

REPUBLIQUE DU SENEGAL
UN PEUPLE UN BUT UNE FOI



MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE
UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

INSTITUT NATIONAL SUPERIEUR DE L'EDUCATION POPULAIRE
ET DU SPORT
(INSEPS)

MEMOIRE DE MAITRISE

SCIENCE ET TECHNIQUES DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ET DU SPORT
(STAPS)

THEME :

« ETUDE DES RISQUES DE SURVENUE DE MORT SUBITE
CHEZ LES SENIORS DES EQUIPES DE FOOTBALL DE
PREMIERE DIVISION DE LA REGION DE DAKAR ».

Présenté et soutenu par :

M. Malick FALL

Sous la direction de:

M. Babacar NGOM

ANNEE ACADEMIQUE 2006-2007

DEDICACES

Au Nom de Dieu Le Clément Le Miséricordieux, Le Tout Puissant, Paix et salut sur Son Prophète (PSL).

Je dédie ce travail :

- A ma très chère mère Maty NDIAYE qui n'a cessé d'ôter les innombrables obstacles de mon long chemin plein de puces et punaises. (Que le tout puissant veille sur elle et lui donne une longue et paisible vie).
- A mon vaillant père Saër FALL qui m'a éduqué dans le culte du courage, de la vérité et du respect de toute créature divine.
- A mes grand-mères : Nogaye FAYE (Que la terre lui soit légère), Maïmouna FALL, Mame Oumi dite : FALLA
- A ma petite soeur Thiara,
- A mes petits frères Gorgui et Mbaye
- A tous mes amis d'enfance : Pape Birame dit Labap, à Mansour, à Mouhamed, à Gaston
- A tous mes professeurs qui ne se sont jamais lassés à apporter leur pierres à l'édifice
- A mes camarades de promotion : Mayoro, Thié, Abdou NDOYE, Bathie FAYE, Pa Ouz, Kiné, Boula pour ne citer que ceux-là...
- A mes camarades de chambre : Alain, Koundoul, Avis experts Michel Sambou.
- A mes cousins : Adama, Ousmane, Saër, Baboye, Aziz...
- A mes cousines : Ndèye, Mama, Mounasse, Marième, Mamy, Khady, Tacko...

REMERCIEMENTS

Je remercie profondément Docteur Babacar Ngom, qui malgré ses multiples occupations a daigné diriger ce travail avec rigueur, méthode et abnégation. Qu'il trouve ici l'expression de ma très profonde gratitude.

- A mes professeurs de l'INSEPS
- Aux secrétaires de l'INSEPS
- Aux bibliothécaires de l'INSEPS : Père Grégoire et Tata Anastasie
- A Père Mbargou Faye pour tous ses conseils et à son attention envers moi
- A Mon grand frère et collègue que je ne saurais remercier : je veux nommer Birame NDIAYE
- A mes grands frères de promotion : Maodo Malick, Bodian, Goudiaby...
- A Sadibou Sambou
- A Sadia Goudiaby, Abdou Ndoye, Sylla, Mamy DIALL
- A Monsieur DIAGNE informaticien qui n'a ménagé aucun effort pour la réalisation de mes documents
- Aux coachs et joueurs des clubs que j'ai eu à m'entretenir pour documentations
- Et à qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

SOMMAIRE

<u>Introduction</u>	3
<u>Chapitre I</u> La revue de littérature	7
<u>I. La mort subite</u>	7
A- Les définitions	7
B- Les causes	8
<u>1- Les causes d'origine cardiaque</u>	8
1-a) L'insuffisance cardiaque	8
1-b) Les troubles du rythme cardiaque	8
1-c) L'infarctus du myocarde	9
1-d) Les myocardites	10
<u>2- Les autres causes</u>	10
2-a) L'anévrisme intracrânien	10
2-b) La drépanocytose SS	10
2-c) L'hyperthermie d'effort	11
2-d) L'asthme	11
2-e) L'hypertension artérielle	11
2-f) Le tabagisme	12
2-g) Le dopage	14
2-h) L'obésité	16
<u>II. Importance de la couverture médicale</u>	18
A- L'équipe médicale	18
B- Les rôles	18
1- Les médecins	18
2- Les dentistes	19
3- Les kinésithérapeutes et les rééducateurs	20
4- Les podologues	21
5- Les ostéopathes et les chiropracteurs	21
6- Les unités d'interventions rapides	22
<u>Chapitre II : Méthodologie</u>	23
1. Le questionnaire	24
2. La population ciblée	24
3. L'administration du questionnaire	25
4. Le traitement des données	25

Chapitre III : Présentation, analyses et discussion des résultats 26
Chapitre IV : Recommandations et conclusion..... 38
Bibliographie 42



INTRODUCTION

INTRODUCTION

« Sport d'équipe qui se pratique avec des équipes de onze joueurs, où l'usage des mains est interdit, sauf pour le gardien de but, et où il faut faire pénétrer le ballon rond dans les buts adverses » ainsi a été défini le football par (le petit robert).

L'histoire moderne du football s'étend sur cent (100) bonnes années .Elle a débuté en 1963 au moment où en Angleterre, le rugby et le football association se sont séparés. C'est alors qu'a été fondée la plus ancienne fédération du monde (**FOOTBALL ASSOCIATION OF ENGLAND**).

Mais on retrouve bien avant des traces d'un jeu similaire dans d'autres pays comme : la Chine ancienne, la Grèce, l'Italie etc. En 1900, le football a été l'un des premiers sports d'équipe au programme des jeux olympiques. Depuis, il n'a pas cessé de se développer car aujourd'hui il est le sport numéro un (1) mondial.

Ceci se vérifie par le fait que : la FIFA compte plus de pays membres que l'ONU (204 pays membres et 200 à 400 millions de pratiquants dans le monde).Et la coupe du monde est l'événement qui attire le plus grand nombre de téléspectateurs.

Ce dernier par sa prééminence sur le plan national et international est véritablement complet si on considère que son but est d'assurer le développement et l'épanouissement de l'individu à la fois sur le plan physique et psychologique.

Cependant malgré son développement le football est entrain de connaître des moments de difficultés car il a causé la mort de footballeurs à l'intérieur ou à l'extérieur du terrain exemple : **Mark. V. FOE** (lors de la coupe des

confédérations en juin 2003), **Gora Ndoye** (en Italie) **Alphonse Badji** (jaraf 2004), **Puerta** (en Espagne en 2007).

Aussi nous sommes à l'heure où le dopage est devenu pratique courante chez les sportifs, ceci favorisant des débats ayant trait à la mort subite.

Ainsi les risques cardiovasculaires auxquels s'expose un individu lors de la pratique sportive sont au cœur de l'actualité.

La mort subite chez les sportifs qui est définie par l'**O.M.S** comme (« une mort rapide, survenant en moins d'une heure après le début des premiers symptômes ou l'aggravation des symptômes préexistants »), est très souvent en relation avec une pathologie cardiovasculaire.

Aujourd'hui, ce fléau qui est presque fréquent dans toutes les disciplines sportives (Football, Basket, Athlétisme etc.) , frappe le monde entier et ne laisse pas indifférent notre pays.

En effet depuis un certain temps la mort subite affecte le monde sportif sénégalais. Elle devient de plus en plus fréquente et le plus souvent, elle est remarquée chez les footballeurs.

Le constat fait lors de la participation de l'équipe nationale à la CAN et à la coupe du monde en 2002 peut expliquer l'essor rapide et important de la pratique du football à travers tout le pays.

Aussi nous assistons aujourd'hui de plus en plus à quelques succès de nos clubs locaux : c'est le cas de la Jeanne d'arc présente à la ligue des champions africaine de 1998 à 2004 et de la SONACOS en 2003. Tous ces facteurs réunis vont favoriser un engagement massif des jeunes à jouer au football dans le championnat national (première division), au détriment des autres disciplines sportives.

Ce championnat qui dure en principe 9 mois ou plus, est très organisé. Il est aussi moyen de transition direct vers d'autres championnats (au niveau national voire même international).

Fort de ce constat, ceci nous mène à nous poser la question de savoir : est ce que ces jeunes en s'engageant à la pratique de cette activité sportive qui est le football, respectent les conditions pour être apte à la pratique de ce sport ?

Car pour pratiquer le sport il faut subir une visite d'aptitude à la pratique et respecter les règles hygiéno-diététiques .Il est aussi important de savoir si ces équipes qui engagent les jeunes joueurs respectent les conditions d'encadrement ?

La réponse à ces questions sera notre contribution pour le développement du football au Sénégal .Mais aussi, ceci fera l'objet d'étude de notre mémoire qui a pour thème :

« ETUDE DES RISQUES DE SURVENUE DE MORT SUBITE CHEZ LES SENIORS DES EQUIPES DE FOOTBALL DE PREMIERE DIVISION DE LA REGION DE DAKAR ».



REVUE DE LITTERATURE

CHAPITRE I : REVUE DE LITTERATURE

I. LA MORT SUBITE

Chaque année dans le monde, près de 40.000 adultes décèdent de mort subite. La mort subite qui est souvent la première (et malheureusement la dernière) manifestation de problèmes cardiaque insoupçonnés a plusieurs définitions.

A. DEFINITIONS

1- La mort subite est définie par l'OMS comme : une mort rapide, survenant en moins d'une heure après le début des premiers symptômes ou l'aggravation des symptômes préexistants.

2- La mort subite est ou correspond à la survenue inattendue d'un décès moins d'une heure après le début des symptômes évocateurs d'une ischémie (défaut d'irrigation) du muscle cardiaque (douleur dans la poitrine, essoufflement...).

3- La mort subite est une mort soudaine et inopinée, l'intervalle de temps qui sépare les premiers signes et la mort n'excède pas quelques minutes.

4- La mort subite est naturelle, inattendue, au cours ou après une pratique sportive. Il n'y a par définition aucune affection préalable détectée, un certificat de non contre-indication à la pratique du sport ayant été délivré par un médecin.

5- Quasi-imprévisible et implacable, la mort subite est une manifestation soudaine de problèmes cardiaques le plus souvent insoupçonnés.

B. LES CAUSES

« On ne meurt pas par hasard » .Chaque effet a une cause et dans la majorité des cas de mort subite chez les sportifs, nous retrouvons des causes liées à une pathologie cardiovasculaire. Mais il est aussi important de noter qu'il existe d'autres causes qui ne sont pas forcément d'origine cardiaque.

1- Les causes d'origine cardiaque :

1-a) L'insuffisance cardiaque

C'est l'incapacité du cœur à assurer sa fonction de pompe et de propulsion du sang afin de subvenir aux besoins métaboliques de l'organisme et/ou dans lequel le cœur pourvoit aux besoins mais avec des pressions de remplissage anormalement élevées. (= défaillance cardiaque).

L'insuffisance cardiaque est l'aboutissement de la plupart des pathologies cardiaques, elle est fréquente et grave, puisque sa mortalité est estimée à 50% à 5ans.

Exemples : **une hypertension artérielle ; une atteinte valvulaire** (rétrécissement ou insuffisance aortique ou mitrale) ; **une cardiopathie ischémique** (diminution ou arrêt de la circulation sanguine dans une ou plusieurs artères du cœur) ; **une cardiomyopathie hypertensive, toxique** (alcool), **ou carencielle** (béribéri).

1-b) Les troubles du rythme cardiaque

Trouble de la fréquence ou de la régularité des battements cardiaques .Le rythme cardiaque normal varie entre 60 et 90 pulsations à la minute au repos.

Le diagnostic est fait par prise du pouls et réalisation d'un ECG. Il existe différents types de troubles ,exemples :

Tachycardie : accélération des battements du cœur au-delà de 100 pulsations/mn.

Bradycardie : ralentissement des battements du cœur en dessous de 60 pulsations/mn.

Arythmie : irrégularité des battements cardiaques quelque soit sa fréquence.

Il existe ainsi la **tachyarythmie** et la **bradyarythmie**.

Le facteur de risque le plus fortement associé à la survenue de mort subite est la faible différence entre le niveau de fréquence cardiaque maximale et le niveau de fréquence cardiaque au repos.

Une différence inférieure à 89 battements par minute multiplie par quatre le risque de mort subite. Il apparaît que cette réponse inadaptée de la fréquence cardiaque à l'effort n'est pas associée aux autres causes de décès cardiaques, et en particulier aux décès par infarctus du myocarde.

Les résultats obtenus par les chercheurs de l'INSERM suggèrent que d'autres mécanismes et notamment ceux liés à la régulation de la fréquence cardiaque à l'effort, sont plus spécifiquement liés aux décès par mort subite.

1-c) L'infarctus du myocarde (crise cardiaque)

L'infarctus du myocarde est la conséquence immédiate de l'occlusion d'une artère coronaire ou de l'une de ses ramifications. Privée subitement d'oxygène, la partie concernée du cœur meurt et se nécrose. Cet événement s'accompagne la plupart du temps de douleurs comparables à des crampes.

1-d) Les myocardites (inflammation du muscle cardiaque)

Elle concerne :

- **Endocardite** : qui est une inflammation de la couche interne du cœur (endocarde).
- **Myocardite** : qui est une inflammation de la couche musculaire du cœur (myocarde).
- **Péricardite** : qui est une inflammation de la couche externe du cœur (péricarde).
- **Pan cardite** : qui est une inflammation de l'ensemble des couches du cœur.

2- Les autres causes :

2-a) L'anévrysme intracrânien

C'est une dilatation innée ou acquise de la paroi d'un vaisseau intracrânien. Les anévrysmes sacciformes sont les plus fréquents et ils ont tendance à se former aux points de bifurcation artérielle, à la base du cerveau. La rupture de cet anévrysme provoque une hémorragie sous-arachnoïdienne ou des hémorragies intracrâniennes. Les anévrysmes géants (diamètre >2,5cm.) peuvent comprimer des structures adjacentes, y compris le nerf oculomoteur.

2-b) Drépanocytose SS

La drépanocytose est une maladie génétique dans laquelle l'hémoglobine **A**, normale est remplacée par l'hémoglobine **S** (faucille aspect des globules rouges drépanocytaires peuvent prendre en se déformant). Elle est aussi appelée anémie falciforme.

2-c) Hyperthermie d'effort

Le Coup de Chaleur d'Exercice (CCE) ou hyperthermie maligne d'effort se définit comme une élévation extrême de la température centrale suite à un travail musculaire intense, responsable d'une altération des métabolismes cellulaires et de souffrance ischémique des grandes fonctions pouvant conduire au syndrome de défaillance multi viscérale.

2-d) Asthme

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires .Il se manifeste par des crises de dyspnée sifflante, souvent nocturnes et réversibles, spontanément ou sous l'effet du traitement.

C'est un syndrome multifactoriel dont l'expression est fonction de facteurs acquis souvent liés à l'environnement.

Des facteurs spécifiques (tels que l'allergie) s'associent à d'autres non spécifiques (comme la pollution par le tabac), et modulent l'hyperréactivité bronchique non spécifique.

L'asthme touche tous les groupes d'âges mais se déclare souvent pendant l'enfance.

2-e) L'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque cardiovasculaire qui favorise la survenue de complications cardiaques (maladie coronaire et insuffisance cardiaque), vasculaires (artérite et accidents vasculaires cérébraux) et rénales (insuffisance rénale).

La prévalence de L'HTA est très importante puisque comprise, dans les pays industrialisés, entre 15 et 25% de la population. Bien que sa prévalence soit moins élevée chez les sportifs de haut niveau (1-5%), L'HTA reste la pathologie cardiovasculaire la plus souvent rencontrée chez les pratiquants d'activités physiques.

L'HTA est la pathologie cardiovasculaire la plus souvent rencontrée chez les sportifs.

On distingue :

- Une tension systolique (tension la plus haute) qui se définit comme la pression maximale dans les artères lorsque le cœur (ventricule gauche) expulse le sang dans l'aorte.
- Une tension diastolique (tension la plus basse) qui se caractérise par la pression artérielle minimale lorsque le sang est évacué de l'aorte.

L'hypertension peut se mesurer grâce à des appareils appelés tensiomètre soit automatique (appareil d'auto mesure), soit manuel lié à un stéthoscope.

2-f) Le Tabagisme

L'Organisation mondiale de la santé estime que, dans le monde, plus de 1 milliard de personnes sont des fumeurs réguliers. Mais le nombre de fumeurs varie selon les pays et les régions du monde.

Dans de nombreux pays, par rapport aux générations précédentes, les jeunes commencent à fumer de plus en plus tôt : ils sont dépendants plus vite et plus jeunes, et consomment de plus en plus de cigarettes à l'adolescence. Ils ont aussi plus de difficultés à s'arrêter.

Avant les filles fumaient moins que les garçons, elles fument désormais presque autant. Le tabac et la fumée contiennent plus de 5000 substances dangereuses qui peuvent éventuellement porter préjudice en affectant :

-Le système cardio-vasculaire : (qui est plus sollicité et moins performant).

Pour tenter de compenser l'hypoxie produite par le monoxyde de carbone, l'organisme augmente le débit circulatoire. Ainsi, avant même d'effectuer un effort physique, la fréquence cardiaque et la pression artérielle du fumeur est déjà augmentée.

Le fumeur atteint donc plus rapidement qu'un non-fumeur un rythme cardiaque très élevé et sa capacité de récupération est bien moindre.

-L'appareil respiratoire : Inhaler la fumée de cigarette expose en premier lieu les voies respiratoires.

Au passage de la fumée, les irritants, comme l'acétone, attaquent les muqueuses respiratoires.

La nicotine associée à cet effet provoque à chaque inhalation une contraction des voies respiratoires et une altération du fonctionnement des alvéoles pulmonaires, ce qui diminue la capacité de respiration.

De plus le monoxyde de carbone se combine à l'hémoglobine dans le sang au détriment de l'oxygène. Il en résulte un manque d'oxygène au niveau des poumons qui ne peuvent plus fonctionner efficacement : c'est l'hypoxie.

-Les muscles : Les muscles, comme le cœur et les poumons, ont besoin de sang riche en oxygène pour fonctionner efficacement. Or, le tabagisme a pour

conséquence une vasoconstriction périphérique, qui entraîne une moins grande oxygénation des tissus.

Des résultats de recherches effectuées par GORDON et COL, et l'étude CARDIA ont montrés que le tabac, diminue considérablement les performances. En effet chez les fumeurs réguliers, le rythme cardiaque est plus rapide et la performance maximale est altérée.

L'essoufflement et la fatigue surviennent plus vite, et les douleurs et crampes dans les muscles sont plus fréquentes. La capacité de récupération est également fortement diminuée.

2-g) Le dopage

Nous sommes à une époque de performance ou la perfection et le dépassement de soi sont trop souvent valorisés. Le domaine sportif est touché par ce phénomène alors que bien des athlètes sont prêts à tout pour dépasser les limites actuelles.

En effet, on entend de plus en plus parler d'utilisation de substances illégales par les sportifs en vue d'atteindre des niveaux de performances de plus en plus élevés.

Cependant, le dopage sportif comporte souvent des effets secondaires néfastes à long terme et quelquefois mal connus des sportifs, mais encore plus que tout, le dopage sportif est une pratique illégale, traître et hypocrite. Malheureusement, de plus en plus les jeunes s'y adonnent.

Parmi les effets secondaires du dopage nous pouvons noter : le bouffissement du visage, l'atrophie des testicules, des lésions au foie qui peuvent causer le cancer et l'augmentation du cholestérol dans le sang ce qui peut conduire à des maladies cardio-vasculaires.

Les effets psychologiques sont aussi bien présents, on dit que le tiers des consommateurs souffrent de troubles mentaux (comportements maniaques, excès de violence et déprime...).

🚩 Quelques types de produits dopants :

- Les substances interdites

Il existe cinq classes de substances interdites : les stimulants, les narcotiques, les stéroïdes anabolisants, les diurétiques et les hormones peptidiques.

1- Les stimulants :

Les stimulants, tels que les amphétamines, la caféine (en excès), la cocaïne, ou l'éphédrine sont utilisés parce qu'ils induisent une sensation d'euphorie, un sentiment exacerbé d'invulnérabilité et de confiance en soi, et permettent de ne pas ressentir les effets de la fatigue.

Cependant, avec la disparition des signes d'alarme naturels, tels que la fatigue ou la faim, l'athlète dopé court le risque de dépasser parfois gravement ses limites physiologiques. Les stimulants sont tous des drogues induisant une dépendance rapide, pouvant conduire l'athlète à la toxicomanie. À court terme, ils peuvent provoquer des accidents cardiaques et respiratoires.

2- Les narcotiques :

Les narcotiques, tels que l'héroïne, la méthadone et la morphine sont essentiellement utilisés pour leur action contre la douleur. Ce sont cependant des drogues induisant, elles provoquent aussi, une dépendance rapide. À court

terme, les risques d'accidents cardiaques ou respiratoires dus à une overdose sont, là encore, très importants.

3- Les anabolisants :

Les anabolisants, tels que la nandrolone ou la testostérone, sont des substances de synthèse proches de la testostérone effectivement fabriquée par l'Homme. Ils entraînent les mêmes effets, soit une augmentation de la masse et de la puissance musculaire mais en plus une agressivité et une confiance en soi accrues.

À long terme, ils provoquent chez les femmes une masculinisation irréversible, et chez les athlètes des deux sexes des troubles de l'humeur et du désir sexuel, des risques accrus d'accidents musculaires, ainsi qu'une détérioration irréversible des fonctions d'élimination du foie.

Les anabolisants sont parfois difficiles à dépister, puisqu'il faut être en mesure de discerner, dans les urines ou le sang, les substances exogènes (ingérées ou injectées) des substances endogènes (fabriquées par le corps humain).

Nous pouvons dire que le dopage, est désormais reconnu comme une pratique organisée, qui n'épargne aucun sport et qui touche des sportifs de tous niveaux, souvent de plus en plus jeunes.

Les opinions divergent considérablement quant à l'attitude à adopter devant le dopage massif tel qu'il semble être pratiqué dans le sport moderne.

2-h) L'obésité

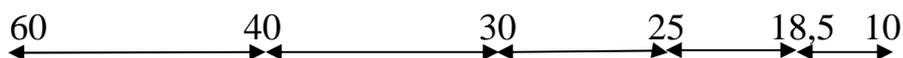
Aujourd'hui, la définition de l'obésité repose entre autres sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC). L'indice de masse corporelle est la mesure de la proportion de masse grasse dans l'organisme. Cette mesure tient compte à la fois du poids et de la taille.

L'IMC est égal au poids (en kilos) divisé par la taille (en mètre) au carré. Sur le plan de la santé, le poids est idéal quand l'IMC est compris entre 19 et 25. Des chiffres en-dehors de cette fourchette correspondent à un **risque pour la santé** :

- la maigreur en dessous de 19
- le surpoids entre 25 et 30
- l'obésité au-dessus de 30

Ceci est illustré par la figure présentée par LIPHA SANTE.

-Schéma (I M C) (P/t^2)



- de 60 à 40 le sujet a une obésité morbide
- de 40 à 30 le sujet est obèse
- de 30 à 25 le sujet a un surpoids
- de 25 à 18.5 le sujet a un poids normal
- de 18.5 à 10 le sujet a un poids insuffisant

Mais aussi il est important de noter que l'IMC n'est une mesure valable que pour les adultes, entre **20 ans et 65 ans**. Pour les plus jeunes, dont la croissance n'est pas terminée, le médecin utilise d'autres critères, en particulier les courbes de taille et de poids fournies par le carnet de santé.

- les anomalies liées à l'obésité

L'obésité peut entraîner plusieurs complications au niveau de l'organisme :
-le diabète non insulino-dépendant (60 à 90 % des patients atteints DNID sont

obèses) ; -les dyslipidémies (20 à 30 % des patients qui sont obèse présentent des dyslipidémies.) ; -l'hyper-uricémie
-l'hypertension ...

II. IMPORTANCE DE LA COUVERTURE MEDICALE SPORTIVE

Nous pouvons dire que la couverture médicale, constitue l'action conjuguée de toute l'équipe médicale appelée à veiller sur la prévention et la suivie médicale des joueurs.

En effet lorsque des blessures ou des maladies surviennent, l'équipe médicale sportive apporte une aide aussi rapide que possible dans le cadre du diagnostic, du traitement et de la réhabilitation dans le but avoué de faciliter la reprise dans les meilleures conditions possibles de l'activité sportive.

A - L'EQUIPE MEDICALE

Elle est constituée de :

- médecins
- dentistes
- physiothérapeutes
- kinésithérapeutes et rééducateurs
- pédologues
- ostéopathes et chiropracteurs
- unités d'intervention rapides
- orthopédistes, cardiologues, physiologistes, ophtalmologistes etc.

Tous ces éléments qui assurent différents rôles ont un seul objectif c'est-à-dire la recherche du bien être des acteurs du sport.

B - ROLES

1- les médecins du sport

Ils sont titulaires d'un Doctorat en Médecine, régulièrement inscrit à l'Ordre des médecins du Sénégal.

Dans un cadre général, ces médecins sont appelés à :

- Etablir les certificats de non-contre indication à la pratique du sport et au surclassement.
- Suivre les footballeurs de haut niveau
- Assurer l'organisation matérielle des secours.
- Organiser la couverture médicale des compétitions.
- Travailler dans l'urgence décisionnelle.
- Apprécier l'aptitude physique des footballeurs.
- Participer à la vérification des certificats médicaux obligatoires.
- Gérer le budget de l'assistance médicale
- Prévoir la réanimation d'urgence.
- Etablir le réseau de communication avec les hôpitaux, cabinets médicaux
- Expertiser l'aptitude physique, le profil du sportif, son état de santé et son potentiel pour la compétition (après accident sportif et dans le cadre d'un recrutement)
- Assurer un rôle de conseil en prévention et recommandation de toute nature.
- Surveiller les compétitions et les entraînements etc....

2-Les dentistes

En plus des soins dentaires habituels, les dentistes offrent trois services de grandes valeurs aux joueurs de football :

- * La fabrication des protections dentaires
- * Le traitement des dents endommagées
- * Conseils sur l'hygiène bucco-dentaire

Les protections dentaires ne sont pas aussi utiles en football qu'en rugby, mais on peut les envisager chez un joueur qui a déjà connu un traumatisme dentaire. En effet, il n'est pas rare que des dents se cassent au cours des rencontres de football.

Si un joueur a perdu connaissance lors d'un choc qui a endommagé sa bouche il faut avoir à l'idée qu'il peut avaler un fragment de dent ou une dent entière, il faut donc le retourner en position de récupération. La plupart des accidentés des hôpitaux peuvent faire appel aux services d'un dentiste qui est spécialisé dans les traumatismes faciaux. Celui-ci n'est pas uniquement là pour soigner les maux de dents, on peut le consulter pour un joueur qui saigne abondamment de l'alvéole d'une dent, pour une blessure à la mâchoire ou à une pommette. Si un joueur a simplement un éclat à la dent, il faut lui donner de l'aspirine ou du paracétamol et lui dire de prendre rendez-vous avec le dentiste de l'équipe ou du club. Cette prévention immédiate agit sur l'évolution ultérieure de la guérison et vous pouvez demander des conseils au département des accidentés.

3- Les kinésithérapeutes et les rééducateurs

Pour les besoins du traitement des accidents du football, ces deux professions représentent de points de comparaison au niveau des compétences bien qu'il y ait des différences entre elles. Toutes ces deux sont spécialisées dans l'évaluation et le traitement des traumatismes des muscles et des articulations et toutes les deux peuvent donner d'excellents conseils sur la prévention. La plupart de ces professionnels travaillent dans les hôpitaux bien que certains clubs aient des physiothérapeutes et des kinésithérapeutes dans leur personnel

(en Europe par exemple)
Si les médecins traitent par des interventions et des médicaments ou par l'immobilisation du membre touché, les rééducateurs et les kinésithérapeutes pratiquent des soins en enseignant au patient comment se servir de son corps de façon à faire disparaître les séquelles de la blessure. Parfois, ils seront concernés et chargés du traitement depuis le début. Dans d'autres cas, par exemple lorsqu'un plâtre est nécessaire leur principale contribution commence dès l'ablation du plâtre et que le joueur doit retrouver la force de ses muscles affaiblis par l'immobilisation. Ils sont les professionnels de la rééducation, utilisant entre autres procédés les lampes de chaleur ou des ondes à ultra-sons. Ils peuvent également masser les muscles touchés mais leur technique principale est d'apprendre à la personne comment elle peut utiliser le mieux possible ses muscles pour lutter contre les effets négatifs du traumatisme et de l'immobilisation : récupérer tout son potentiel et éviter les rechutes (récidives). Dans le cas d'un traumatisme grave, nécessitant un traitement hospitalier, le joueur sera probablement examiné par une kinésithérapie ou un rééducateur. Heureusement la plupart des traumatismes mineurs guérissent sans qu'on ait besoin de recourir à ces professionnels. Parfois un traumatisme musculaire ou articulaire traîne et récidive dès que le joueur recommence à s'entraîner ou à rejouer. C'est dans ce type de situation que sont utiles les rééducateurs ou les kinésithérapeutes.

4-les podologues

Ce sont les spécialistes du pied ; cette discipline donne des informations détaillées sur les différents types de problèmes des pieds. Nous profitons de l'occasion pour souligner l'importance de la contribution de ceux-ci.

Si plus de footballeurs consultaient des pédicures expérimentés, on pourrait

éviter de nombreux problèmes de pieds, qui tourmentent les joueurs et on pourrait résoudre plus rapidement de nombreuses situations chroniques.

5-Les ostéopathes et les chiropracteurs

Il y a une différence entre ces deux professions mais du point de vue de quelqu'un qui souffre de façon chronique d'un mal de dos ou de celui qui a des récurrences diverses.

La grande majorité des maux de dos disparaissent sans traitement particulier dans un délai plus ou moins long .Certaines douleurs, cependant traînent pendant plusieurs mois ou même plusieurs années ou disparaissent quelques semaines seulement pour revenir avec la même gravité, dans ce cas là, le médecin généraliste du joueur l'envoie dans une clinique orthopédique. Si le chirurgien pose seulement une indication chirurgicale, le joueur peut alors consulter une ostéopathe.

Il est évident qu'un joueur qui souffre de dos peut consulter un ostéopathe ou un chiropracteur sans voir un chirurgien orthopédiste ou même un médecin généraliste.

Heureusement, les médecins commencent à connaître que les ostéopathes et les chiropracteurs peuvent soigner les problèmes du dos et du cou que la médecine conventionnelle est incapable de guérir.

6-les unités d'intervention rapides

Nous n'allons pas essayer de vous enseigner le bouche-à-bouche parce que nous croyons que les mots seuls ne suffisent pas. Nous avons besoin d'une démonstration pratique et d'un apprentissage personnel sur l'appareil qu'utilisent les associations donnant des cours de premiers soins. Nous pensons devoir assister à ces types de cours non seulement parce qu'ils complètent les connaissances sur la maîtrise des traumatismes du football, mais aussi parce qu'ils abordent d'autres types de problèmes (par exemple les brûlures causées

par de l'eau bouillante)
Certaines organisations peuvent également vous aider grâce aux cours
d'auxiliaires expérimentés aux cours des grands matchs ou de tournois.



METHODOLOGIE

CHAPITRE II : METHODOLOGIE

Dans le cadre de notre étude, nous avons adopté une démarche méthodique qui s'est appuyée sur une enquête. Cette démarche s'est basée sur un seul instrument : Le questionnaire

1- le questionnaire :

Dans toute étude scientifique, il est nécessaire d'établir un cadre opérationnel c'est-à-dire une méthode adéquate afin d'aboutir à la vérification des différentes questions qui sont posées. En effet, l'enquête par questionnaire n'est pas un travail strictement empirique, étant donnée sa richesse et sa complexité. Par avance, les critères d'exclusion ou d'inclusion sont obligatoirement définis.

Dans notre questionnaire, nous avons choisi d'établir des questions fermées auxquelles les personnes interrogées doivent répondre en choisissant des réponses déjà formulées.

2- La population ciblée :

Pour orienter notre enquête et mieux comprendre les différents paramètres, nous avons choisi de ne cibler que huit(08) équipes du championnat de première division de Dakar. Ce qui nous adonnée une population de deux cent(200) joueurs.

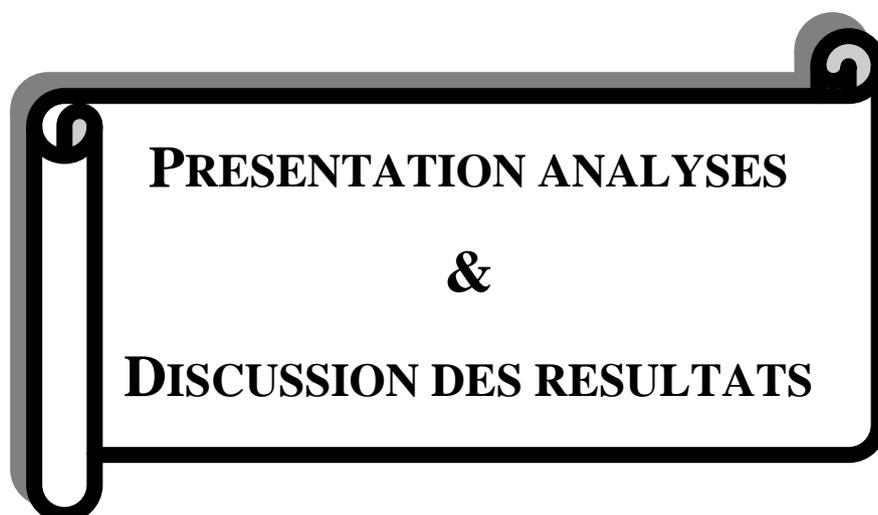
Ces joueurs qui évoluent dans le championnat national incarnent au niveau local le football de haut niveau. Le choix de cette population permet de savoir de savoir si elles sont exposées aux risques de survenue de mort subite qui est aujourd'hui presque devenu un fléau dans le monde sportif.

3- Administration du questionnaire :

Durant l'administration du questionnaire, nous avons été présents pour mener et contrôler les opérations afin de veiller d'avantage à la fiabilité des réponses à collecter. Notre objectif au départ était de toucher le maximum de personnes concernées par notre étude et cela a pu se réaliser parce que les deux cent (200) questionnaires qui ont été distribués et remplis en notre présence. Concernant le recueil des informations, nous signalons que notre travail n'a pas été aussi facile par le faite de certaines difficultés notamment la réticence de certains joueurs.

4- Traitement des données

Nous avons d'abord dépouillé les différentes réponses obtenues dans chaque questionnaire puis avons regroupé les questions qui vont ensemble. Ensuite nous avons fait le total et calculé les pourcentages afin d'établir les tableaux.

A decorative scroll-like frame with a thick black border and a grey drop shadow. The frame has a vertical strip on the left side and rounded corners with small circular details at the top and bottom. Inside the frame, the text is centered and reads:

PRESENTATION ANALYSES
&
DISCUSSION DES RESULTATS

CHAPITRE III : PRESENTATION, ANALYSES ET DISCUSSION DES RESULTATS

Question n°1 : Avez-vous subi une visite médicale ?

Tableau n°1

Equipes	GOREE		P.A.D.		JARAF		D.U.C		XAM...		REN...		Ouak....		H.L.M	
Réponses	eff	%														
Oui	7	28	6	24	12	48	0	0	0	0	3	12	9	36	1	4
Non	18	72	19	76	13	52	25	100	25	100	22	88	16	64	24	96
Totale	25	100														

Analyse tableau n°1

Les résultats du tableau n°1 révèlent que dans la plupart des clubs de première division de la région de Dakar, les joueurs ne subissent pas une visite médicale d'aptitude à la pratique du sport au début du championnat.

En effet, pour ce qui concerne l'US GOREE, parmi les vingt cinq (25) joueurs du club interrogés, sept (07) seulement disent avoir subi une visite médicale d'aptitude ; ce qui correspond à un pourcentage égale à vingt huit pour cent (28 %).

Pour le Port Autonome de Dakar (P.A.D.) six (06) joueurs ont répondu par l'affirmatif donnant ainsi un pourcentage de vingt quatre pour cent (24 %) tandis que les dix neuf (19) autres débutent leur championnat sans visite médicale d'aptitude.

Pour le club de Diaraf, presque la moitié des joueurs ont subi la visite médicale d'aptitude.

Pour le club de OUAKAM, les résultats montrent que neuf (09) joueurs sur vingt cinq interrogés ont fait une visite médicale d'aptitude : ce qui correspond à trente six pour cent (36 %).

Pour ce qui concerne les clubs : DUC, XAM-XAM, RENAISSANCE et HLM, les joueurs débutent le championnat sans visite médicale d'aptitude.

Discussion tableau n° 1 :

A l'exception du club de Diaraf dont la moitié des joueurs ont fait la visite médicale d'aptitude, peu de joueurs des clubs tels que : Gorée, Port, Ouakam, ont fait la visite médicale d'aptitude.

Pour le reste des clubs rencontrés les résultats sont alarmants car les joueurs n'ont pas du tout fait la visite médicale d'aptitude.

Face à cette négligence nous pouvons affirmer sans risque de se tromper, que le championnat de première division est encore amateur . Et pire les joueurs qui s'y adonnent sont exposés à des risques évidents de mort subite.

Ainsi nous pouvons dire qu'il est temps de tirer sur la sonnette d'alarme et exiger de la part des dirigeants de faire subir à tous les joueurs la visite médicale d'aptitude à la pratique du sport (avant l'ouverture du championnat) si nous voulons que notre championnat de première division réponde aux critères de championnat professionnel.

En plus il incombe au gouvernement par le biais du ministère des sports de faire en sorte que les joueurs subissent inéluctablement cette visite médicale (c'est au minimum un examen général de l'organisme effectué par un médecin de sport et qui doit déterminer si le joueur ne présente aucune contre indication à la pratique d'une activité physique sportive.) qui est d'une importance capitale.

On dirait que les cas de mort subite enregistrés au niveau mondial ; exemple : FOE ; Samuel OKARADJI, Antonio PUERTA etc.... ne nous ont pas servi de leçons.

Face à cette désinvolture nous conscientisons par le biais de ce mémoire les joueurs et dirigeants du championnat de première division de Dakar de prendre leur destin en main en exigeant cette visite médicale au club utilisateur car il y va de leur santé et de leur sécurité.

Fort de ce constat, notre crainte reste entière. à savoir si les joueurs et les dirigeants des clubs respectent les normes d'hygiène, de santé qui font partie des leviers de la performance pour un championnat digne de son nom,

Question n°2 : Etes-vous hypertendu ?

Tableau n°2

Equipes	GOREE		PORT		JARAF		D.U.C		XAM...		REN...		Ouak....		H.L.M	
	eff	%														
Réponses	eff	%														
Oui	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Non	6	24	0	0	1	4	3	12	0	0	0	0	7	28	0	0
Normal	14	56	2	8	10	40	6	24	6	24	3	12	0	0	10	40
Je ne sais	4	16	23	92	14	56	16	64	19	76	22	88	18	72	15	60
Total	25	100														

Analyse tableau n°2

Au vu des résultats du tableau n°2, par rapport à la question posée : » Etes vous hypertendu ? » Un seul joueur de l'US Gorée affirme l'être.

Quatorze(14) affirment qu'ils sont normaux et le reste c'est-à-dire les quatre sur dix disent honnêtement qu'ils ne savent pas.

Pour le Port Autonome de Dakar les joueurs ne savent pas s'ils sont hypertendus.

Pour les Clubs tels que le Jaraf, DUC, XAM-XAM, Renaissance, Ouakam et HLM, on note aussi une proportion élevée de joueurs ne sachant pas s'ils sont hypertendus ou non car les pourcentages sont respectivement : 56 %, 64 %, 76 %, 88 %, 72 % et 60 % .

Discussion des résultats du tableau n°2

L'analyse du deuxième tableau vient confirmer les résultats du premier dans la mesure où à la question de savoir si les joueurs du championnat de première

division de Dakar sont hypertendus ou non, presque dans tous les clubs, on a vu que plus de soixante pour cent des joueurs en moyenne ignorent s'ils sont hypertendus ; or cette maladie (hypertension artérielle ou HTA) reste très dangereuse.

En effet, comme son nom l'indique, l'hypertension artérielle se caractérise par une tension ou une pression très élevée dans les artères.

Cette élévation anormale de la pression est souvent permanente.

Il s'agit d'une maladie grave et fréquente qui peut mener à de très graves problèmes lorsqu'elle n'est pas diagnostiquée.

Ainsi les joueurs du championnat de première division de Dakar sont encore une fois de plus exposés aux risques éventuels de mort subite du moment où l'hypertension présente des risques, des dangers qui peuvent être :

- AVC (Accident Vasculaire Cérébral), aussi appelé attaque cérébrale.
- Crise Cardiaque (Infarctus du myocarde)
- Insuffisance cardiaque
- Problèmes rénaux (insuffisance rénale)
- Troubles érectiles
- Problèmes visuels
- Artériosclérose

Question n°3 : Etes-vous fumeur ?

Tableau n°3

Equipes	GOREE	PORT	JARAF	D.U.C	XAM...	REN...	Ouak....	H.L.M
---------	-------	------	-------	-------	--------	--------	----------	-------

Réponses	eff	%														
Oui	0	0	3	12	1	4	0	0	0	0	7	28	0	0	2	8
Non	25	100	22	88	24	96	25	100	25	100	18	72	25	100	23	92
Totale	25	100	25	100	25	100	25	100	25	100	25	100	25	100	25	100

Analyse tableau n°3

D'après les résultats du tableau n°3, nous pouvons dire que nos joueurs de D1 de Dakar ne fument presque pas, car dans le plupart des clubs aucun joueur ne fume à l'exception du Port Autonome de Dakar où l'on trouve seulement trois fumeurs ; le Jaraf un seul fumeur ;

Renaissance sept fumeurs sur vingt cinq interrogés et HLM deux fumeurs.

Discussion tableau n°3

Nous savons tous que la cigarette a des effets nocifs sur la santé d'une manière générale car présente des substances telles que :

- La nicotine qui intensifie ces effets en provoquant une augmentation du travail cardiaque, et notamment du myocarde, ce qui peut entraîner des risques d'infarctus.
- Les goudrons qui comprennent des substances cancérigènes, ont un effet toxique sur les tissus et les muqueuses. Ce qui peut entraîner la toux et une inflammation des bronches.

En allant plus loin encore, le tabac chez les sportifs est très nuisible. En effet, au-delà de ses conséquences mortelles à long terme, largement connues, le tabac a des effets néfastes sur l'organisme. Il limite les capacités physiques et peut nous empêcher de vivre pleinement une vie active.

Le tabagisme affecte aussi le système respiratoire, le système cardiovasculaire et les muscles.

Il influe directement sur notre aptitude à exercer une activité physique ou sportive à n'importe quel niveau que ce soit : une compétition de haut niveau etc.

Face à tous ces risques que court un fumeur, nous pouvons rester sans crainte pour les joueurs de D1 de Dakar car heureusement d'après les résultats obtenus dans le tableau presque tous les joueurs interrogés prétendent ne pas être fumeurs mais néanmoins, certains clubs tels que Renaissance qui présente le plus grand nombre de fumeurs, il nous est nécessaire de leur prodiguer des conseils pour dire qu'un joueur qui se veut une carrière de professionnel peut se passer de la cigarette au vue des conséquences néfastes évoquées ci-dessus.

Mais le plus grave est que ces joueurs sont plus prédisposés à subir la mort subite au cours d'un match.

Question n°4 : prenez-vous quelque chose avant de jouer ?

Tableau n°4

Equipes	GOREE		PORT		JARAF		D.U.C		XAM...		REN...		Ouak....		H.L.M	
	eff	%														
Réponses																
Oui	0	0														
Non	25	100														
Totale	25	100														

Analyse tableau n°4

L'analyse de ce tableau montre que les joueurs de D1 de Dakar ne s'adonnent pas à la pratique du dopage. Car parmi les deux cent joueurs interrogés sur la question à savoir : Vous dopez-vous avant de jouer ? La réponse est non.

Discussion tableau n°4

Le dopage est une pratique courante chez les joueurs de haut niveau, voire un fléau des temps modernes ; Ces conséquences sont multiples et parmi elles nous pouvons noter que l'esprit de compétitivité perd sa valeur. Car dopage et synonyme de tricherie et qui parle de tricherie laisse nécessairement voir une victoire sans gloire ni mérite et pire encore ternie l'image d'un pays dans la mesure où les joueurs ou athlètes sont les ambassadeurs ou porte -drapeaux de leur pays.

Les effets néfastes du dopage ne s'arrêtent pas là car, le dopage est sans doute une substance qui procure à l'athlète qui s'y adonne plus de vivacité, de capacité à se surpasser. Ce qui ne va pas sans conséquence.

En effet si l'athlète va au-delà de ses limites supérieures, il est sans doute exposé à subir des infarctus cardiaques ou autres drames de ce genre.

Le phénomène du dopage du point de vue des conséquences néfastes, va au-delà de la carrière de l'athlète dans la mesure où, le dopage peut avoir des effets négatifs à long terme et peut exposer le sujet à des maladies cardiovasculaires.

Mais au vu des résultats obtenus dans le tableau, nous pouvons rester sans crainte car tous les joueurs prétendent ne pas être des consommateurs de drogue.

Tableau n°5 : IMC : Indice de Masse Corporelle (P/t^2)

Equipes	GOREE	PORT	JARAF	D.U.C	XAM...	REN...	Ouak...	H.L.M
IMC en Moyenne	22,38	22,59	21,38	21,96	22,25	22,73	21,97	21,79

Analyse tableau n°5

L'analyse du tableau n°5 révèle que les joueurs ont en moyenne une IMC normale.

Ainsi la moyenne de l'IMC pour chaque équipe est : Gorée (22.38) ; Port (22.59) ; Jaraf (21.38) ; Duc (21.96) ; Xam-Xam (22.25) ; Renaissance (22.73) ; Ouakam (21.97) ; HLM (21.79).

Discussion tableau n°5

L'analyse du tableau n°5 a montré que les joueurs du championnat de première division de Dakar ont un indice de masse idéal.

En nous basant sur ces résultats, nous pouvons affirmer avec certitude que les joueurs ciblés ont un poids et une taille normale pour ainsi dire qu'ils ne sont pas obèses.

L'obésité (qui est un excès de masse grasse dans le corps résultant d'un déséquilibre entre l'apport calorique quotidien et les dépenses énergétiques), peut conduire à plusieurs complications au sein de l'organisme.

Ces complications peuvent être : cardiovasculaire, le diabète, l'hypertension artérielle etc.

En revenant au tableau nous pouvons dire qu'il n'est plus la peine de s'inquiéter pour ce qui concerne les risques de survenance de mort subite, car toutes les

équipes ont présenté une moyenne d'IMC acceptable c'est-à-dire située entre 25 et 18,5.

Question N°6 : Sentez-vous des douleurs à la poitrine pendant ou après les efforts physiques ?

Tableau n°6

Equipes	GOREE		PORT		JARAF		D.U.C		XAM...		REN...		Ouak....		H.L.M	
Réponses	eff	%														
Oui	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0
Non	25	100	25	100	25	100	25	100	24	96	25	100	25	100	25	100
Totale	25	100														

Analyse tableau n°6

L'analyse du tableau n°6 montre que les joueurs du championnat de première division de Dakar ne sentent de douleur à la poitrine au cours ou en dehors d'efforts.

En effet sur les deux cent joueurs interrogés un seul sociétaire de XAM-XAM affirme sentir des douleurs à la poitrine. Et ceci donne un pourcentage de 96 de « non ».

Discussion tableau n°6

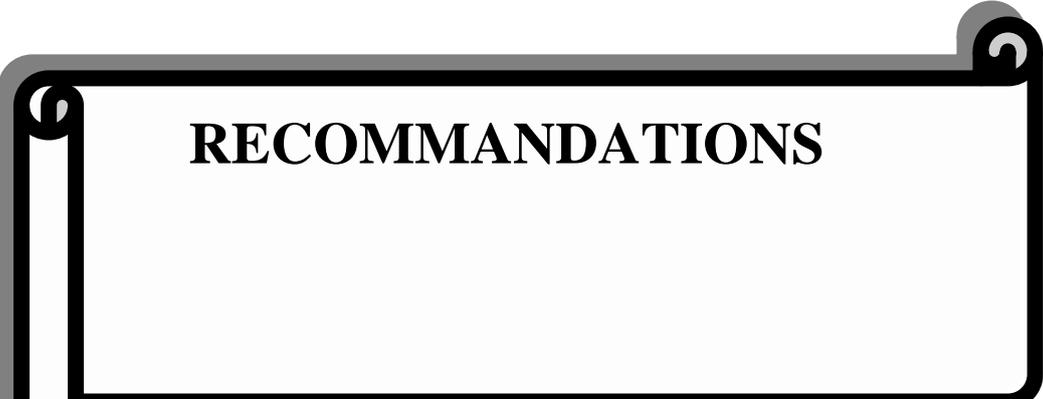
Quatre vingt seize pour cent (96 %) de « non » est la réponse obtenue à la question posée aux joueurs du championnat de première division de Dakar.

Faire du sport et sentir des douleurs à la poitrine ou même d'une manière générale sentir régulièrement des douleurs à ce niveau n'est pas souhaité chez les sportifs.

Car, ça peut être signe de toutes les maladies cardiaques comme l'hypertrophie du cœur, trouble du rythme cardiaque (tachycardie, bradycardie), infarctus etc.

Toutes ces maladies citées restent des facteurs limitant la pratique du sport du moment où cela pourrait conduire à la mort subite.

Malgré ce constat, nous pouvons rester optimistes à l'endroit des joueurs car concernant cette question, nous pouvons dire que les résultats restent satisfaisants.

A decorative border at the bottom of the page, resembling a scroll or a ribbon. It has a thick black outline with rounded corners and small circular details at the top and bottom edges, giving it a three-dimensional appearance.

RECOMMENDATIONS

&

CONCLUSION

RECOMM ANDATIONS

La mort subite ne survient pas chez les sportifs par hasard.

Elle est généralement la conséquence d'une affection cardiovasculaire qui n'a été diagnostiquée.

Cependant, pour limiter ce fléau, quelques recommandations de bases ont été prodiguées.

Ces recommandations sont :

1. Faire un ECG (électrocardiogramme) annuel.
2. Faire une échographie pour voire s'il n'y pas des malformations cardiaques.
3. Prendre ses précautions en cas d'atmosphère trop chaude ou trop froide, ou trop sec ou trop humide.
4. Etre prudent lors d'efforts en haute altitude.

5. Pas d'efforts immédiats après un repas (attendre au minimum 3 heures de temps).
6. Se ravitailler directement lors d'efforts prolongés : eau, sel.
7. Interrompre à temps un effort mal toléré.
8. Pas de bain ni de douche trop chaude ou trop froide juste après un effort physique.
9. Signaler à son médecin les symptômes dépendants des efforts exemple : douleurs thoraciques ; malaise ; gênes respiratoires inhabituelles.

CONCLUSION

Nous sommes à l'heure où le football a connu une expansion qui n'est plus à démontrer.

Ce succès que connaît le football, a atteint tous les coins et recoins du monde.

Ceci est dû au fait que le football est une discipline dont la pratique n'exige pas beaucoup de moyens.

Mais aussi et surtout le football est devenu aujourd'hui plus que jamais une industrie dans la mesure où il y a une manne financière qui accompagne tous les acteurs de ladite discipline.

Ce succès que connaît le football, pousse aujourd'hui les joueurs à vouloir se surpasser pour non seulement rejoindre le camp des joueurs de haut niveau

(professionnels) mais aussi à demeurer des héros et conserver leur place de titulaire le plus longtemps possible dans leur club.

Il faut noter que ceci ne va pas sans conséquences. Car nombreux sont les joueurs qui sont victimes de mort sur le terrain ou à quelques heures après le match. C'est ainsi que notre modeste contribution pour la sensibilisation et la conscientisation consiste à mener ce travail modeste de recherche intitulé **« ETUDE DES RISQUES DE SURVENUE DE MORT SUBITE CHEZ LES SENIORS DES EQUIPES DE FOOTBALL DE PREMIERE DIVISION DE LA REGION DE DAKAR »**.

Les résultats de ce travail ont révélé une situation alarmante.

En effet, on a noté une défaillance de la couverture médicale des clubs de Dakar car la visite médicale d'aptitude à la pratique sportive avant le début du championnat est quasi- inexistante. Cette négligence prédispose nos joueurs à des risques de mort subite manifeste.

Fort de ce constat, nous imputons la responsabilité à l'absence d'une véritable politique sportive par le ministère des sports.

Mais aussi, les dirigeants des clubs et dans une certaine mesure les joueurs eux-mêmes.

Par ailleurs les résultats ont montré que les joueurs de D1 de Dakar n'utilisent presque pas le tabac, ni de produits dopants : ce qui est à encourager car étant des activités exposant les joueurs de haut niveau à des maladies cardiovasculaires (troubles du rythme cardiaque, infarctus etc.) et augmentant les risques de mort subite.

On ne peut pas terminer sans rappeler que ce travail qui est un début peut être poursuivi de façon plus large et plus pertinente.

Cependant, notre objectif au début était d'étaler la recherche au niveau national et prendre en compte tous les clubs du championnat de première division du pays mais cela n'a pu aboutir: faute de temps et de moyens.

Ainsi, allant dans ce sens, faudrait-il donc réfléchir sur la prévention des risques de survenue de mort subite chez les joueurs du championnat ?

Ou bien alors faudrait-il envisager une étude beaucoup plus approfondie qui mettrait en évidence les joueurs qui présentent des pathologies ?

Voilà autant de questions et suggestions que je propose aux étudiants et à tous les intellectuels soucieux de la santé des sportifs en général pour que le travail que nous avons effectué et adressé aux acteurs du football ne reste pas lettre morte.



BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Docteur Babacar Ngom, chaleur et sport, Afrique Sport en 2007-pp. 28 - 30.**
- 2- Dr Lyonel Rossant, Dr Jacqueline Rossant-Lombroso. (Les maladies respiratoires). Encyclopédie médicale, 2008.**
- 3- DOCTEUR David DINAL Cardiologue, LA MORT SUBITE SUR LE TERRAIN DE SPORT, dossier du C.E.S.S, 24 Novembre 2004 Madiana Schoelcher.**

4- Par Mme Runions S, Dr Sinclair D, Dr Coté R, et-al. . (Anévrisme cérébral) maladies du système nerveux, 2004.

5- Par le Dr. P.Laurent, Tout savoir sur lipertension, Que faire en cas d'hypertension artérielle?, .2000-2008.

6- Dr Lyonel Rossant, Dr Jacqueline Rossant-Lumbroso. Encyclopédie médicale, Hypertension : le mal silencieux, 2008.

7- Rédaction : Elisabeth Faure, Antoinette Jordan-Meille- Définition de L'obésité- Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en France- avril 2000. mars 2002.

8- Docteurs Dora Bachir et Frédéric Galacteros- La drépanocytose : maladie du tiers-monde, maladie négligée- « Le droit de vivre en famille »- *Plein Droit* n° 12, novembre 1990.

9- Dr Ammerich- HYPERTHERMIE D'EFFORT encyclopédie médicale- 2004.

10- OMS -Guide pour la mise en place de l'action antitabac-Thèmes de santé-2006

Mémoire de STAPS .

11-Birame N'diaye – La couverture médicale des clubs de footbaal de première division de Dakar diagnostic et perspectives-2003/2004-PP 9-15

