. Delaporte F, Boschet D. Une évaluation en EPS appuyée sur le socle commun pour favoriser la réussite de tous les élèves. Cah EPS. 2007;35:32.
49. Auffret J-C. Mise au point sur la dispense sportive. Rev Hyper-EPS. 2000;208:26.

7. ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux professeurs d'EPS

1/ Avez-vous rencontré dans votre pratique quotidienne des situations où une dispense de sport vous semblait abusive ?

OUI
NON

2/ Dans quelle(s) situation(s) ?

- Traumatologie (entorse, fracture, pathologies musculaires)
- Respiratoire (asthme, allergie, mucoviscidose)
- Cardiopathies
- Infections
- Maladies de croissance
- Obésité
- Diabète
- Digestif (post-intervention chirurgicale, maladies inflammatoires du tube digestif, intolérance au gluten...)
- Dermatologie (eczéma, gale, poux, psoriasis...)
- Handicap (cécité, surdité, handicap moteur, encéphalopathies...)
- Psychiatrie (dépression, psychose, hyperactivité...)
- Autres :

3/ Il existe des dispenses partielles d'activité physiques

- a. En avez-vous ?
- b. Pouvez-vous les appliquer ?
- c. Pensez-vous que vous devriez en avoir plus ?

4/ Dans ces cas de dispenses abusives, faites-vous appel au médecin scolaire ? Et si oui est ce que cela change quelque chose ?

Annexe 2 : Grille d'entretien

THEMES	QUESTIONS	QUESTIONS DE RELANCE
INTRODUCTION	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est votre position par rapport au sport en milieu scolaire ? - Si on vous parle de certificat d'inaptitude sportive, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Vous sentez-vous à l'aise avec cette prescription ? - Qui le demande ?
CIRCONSTANCES DE PRESCRIPTION	<ul style="list-style-type: none"> - Dans quelles circonstances prescrivez-vous des inaptitudes sportives ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Quels domaines de pathologies ? (physiques et psychologiques)
INAPTITUDES PARTIELLES	<ul style="list-style-type: none"> - Que représente pour vous une inaptitude partielle ? - Dans quelles situations prescrivez-vous des inaptitudes partielles ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment pensez-vous qu'un professeur d'EPS peut impliquer un élève qui présente une inaptitude partielle ?
SITUATIONS ABUSIVES	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles situations abusives de demande ou de prescription d'inaptitude rencontrez-vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> - A quelle fréquence estimez-vous y être confronté ? (très souvent, souvent, rarement, exceptionnellement) - Diriez-vous que vous ressentez une pression des parents ? - Pouvez-vous me décrire votre négociation dans ces situations ?
SUITE DE PRESCRIPTION	<ul style="list-style-type: none"> - Quel suivi instaurez-vous après la délivrance d'une inaptitude ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposez-vous une activité physique de remplacement ?
CONNAISSANCES	<ul style="list-style-type: none"> - Voici 2 modèles de prescription d'inaptitude sportive, qu'en pensez-vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment définissez-vous les durées d'inaptitude ? - Quelles sont vos sources d'information ?
AIDES ENVISAGEABLES	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles aides pourraient vous faciliter la tâche ? 	

Annexe 3 : Tableau résumant les caractéristiques démographiques des participants

Identifiant	Sexe	Age	Durée d'installation	Lieu d'exercice
Entretiens individuels				
Entretien n°1	Masculin	64 ans	36 ans	Urbain
Entretien n°2	Féminin	52 ans	24 ans	Rural
Entretien n°3	Masculin	55 ans	25 ans	Semi-rural
Entretien n°4	Féminin	50 ans	20 ans	Semi-rural
Entretien n°5	Masculin	37 ans	5 ans	Urbain
Entretien n°6	Féminin	52 ans	20 ans	Urbain
Entretien n°7	Masculin	66 ans	37 ans	Urbain
Entretien n°8	Féminin	48 ans	22 ans	Urbain
Entretien n°9	Masculin	60 ans	30 ans	Rural
Entretien n°10	Féminin	44 ans	18 mois	Semi-rural
Entretien n°11	Masculin	33 ans	10 mois	Semi-rural
Entretien n°12	Masculin	40 ans	8 ans	Semi-rural
Focus group				
Médecin n°1	Masculin	58 ans	27 ans	Rural
Médecin n°2	Masculin	54 ans	19 ans	Urbain
Médecin n°3	Masculin	37 ans	4 ans	Semi-rural
Médecin n°4	Masculin	51 ans	19 ans	Semi-rural
Médecin n°5	Féminin	38 ans	6 ans	Semi-rural
Médecin n°6	Masculin	52 ans	20 ans	Semi-rural
Médecin n°7	Féminin	41 ans	8 ans	Semi-rural

Annexe 4 : Modèles de certificat

Modèle n°1 de l'Académie de Paris

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Le professeur d'Education Physique et Sportive doit adapter son enseignement et l'évaluation qui en découle, de façon à ce que tout élève puisse participer au cours d'EPS, en fonction de ses possibilités et de ses capacités.

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

Lieu d'exercice.....

Certifie, en application du décret n°88-977 du 11 octobre 1988, avoir examiné l'élève :

Nom et Prénom

Né (e) le En classe de :

Et constaté à ce jour que son état de santé entraîne :

Une INAPTITUDE PARTIELLE du au inclus

Une INAPTITUDE TOTALE du au inclus

Dans le cas d'une inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée à :

DES TYPES DE MOUVEMENTS (amplitude, vitesse, charge, posture)

.....

DES TYPES D'EFFORTS (musculaires, cardio-vasculaires, respiratoires)

.....

LA CAPACITE DE L'EFFORT (intensité, durée)

.....

DES SITUATIONS D'EXERCICE ET D'ENVIRONNEMENT (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques)

.....

AUTRES

.....

Date, signature et cachet du médecin

Circuit de communication interne à l'établissement

Visa du professeur d'EPS	Visa de l'infirmière	Visa du conseiller principal d'éducation
Date :	Date :	Date :

Aide à l'adaptation des situations en EPS - TSVP....



CERTIFICAT MEDICAL
PERMETTANT une ADAPTATION des CONTENUS aux POSSIBILITES de L'ELEVE
En EDUCATION PHYSIQUE et SPORTIVE
 Année scolaire 20... - 20...
 Académie de Paris

Rappel : « L'éducation physique et sportive est une discipline d'enseignement à part entière. Elle participe à l'acquisition d'apprentissages fondamentaux et contribue à la formation globale de l'individu. Elle est obligatoire et sanctionnée à l'ensemble des examens.... Les nouvelles dispositions réglementaires retiennent le principe de l'aptitude à priori de tous les élèves à suivre l'enseignement de cette discipline. Il convient donc, désormais, de substituer la notion d'inaptitude à celle de dispense. »
 (Réf : Circulaire du 17 mai 1990)

INAPTITUDE FONCTIONNELLE PARTIELLE
à l'enseignement de l'EPS

« En cas d'inaptitude partielle, afin de permettre une adaptation de l'enseignement de l'éducation physique et sportiveil importe, que ces données soient exprimées de façon explicite afin qu'un enseignement réel, mais adapté aux possibilités de l'élève, puisse être mis en place. » (Réf : Circulaire du 17 mai 1990)

Cocher les cases

FONCTIONS	POSSIBLE	POUR UN EFFORT D'INTENSITE		POUR UN EFFORT DE DUREE	
		Forte	Modérée	Prolongée	Limitée
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lever-Porter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N.B : L'effort doit toujours respecter la non-douleur et peut aller au seuil de tolérance identifié par l'élève.

PRECISIONS
Permettant au professeur d'adapter les situations d'apprentissages

Date :
 Signature et cachet du médecin :

2/2

**CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE
L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE (1)**

Je soussigné, Docteur _____

Lieu d'exercice _____

Certifie avoir, en application du décret n° 88-977 du 11 octobre 1988, examiné l'élève
(nom, prénom) _____

Né (e) le _____

Et constaté, ce jour, que son état de santé entraîne :

- une inaptitude partielle, totale (2),
du _____ au _____ (3)

En cas d'inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux
possibilités de l'élève, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude
est liée :

- à des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture)
- à la capacité à l'effort (intensité, durée. . .) ;
- à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu
aquatique, conditions atmosphériques) etc.

Date, signature et cachet du médecin

*(1) le médecin de santé scolaire sera destinataire de tout certificat d'inaptitude d'une durée supérieure
à trois mois.*

*Quelle que soit la durée de l'inaptitude, le médecin traitant a toute latitude pour faire connaître, sous
pli confidentiel, son diagnostic au médecin de santé scolaire nommément désigné.*

Le nom de celui-ci pourra lui être communiqué par le directeur d'école ou le chef d'établissement.

(2) En cas d'inaptitude totale, le certificat peut être établi sur papier à en-tête du médecin.

*(3) En cas de non-production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la
pratique de l'éducation physique et sportive.*

Annexe 5 : Proposition d'un certificat type

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné Dr _____, docteur en médecine,
certifie avoir examiné ce jour l'élève _____, né(e) le ___/___/____
et avoir constaté que son état de santé nécessite une :

Une inaptitude TOTALE à la pratique de l'EPS

Du ___/___/____

Au ___/___/____ inclus

Une inaptitude PARTIELLE à la pratique de l'EPS

Du ___/___/____

Au ___/___/____ inclus

Si inaptitude partielle, remplir le tableau ci-dessous

FONCTIONS	OUI	NON	OUI AVEC ADAPTATION - Précisez
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lever - Porter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nager	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brasse <input type="checkbox"/> crawl <input type="checkbox"/> papillon <input type="checkbox"/> dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taper dans un ballon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porter sur le dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membres supérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTEXTES PARTICULIERS

Milieu aquatique	<input type="checkbox"/>
Altitude	<input type="checkbox"/>

CONDITIONS PARTICULIERES

Précisez

Adaptation selon conditions climatiques (froid, sec, pollution....)	<input type="checkbox"/>
Hydratation	<input type="checkbox"/>
Arrêt de l'effort autorisé	<input type="checkbox"/> si douleur <input type="checkbox"/> si essoufflement <input type="checkbox"/> si fatigue

Certificat établi à _____
le ___/___/____

Signature

Cachet du médecin

AUTEUR : Nom : VALENTIN

Prénom : Justine

Date de Soutenance : 26 avril 2019

Titre de la Thèse : Evaluation des pratiques des médecins généralistes concernant la prescription de certificats d'inaptitudes sportives au collège et au lycée dans la région des Hauts-de-France.

Thèse – Médecine – Lille 2019-03-11

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES de Médecine Générale

Mots-clés : inaptitudes sportives, EPS, médecin généraliste, pratique, étude qualitative

Contexte : L'inactivité physique est en hausse. La promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité sont des enjeux majeurs de santé publique. L'éducation physique et sportive, par son caractère obligatoire et l'ouverture au sport qu'elle propose, est un moyen de participer à cette lutte. Le nombre d'inaptitudes sportives dans le cadre de l'EPS est important. L'objectif de ce travail était d'évaluer les pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France concernant cette prescription, et de comprendre leur ressenti et leurs difficultés.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés et réalisation d'un focus group avec des médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France.

Résultats : De mai 2018 à février 2019, 19 médecins généralistes ont participé à cette étude. Leurs pratiques et leur ressenti étaient variés. La majorité des médecins se disaient mal à l'aise avec cette prescription. Les circonstances de prescriptions étaient diverses. Les difficultés des médecins résidaient surtout dans les indications et les durées d'inaptitude, ainsi que dans certaines pathologies, notamment l'obésité. Les inaptitudes partielles étaient peu connues et peu prescrites. Les médecins se disaient demandeurs d'aides, notamment de guides pour les indications et les durées, ainsi que de certificats types abordables et adaptés à la pratique quotidienne.

Conclusion : Les médecins généralistes des Hauts-de-France connaissent cette prescription mais sont peu à l'aise sur ses modalités, principalement par manque de connaissances théoriques. Une formation notamment dans le cadre de la formation médicale continue pourrait être bénéfique, ainsi que l'établissement de guides sur les durées d'inaptitudes selon les pathologies. Une meilleure communication entre les médecins généralistes et les établissements scolaires et professeurs d'EPS pourrait aussi être utile.

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur André THEVENON

Asseseurs : Madame le Professeur Florence RICHARD, Monsieur le Docteur Luc DAUCHET, Madame le Docteur Valérie WIECZOREK, Monsieur le Docteur Dominique DELSART