

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un peuple-un but-une foi



REPUBLIQUE DU SENEGAL

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR



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

**MEMOIRE DE MAITRISE es-SCIENCES ET
TECHNIQUES DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ET DU SPORT
(STAPS)**

**“ETUDE DE LA VISITE MEDICALE D’
APTITUDE ET DES RISQUES DE
SURVENUE DE MORT SUBITE DANS LE
CHAMPIONNAT NATIONAL
POPULAIRE (NAVETANES) DE DAKAR”**

**PRESENTE PAR:
M. Tophy SENGHOR**

**SOUS LA DIRECTION DE:
M. Ndob Seck
Médecin des sports,
Médecin du travail**

ANNEE ACADEMIQUE: 2008-2009

GRACES

- Tout d'abord, rendons au Bon Dieu, le Miséricordieux, le Tout Puissant, le Dieu des terres et de cieux.
- Lui, qui a fait de nous des êtres humains dotés d'intelligence pouvant œuvrer pour le sport et l'éducation des êtres qui mourront dans cette noble tâche. Lui seul dont le travail n'a point de critique, ni d'erreur.
- Je ne saurais entamer ce travail sans évoquer la mansuétude du Tout-Puissant, à lui je dois toute satisfaction, je le remercie au plus profond de moi-même.
- Le Tout-Puissant, pour la bienveillance, la protection et l'assistance permanente qu'il m'a apporté jusqu'ici.
- Lui qui sans son aide, tout travail est voué à l'échec et l'on ne saurait ni le commencer, ni le terminer. Saluons Jésus Christ qui a donné sa vie pour nous sauver de tous nos pêchés.
- Pour finir, merci Seigneur Jésus pour nous avoir permis de terminer une tâche si lourde.

DEDICACES

Ce mémoire est dédié à :

- Ma mère Amie MANGA : Vous avez été une mère exemplaire, compréhensive et affective, qui a beaucoup œuvré pour une bonne éducation et une bonne réussite de ses enfants. Vous m'avez inculqué le sens du travail, de la responsabilité et du respect envers son prochain. Je ne trouve pas les mots pour vous dédier, mais ce travail est le fruit de tous ces sacrifices que vous avez mené durant mon cursus scolaire. Que le Bon Dieu vous donne une longue vie devant nous pour nous bercer.
- Mon père Gahène SENHOR : Vous avez été un père généreux, modèle, affectueux envers ses enfants. Vous vous êtes sacrifié sur plusieurs fronts pour ma personne, pour que je sois aujourd'hui ce que je suis. Vous n'avez ménagé aucun effort et vous m'avez toujours renforcé de courage sur mon cursus scolaire et surtout pour que je puisse terminer ce travail. Que le Bon Dieu vous laisse encore le plus longtemps possible devant nous.
- Mons parrain Michel PREIRA et son frère Lazare PREIRA : vous êtes toujours mes conseillers depuis que j'ai quitté le village pour les études à Ziguinchor.
- Ma marraine Suzanne SAMBOU : vous avez toujours relayé ma mère dans son rôle à travers votre soutien moral, affectif, vos encouragements et conseils qui m'ont permis de soutenir la cadence jusqu'au bout durant mes six ans à Ziguinchor.

- Tonton Pascal SENGHOR et son épouse Marie DIEDHIOU, vous avez toujours représenté nos parents à Dakar, vos encouragements et conseils permanents ont été précieux et stimulants.
- Mes frères : Jules Ernest, Grégoire, Abel, René Auguste, Mathias, Blaise, Jonhy, Alain, Maikel, Kouhouka, Thérance, Antoine, Chimère, Patrice, Jean Base, Alexandre David, Samba, Jean Paul, Jonas, Casimir, Jean Christophe, Benjamin, Koumatély François, Eric, Jean Noël.
- Mes sœurs : Nicole, Maguette, Edwige, Nathalie, Anita, Mimi, Béatrice, Atéme et Kaïsse , Martine, Thérèse, Juliana, Yvette Kousingué, Elisabeth.
- Mes oncles : Amoule Adjeïssa, Djaminting, Isidor Sanguène.
- Mes tantes : Rocky, Agnès, Koussingué, Bidio, Aguène Koulougou, Djiloumbane, Silanding.
- Mes cousins (es) : Emile SAMBOU, Auguste SENGHOR, Balé SENGHOR, Sény SENGHOR, Akandiaque SENGHOR, Pidouse SAMBOU, Mariane SAMBOU, Jean Paul BASSENE, Ndèye Marie NDIAYE, Fatou NDAYE, Seynabou NDAYE, Maguette NDAYE, Elisabeth MANGA, Marie Pierre MANGA, Jeannette MANGA, Jean Pierre MANGA, Cheikh NDAYE, Sikabouté Félix LAMBAL, Elisa LAMBAL, Judite LAMBAL, Juluana LAMBAL.
- Mes amis (es) : Alida DIATTA, Indry MANGA, Brigitte BIAGUI, Mathieu SAGNA, Alphonse SAMBOU, Djitome Marie Pierre SAMBOU, Babacar BA, David DIATTA, Inael BADIANE, Alain SAMBOU, Ibrahima NDAYE, Marie Pierre COLY, Abdoulaye SANDIGUI, François MANGA, Bokénie DIEDHIOU, Mactar SAGNA, Gnala DIATTA, Parfait

SAGNA, Néné MANE, Aimé Madjiguène DIATTA, Elvire MANGA, Djibril MBAYE, Awa KANDE, Adeline DIATTA, Germaine DIATTA , Evline DIATTA, Christophe DIATTA, Eva COLY.

- Toute ma promotion plus particulièrement : Aboudia Antoine SAMBOU, Mamadou Lamine SANE, Lucien SAMBOU, Jean Luc COLY, Clavis Hougna DIEDHIOU, Moustapha BADJI, Abdou SAGNA, Pape Maty SECK, Joseph BASSENE, Yves Sébastien SAMBOU, Pape Latyr DIONE, Mamadou Salif NIANG, Kader CISS, Bakary SAMBOU, Ismaël GUEYE, Assane FALL, Omar DIEDHIOU, Mamadou Lamine DIEDHIOU, Philippe Modou FAYE, Ibrahima SENGHOR...
- Tous les étudiants de l'INSEPS du département d'Oussouye.
- A la mémoire de toutes les victimes du naufrage du bateau le Diola plus particulièrement à mon frère en même temps ami d'enfance Arsène Assinghalène SENGHOR : Je ne saurais trouver les mots pour exprimer à quel point je regrette votre absence. Que le Bon Dieu, le Tout Puissant vous accueille dans son paradis.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont au Tout Puissant, Dieu de m'avoir donné la force et le courage d'être arrivé au bout de mon travail.

Au terme de cette lourde tâche, c'est l'occasion pour moi de remercier particulièrement :

- Monsieur Ndob SECK : mon directeur de mémoire, malgré votre manque de temps, vous avez pu guider ce travail avec rigueur, engagement sans faille. Ce travail est le vôtre. Pour votre simplicité, votre capacité d'écoute, votre compréhension, votre sens de relations humaines, je vous remercie profondément du fond de mon cœur. Je vous souhaite une bonne progression de votre fonction et ce que vous déciderez de faire.
- A Monsieur Bruno qui m'a fait la saisie de tout mon travail.
- A Monsieur Mbarjou FAYE : Infirmier de l'INSEPS. C'est grâce à lui que j'ai trouvé mon directeur de mémoire.
- A tata Anastasie et tonton Grégoire bibliothécaire, pour les documents et leur compréhension.
- A Monsieur Malick FALL pour son aide sur la revue de littérature.
- A Monsieur Papa Ousmane FALL pour son aide et ses conseils.
- A Monsieur Thierno DIA : Secrétaire général de l'ODCAV de Dakar.

- A Monsieur Ibrahima DIAGNE : Président de la commission médicale de l'ODCAV de Dakar.
- A tout le personnel administratif et technique de l'INSEPS.
- A ma mère Amie MANGA et mon père Gahène SENGHOR pour votre affection et les sacrifices que vous avez consentis à mon éducation.
- A mon oncle Pascal SENGHOR et son épouse Marie DIEDHIOU pour vos soutiens et encouragements.
- A ma tante Rocky MANGA pour votre soutien et conseil.
- A mes frères et sœurs Nicole, Jules Ernest, Maguette, Edwige, Nathalie, Grégoire et Anita pour vos soutien et encouragements.
- A mes cousins Mathias, Abel, René Auguste, Blaise, Jonhy et Thérance pour vos soutiens, conseils et encouragements.
- Enfin à toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce document.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : LA REVUE DE LITTERATURE.....	4
I. Le championnat national populaire (Navétanes).....	4
A. Structures.....	4
B. Fonctionnement.....	5
II. La mort subite du sportif.....	9
A. Les définitions.....	9
B. Les causes.....	10
1. Les causes d'origine cardiaque.....	10
a) L'insuffisante cardiaque.....	10
b) Les troubles du rythme cardiaque.....	10
c) L'infarctus cardiaque (crise cardiaque).....	11
d) Les myocardites.....	11
2. Les autres causes	12
a) L'anévrisme cérébral ou aortique.....	12
b) La drépanocytose SS.....	12
c) L'hyperthermie d'effort.....	12
d) L'asthme.....	13
e) L'hypertension artérielle.....	13
f) Le tabagisme.....	14
g) Le dopage	14
h) Obésité.....	15
III. Importance de la couverture médicale sportive.....	17
A. L'équipe médicale.....	17
B. Les rôles.....	17
CHAPITRE II : METHODOLOGIE.....	23
1. Période d'étude.....	23
2. Le questionnaire.....	23
3. La population ciblée.....	23
4. L'administration du questionnaire.....	24

5.Le traitement des données.....	24
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	25
CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS	33
CHAPITRE V : RECOMMANDATIONS	36
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES	

INTRODUCTION

Le football est un sport athlétique régi par dix sept (17) lois de jeu, une discipline collective opposant deux (02) équipes avec pour chacune, onze (11) joueurs et comme principe d'envoyer le ballon dans le camp adverse pour marquer le but sans se servir de la main [16].

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.

Mais on retrouve bien avant des traces d'un jeu similaire dans d'autres pays comme : la Grèce, l'Italie et la Chine ancienne etc.

La Fédération Internationale de Football Association (FIFA) a été créée le 21 mai 1904 à Paris. Elle réunit toutes les fédérations du monde.

Il faut savoir que c'est la Fédération Française de Football (FFF) d'abord qui a eu l'ingénieuse idée de créer la FIFA. A sa création la FIFA comptait sept (7) pays dont la France, l'Espagne, les Pays-Bas, la Suède, le Danemark, la Suisse et la Belgique qui font partie des membres fondateurs.

Les premiers membres non européens seront l'Afrique du Sud en 1910, l'Argentine et le Chili en 1912, les Etats -Unies en 1913. C'est le début international de la FIFA face à ces difficultés et aux différences de niveau entre Europe et les autres continents, la première coupe du monde ne pourra être organisée qu'en 1930 en Uruguay.

Au cours de son évolution, le football demeure le sport le plus populaire au monde, repoussant sans cesse ses propres limites et drainant sur ses passages des foules de supporters enthousiastes, non seulement dans les pays membres de la FIFA ; mais également dans ceux qui ont rejoint la grande famille de football [4].

Cela se vérifie car la FIFA compte plus de membres que l'ONU organisation des nations unies (soit 208 contre.) 192). Une enquête lancée à la grande échelle par la FIFA à l'an 2000 a montré que plus de 240 millions de personnes jouaient

régulièrement au football dans le monde et l'effectif n'a pas cessé d'augmenter depuis.

Le football par sa prééminence sur le plan international et plus particulièrement sur le plan populaire (navétanes), est véritablement complet si l'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 ce développement, le football est entrain de connaître des moments de difficultés car il a causé la mort de footballeurs à l'intérieur et l'extérieur du terrain.

Exemples :

Sur le plan international

- Un ancien joueur Tunisien finaliste lors de la CAN 1996 contre l'Afrique du Sud Ben REKHISSA
- Samuel OKARAWADJI joueur Nigérien lors des éliminatoires 1990 contre le Cameroun
- Mark V. FOE (lors de la coupe des confédérations en Juin 2003)
- Gora NDOYE en Italie
- PUERTA (en Espagne en 2007).

Sur le plan national

- Alphonse BADJI (Djaraaf 2004)

Sur le plan national populaire

- Abibou BASSENE (ASC Fass 2005)
- Alpha Omar DIALLO (ASC Lemgui 2008)
- Un cas à Saint Louis en 2003
- Khassim DIA (ASC Liberté4 le 09 sept 2009).

Il semble vital pour la prévention de ces accidents cités ci-dessus et la sécurité des acteurs que les spécialistes fassent le point sur la surveillance médicale de nos associations sportives et culturelles (ASC) de football. Ils doivent préconiser comme alternative un véritable programme de suivi médical des pratiquants.

Notre participation sera ce modeste mémoire de maîtrise sur le thème :

« Étude de la visite médicale d'aptitude et des risques de survenue de mort subite dans le championnat national populaire (Navetanes) de Dakar ».

Au cours de notre travail nous tenterons :

- De présenter la composition de l'équipe médicale et les rôles assignés à chaque composante ou élément de cette équipe
- De montrer par la méthodologie utilisée la réalité sur le terrain et enfin
- De formuler des recommandations et de conclure.

CHAPITRE I : LA REVUE DE LITTERATURE

I- Le championnat national populaire (Navétanes)

Le mouvement navétanes est né des tournois informels entre rues, puis a évolué en rencontres entre quartiers. Au fil du temps, les quartiers se sont organisés pour présenter des équipes plus structurées. C'est avec la réforme de 1969 que les navétanes ont été pris en compte dans les préoccupations des autorités.

Ils ont été règlementés et officialisés à partir de 1973 avec la création de l'Organisme National de Coordination des Activités de Vacances (ONCAV). L'ONCAV a obtenu son récépissé de reconnaissance le 06 Janvier 1992 (N°06496 MINT. DAGAT) et reconnu d'utilité publique par le décret présidentiel N° 96-688 du 17 Août 1996.

L'organisme départemental de coordination des vacances (ODCAV) de Dakar est un démembrement de l'organisme national de coordination des activités de vacances (ONCAV); à cette effet, il est chargé de coordonner les activités sportives, culturelles, socio-économiques, sur l'ensemble du département de Dakar, à travers ses associations sportives et culturelles et ses zones.

L'ODCAV de Dakar est composé de :

- 193 Associations sportives et culturelles (ASC) de football réparties en 13 zones.

Elle compte 19727 licenciés répartis ainsi :

- Vétérans : 1 050
- Seniors - juniors : 10 530
- Cadets : 8 147

A- Structures.

Les structures du championnat national populaire sont :

- L'ASC affiliée (Association sportive et culturelle)
- La zone : elle compte (7) sept ASC au moins et douze de plus.

Toutefois si la zone est temporairement réduite à moins de sept

suite à la suspension d'une ou plusieurs ASC, elle garde son existence.

- L'ODCAV : Organisme Départemental de Coordination des Activités de Vacances. Il est formé par le regroupement des zones.
- L'ORCAV : Organisme Régional de Coordination des Activités de Vacances. C'est la fusion des ODCAV qui forme l'ORCAV.
- L'ONCAV : Organisme National de Coordination des Activités de Vacances. La réunion des différents ORCAV donne naissance à l'ONCAV.

B- Fonctionnement

L'ONCAV est l'organe supérieur :

➤ *ONCAV*

En application de la charte culturelle, de la charte du sport, de la charte qui régie le mouvement olympique et conformément aux dispositions du décret n° 76/0040 du 18/01/1976 et du décret 76/193 du 17/02/1976, il est créé au Sénégal un Organisme National de Coordination des Activités de Vacances (ONCAV). Sa durée est illimitée. Son siège est fixé à Dakar. Il peut être transféré dans toute autre localité abritant le siège d'un Organisme Régional de Coordination des Activités de Vacances (ORCAV) sur décision du comité directeur qui devra la soumettre à la sanction de la plus proche assemblée générale.

L'ONCAV a pour but :

1. de coordonner l'ensemble des activités de l'organisme sur l'étendue du territoire national ;
2. de faire du sport et de la culture des instruments efficaces pour l'unité de la jeunesse de notre pays, de les mettre au service de l'amitié et de la solidarité entre les peuples ;
3. d'organiser et de développer des activités culturelles et socio-éducatives ;
4. de favoriser le développement des activités socio-économiques ;
5. de participer activement à l'effort de la santé publique ;

6. d'œuvrer à la sauvegarde de l'environnement et à la protection de la nature ;
7. de sauvegarder et de développer l'idéal olympique suivant les principes fondamentaux définis par la charte olympique ;
8. de représenter les associations sportives et culturelles affiliées à l'ONCAV dans tout autre organisme et dans tous les actes de la vie civile ;
9. d'entretenir des relations qui de franche collaboration avec les autres organisations poursuivant les mêmes buts ;
10. d'organiser des manifestations à caractère lucratif ;
11. d'entretenir des relations avec les pouvoirs publics tout en gardant son autonomie ;
12. de développer la culture citoyenne.

L'ONCAV est apolitique, non confessionnel et non corporatif. Il est formé par les délégués des organismes régionaux de coordination des activités de vacances. Pour être délégué à l'ONCAV, il faut être mandaté par son ORCAV, avoir au moins 18 ans et jouir de ses droits civiques et publics. Pour être éligible il faut être de nationalité sénégalaise, avoir 18 ans et jouir de ses droits civiques et publics.

L'Assemblée Générale (AG) est l'instance suprême de l'ONCAV. Elle est seule habilitée à modifier ou à adopter les différents règlements pris en son sein. Elle est composée par des délégués dûment mandatés par leur ORCAV.

Les membres de l'Assemblée générale sont les délégués de l'ORCAV composés d'une personne par ORCAV pour former le Comité Directeur et deux délégués à l'AG.

L'Assemblée Générale Ordinaire de Renouvellement (AGOR) est convoquée tous les trois ans par le Comité Directeur.

Elle doit se tenir au plus le 15 Juin après l'AG des ORCAV fixée le 1^{er} Juin au plus tard.

En fin de mandat et en cas de convocation de l'AGOR dans les délais prévus, la prérogative de convoquer est du ressort des 2/3 des membres du comité directeur déjà désignés par les ORCAV pour le nouveau mandat.

Pour délibérer, l'AGOR doit réunir au moins les 2//3 de ses membres en exercice. Si cette conditions n'est pas réunie, l'AGOR est convoquée à nouveau mais à 15 jours d'intervalle et cette fois elle peut valablement délibérée avec le même ordre du jour quelque soit le nombre de délégués présents.

L'AGOR installe un comité directeur pour trois ans qui élit en son sein un bureau.

L'AG peut être convoquée en session extraordinaire sur la demande motivée des 2/3 de ses membres. Le Comité Directeur de bilan est convoqué une fois par an en début de saison par le bureau.

La qualité des membres se perd :

- ◇ par dissolution
- ◇ démission
- ◇ décès
- ◇ radiation.

Dans le domaine sportif et culturel l'ONCAV regroupe tous les champions régionaux pour leur phase nationale.

➤ **ORCAV**

Il est un démembrement de l'ONCAV. Il est chargé de coordonner les activités sportives, culturelles et socio-économiques sur l'étendue du territoire de chaque région du Sénégal.

Il est composé de l'ensemble des ODCAV d'une région. Dans le domaine sportif et culturel, il réunit les champions de ses départements pour la phase régionale.

➤ **ODCAV**

Il est aussi un démembrement de l'ONCAV inférieur à l'ORCAV. Il est chargé de coordonner les activités sportives, culturelles et socio-économiques sur l'étendue du territoire de chaque département du Sénégal.

Il regroupe toutes les zones d'un département. Cependant la création d'un ODCAV est du ressort de l'ONCAV sur proposition de l'ORCAV concerné.

➤ **ZONES**

Elle est un regroupement d'ASC. Elle compte (7) sept ASC au moins et (12) au plus. Toutefois si la zone est temporairement réduite à moins de sept suite à la suspension d'une ou plusieurs ASC, elle garde son existence.

➤ **ASC**

L'ASC est la structure la plus petite de l'ONCAV. Mais elle est l'élément principal de la coordination des activités sportives, culturelles et socio-économiques grâce à sa population. Au niveau de toutes les compétitions des structures ce sont les ASC qui sont représentées.

L'ONCAV exerce un pouvoir hiérarchique sur les ORCAV. A ce titre, il exerce un contrôle administratif et financier sur les ORCAV. Il en est de même d'une structure supérieure à une structure inférieure. L'organisme fonctionne sur la base des principes du centralisme démocratique : les structures inférieures se soumettent aux structures supérieures. La minorité se soumet à la majorité. Toutefois le consensus est souhaité.

II- La mort subite du sportif

Chaque année dans le monde, les cas de morts subites de sportifs (MSS) peuvent être estimés entre 1500 et 4500 sportifs, dont un adolescent sur 200000 et un adulte sur 18000 âgé entre 25 et 35 ans. Celles-ci sont d'autant plus fréquent que le sujet s'entraîne beaucoup, et de façon intense. Le compétiteur ou le sportif de loisir qui recherche la performance, est particulièrement exposé. Toutefois le niveau d'entraînement protège statistiquement le sportif très régulier. Ainsi la pratique d'une activité courte et intense multiplie par 56 le risque de mort subite chez un sédentaire surtout dans le cadre d'activités occasionnelles et par 5 chez le sujet entraîné.

A. Les définitions

- 1- La définition de cette pathologie grave est le décès brutal d'un sujet apparemment en bonne santé dans l'heure suivant le début des symptômes.
- 2- La mort subite du sportif « on définit comme mort subite du sportif un décès brutal ou rapide, en moins d'une heure après le début des symptômes, au cours d'une activité physique sans traumatisme ou pathologie connue ».
- 3- « La mort subite est un accident dramatique qui survient sur le terrain ou dans ses alentours immédiats ; le sportif souvent jeune, en plein effort, s'écroule subitement et meurt ».
- 4- La mort subite est défini par l'OMS comme une mort naturelle, rapide survenant en moins d'une heure après les débuts des premiers symptômes ou l'aggravation des symptômes préexistants.
- 5- La mort subite est une mort soudaine et inopinée l'intervalle de temps séparant les premiers signes et la mort n'excède pas quelques minutes.
- 6- La mort subite est/ou correspond à la survenue inattendue d'un décès moins d'une heure après le début des symptômes évocateurs dits ischémiques (défaut d'irrigation) du muscle cardiaque (douleur dans la poitrine, essoufflement)...

- 7- La mort subite est une mort naturelle, inattendue, au cours ou après une pratique sportive. Il n'y a eu aucune affection préalable détectée, un certificat non contre indication après la pratique ayant été délivré par un médecin.
- 8- Quasi-imprévisible et implacable, la mort subite est une manifestation soudaine à des problèmes cardiaques le plus souvent insoupçonnés.

B. Les causes

« On ne meurt pas par hasard ». Chaque effet a une cause, donc les causes des morts subites de sportifs (MSS) sont d'origine cardiaque dans 95% des cas et autres dans 5%.

1- Les causes d'origine cardiaque

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 5 ans.

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

b) Les troubles du rythme cardiaque

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

Le diagnostic est fait par prise de pouls et réalisation d'un ECG (électrocardiogramme). Il existe des différents types de troubles, par exemple :

- Tachycardie : accélération des battements du cœur au delà de 100 pulsations/minute ;

- Bradycardie : ralentissement des battements du cœur en dessous de 60 pulsations /minute ;
- Arythmie : irrégularité des battements cardiaques quelque soit sa fréquence. En pratique, ce terme est largement utilisé comme synonyme de « troubles du rythme » ;
- Tachyarythmie : rythme cardiaque rapide et irrégulier ;
- Bradycardie : rythme cardiaque lent et irrégulier.

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 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 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'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (l'INSEM) 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.

c) L'infarctus du myocarde

L'infarctus du myocarde est la conséquence immédiate de l'occlusion d'une artère coronaire ou de l'une des ses ramifications.

Privée subitement d'oxygène, la partie concernée du cœur meurt et se nécrose. Cet évènement s'accompagne la plupart du temps de douleurs comparables à des crampes.

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)

- Péri cardite : 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

a / l'anévrisme cérébral ou aortique

L'anévrisme cérébral apparaît lorsque la paroi de l'artère intracrânienne se dilate de façon anormale sous l'influence de divers facteurs. Il se crée alors une poche ou le sang s'accumule puisque celle-ci communique avec le vaisseau par le biais d'un collet.

Les anévrismes 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 anévrisme provoque une hémorragie sous-arachnoïdienne ou des hémorragies intracrâniennes. Les anévrismes géants (diamètre > 2,5) peuvent comprimer des structures adjacentes, y compris les nerfs oculomoteurs.

b / La Drépanocytose SS

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

c/ hyperthermie d'effort

Le coup de chaleur d'exercices 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.

d/ l'asthme

L'asthme est une maladie inflammation 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 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.

e/ l'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque cardiovasculaire qui favorise la survenue de complications cardiaques (maladies coronaires et d'insuffisance cardiaque), vasculaires (artérites et accidents vasculaires cérébraux et rénales (insuffisance)).

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 ou 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 automatique minimale lorsque le sang est évacué dans l'aorte.
- l'hypertension peut se mesurer grâce à des appareils appelés tensiomètre soit automatique (appareils d'auto-mesure), soit manuel lié à un stéthoscope.

f/ le tabagisme

Le tabagisme est l'intoxication provoquée par l'abus de tabac.

Les opinions sur le tabac sont plus nuancées (malheureusement) moins catégoriques.

Personne ne nie que le tabac est nocif à long terme chez les fumeurs habituels : augmentation de la fréquence des cancers des poumons, actions néfastes sur le système cardio-vasculaire, bronchite chronique plus fréquente et plus graves chez les avaleurs de fumée, Pharyngo-trachéites, troubles digestifs. Mais à court terme, le tabac n'est pas recommandé non plus ; en effet le sang des fumeurs contient une quantité non négligeable d'oxyde de carbone due à la combustion du tabac. Ce gaz bloque une certaine quantité (de 5 à 10% d'hémoglobines qui ne pourront ainsi contribuer au transport de l'oxygène des poumons vers les cellules). Cette sous-oxygénation, pour discrète qu'elle soit, doit être évitée chez le sportif, alors qu'elle ne gêne pas le sédentaire qui respire au repos en mettant en jeu une très faible partie de son système respiratoire.

g/ le dopage

Est considéré comme dopage l'utilisation de substances et de tous moyens destinés à augmenter artificiellement le rendement en vue et à l'occasion de la compétition, et qui peut porter préjudice à l'éthique sportive et à l'intégrité physique et psychique de l'athlète.

Le dopage est une pratique très ancienne, née sans doute avec les premières compétitions sportives. Son contrôle et sa répression n'ont pas tardé à suivre imposés par le besoin de justice et d'éthique sportive.

Il faut cependant noter que, si le dopage est un phénomène de société qui s'est maintenant généralisé, touchant une très grande partie de la population, seuls les sportifs sont passibles de sanctions pénales et professionnelles.

❖ les produits dopants interdits (médicaments)

Leurs dangers dépendent bien sûr de la nature des produits utilisés.

L'efficacité des listes de produits interdits est limitée par les possibilités de détection du produit dans l'organisme et par le retard qu'elles accusent quand de nouvelles substances apparaissent. Elles devraient, en particulier, être mises à jour plus souvent.

- Les excitants du système nerveux central (amphétamines surtout, mais aussi caféine, camphre, etc.) sont des psychoanaleptiques : ils diminuent

la sensation de fatigue et le besoin de sommeil ; leur action musculaire plus aléatoire relèverait de l'effet placebo. Accoutumance, effet euphorisant (faisant sous estimer le danger) et perturbation de la régulation thermique peuvent expliquer certains cas de mort subite du sportif. Heureusement, en quelque sorte, la détection de ces produits dans les urines est facile, ce qui limite beaucoup leur emploi aujourd'hui.

- Les hormones sont encore très utilisées.
 - ❖ L'emploi des corticoïdes est pourtant illogique et inutile (car il n'y a pas de baisse de la cortisol émie pendant l'effort) et en outre dangereux.
 - ❖ Les stéroïdes anabolisants de synthèse sont pris au cours de l'entraînement et non pendant la compétition, ce qui rend le dépistage difficile. A fortes doses, ils provoquent une prise de poids, jusqu'à 30, 50kg, un accroissement de la musculature et une amélioration des performances. Mais les dangers en sont nombreux et graves : agressivité, hypertension artérielle, rupture des tendons, diabète, ictère, cancer du foie ou de la prostate.
 - ❖ Les anabolisants naturels, plus récents sur le marché, posent des problèmes difficiles : leur efficacité serait prouvée, leur danger encore mal évalué et leur détection impossible...

h/ L'obésité

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

L'IMC est égal au poids (en kg) 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 $19\text{kg}/\text{m}^2$
- Le sur poids entre 25 et $30\text{kg}/\text{m}^2$
- L'obésité au dessus de $30\text{kg}/\text{m}^2$

Ceci est illustré par la figure présentée par LIPHA SANTE.



- de 60 à $40\text{kg}/\text{m}^2$ le sujet a une obésité morbide
- de 40 à $30\text{kg}/\text{m}^2$ le sujet est obèse
- de 30 à $25\text{kg}/\text{m}^2$ le sujet a un sur poids
- de 25 à $18,5\text{kg}/\text{m}^2$ le sujet a un poids normal
- de $18,5$ à $10\text{kg}/\text{m}^2$ le sujet a un poids insuffisant

Mais aussi il est indispensable de noter que l'IMC n'est une mesure valable que pour les adultes, entre 20ans et 65ans. Pour les 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.

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% les patients qui sont obèses présentent des dyslipidémies) ; L'hyper-uricémie ; L'hypertension.

III- Importance de la couverture médicale sportive

Nous pouvons dire que la couverture médicale sportive constitue l'action conjuguée de toute une équipe appelée à veiller sur la prévention et le suivi médical 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'équipe médicale

Elle est constituée de :

- Médecins
- Dentistes
- Pharmaciens
- Kinésithérapeutes et ré éducateurs
- Podologues
- Ostéopathes et chiropracteurs
- Unités d'intervention rapides
- Infirmiers
- Cardiologues, orthopédistes, physiologistes, physiothérapeutes 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.

Ils constituent une équipe pluridisciplinaire agissant en phase.

B- Rôles

1- les médecins du sport

Ils sont titulaires d'un doctorat en médecine, régulièrement inscrit à l'ordre des médecins du Sénégal.

Dans le cadre général, ces médecins sont appelés à :

- Établir les certificats de non contre indication à la pratique de 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 ;

- Prévoir la réanimation d'urgence ;
- Établir 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 sport et dans le cadre d'un recrutement) ;
- Assurer le rôle de conseil en prévention et recommandation de toute nature ;
- Surveiller les compétitions et les entraînements.

3- 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 de dents endommagées
- Conseils sur l'hygiène buccodentaire

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 d'une rencontre de football.

Si un joueur a perdu connaissance lors d'un choc qui a endommagé sa bouche, il faut avoir une 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 seulement 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 accidents.

4- Les pharmaciens

Les pharmaciens sont des professionnels, les plus avisés pour vous conseiller en matière d'achat de pansement, d'antiseptique et d'autres médicaments nécessaires. Les personnes qui exercent dans une officine ne sont pas pour autant des pharmaciens diplômés; ainsi demander toujours si vous avez des doutes sur un des produits que l'on vous recommande.

5- Les kinésithérapeutes et les ré éducateurs

Pour les besoins du traitement des accidents du football, ces deux professions représentent des points de comparaison au niveau des compétences bien qu'il y ait des différences entre elles. Toutes ces deux sont des spécialistes 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 ré éducateurs et les kinésithérapeutes pratiquent des soins en enseignant comment se servir de son corps de façon à faire disparaître les séquelles de la blessure.

Parfois, ils sont 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 pour que le joueur puisse retrouver la force de ses muscles affaiblis par l'immobilisation le plus vite possible.

Ils sont les professionnels de la rééducation utilisant entre autres procédés les lampes de chaleur ou des ondes à ultrasons.

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 ou reprises).

Dans le cas d'un traumatisme grave, nécessitant un traitement hospitalier, le joueur sera probablement examiné par une kinésithérapeute 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.

1. 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.

2. 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.

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 reconnaître que les ostéopathes et les chiropracteurs peuvent soigner les problèmes du dos ou du cou que la médecine conventionnelle est incapable de guérir.

3. 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 du traumatisme 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 au cours des grands matchs ou tournois.

4. Les infirmier(e)s

Est considérée comme infirmier ou infirmière « toute personne qui donne habituellement des soins d'infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu ». Compte tenu de cette définition du code de la santé publique, ces professionnels (le)s de santé ne semblent pas pouvoir être mis directement en cause notamment en matière de dopage, et il n'existe effectivement pas d'« infirmier du sport » différencié comme tel. Ce ne serait que dans le cas de manœuvres intempestives, d'interventions dans un poste de secours, par exemple, que pourrait se poser le problème de leur responsabilité directe.

Il en serait de même en cas d'une intervention illicite directe de leur part.

CHAPITRE II : METHODOLOGIE

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

1) Période d'étude

Nous avons mené notre étude durant la période du 23 janvier au 26 juin 2009.

2) 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 ou hypothèses qui sont posées.

Dans notre questionnaire nous avons choisi d'établir des questions fermées et des questions ouvertes. Les questions fermées sont celles auxquelles les personnes interrogées doivent répondre en choisissant parmi les réponses déjà formulées.

Quant aux questions ouvertes, ce sont celles auxquelles les personnes répondent en donnant librement leurs propres réponses.

Nous avons retenu x questions ouvertes et y questions fermées pour notre étude.

3) La population ciblée

Pour orienter notre enquête et mieux comprendre les différents paramètres, nous avons choisi de mener notre enquête uniquement au niveau de la région de Dakar et plus particulièrement au niveau de l'Odcav de Dakar .Nous avons ciblé cinq (5) acteurs administratifs par zone pour les ASC de l'ODCAV de Dakar. Pour les treize (13) zones, nous aurons une population de soixante cinq (65) acteurs administratifs (dirigeants). Ces acteurs s'impliquent pour la bonne marche du championnat national populaire du football sénégalais. Ce sont des personnes qui jouent un rôle important dans l'ASC. Ils détiennent aussi toutes les informations souhaitées.

Le choix de cette population permet de savoir si leurs pratiquants effectuent la visite médicale d'aptitude et sont exposés ou non aux risques de survenue de

mort subite qui se produisent presque chaque année au niveau du championnat national populaire de football.

4) Administration du questionnaire

Les questionnaires ont été distribués lors d'une rencontre des membres de l'ODCAV.

Lors de l'administration du questionnaire, nous avons été présent 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. Cela a pu se réaliser comme nous le souhaitons parce que quinze (15) questionnaires ont été perdus sur soixante cinq (65) distribués. Il faut signaler que malgré tout, notre tâche n'a pas été facilitée lors du recueil des informations. Cela est dû à la fin des activités de vacances et nous étions obligés de prendre les contacts des membres qui n'ont pas rendu leurs questionnaires pour aller les récupérer.

5) Traitement des données

Nous avons dépouillé les réponses de chaque questionnaire d'abord, puis regroupé les questions communes avec comme méthode celle dite « du pendu » ensuite nous avons fait le total et calculé le pourcentage. La méthode dite « du pendu » est une méthode souvent utilisée lors du dépouillement du questionnaire.

Le pendu est une figure de retournement baissière qui intervient après une tendance haussière. Il est aussi une annotation qui nous facilite de compter les différentes réponses après le dépouillement.

Pour celles ouvertes nous avons procédé à un regroupement des réponses presque identiques pour en tirer une idée générale, en faire l'analyse puis la discussion.

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Les résultats de ce tableau nous montrent la répartition de notre échantillon d'étude en fonction des zones de l'ODCAV de Dakar.

ZONES	NOMBRES D'ASC	POURCENTAGE (%)
1	4	8
2	5	10
3	5	10
4A	5	10
4B	5	10
5	5	10
6	0	0
7A	4	8
7B	3	6
8A	5	10
8B	0	0
8C	4	8
9	5	10
13	50	100

TABLEAU I: Répartition des ASC suivant les zones.

Analyse : Nous constatons que 10% de notre population d'étude sont des zones 2, 3,4A, 4B, 5,8A et 9 ; 8% des zones 1,7A et 8C ; 6% de la zone 7B ; et 0% des zones 6 et 8B de l'ODCAV de Dakar.

SCHEMA I : Disposez-vous d'un médecin pour votre équipe ?

Le schéma ci-dessous étudie la disposition des médecins pour les équipes de l'ODCAV de Dakar.

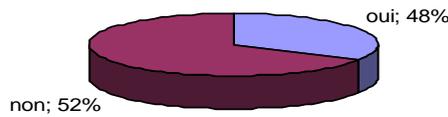


schéma I: Disposez-vous d'un médecin pour votre équipe?

Analyse : A partir des résultats du schéma I, nous pouvons dire que la majorité des équipes de l'ODCAV de Dakar ne disposent pas d'un médecin parce que 26 réponses contre 24 sur 50 recensées sont négatives, ce qui correspond à 52% de notre population d'étude. Par contre il y a 48% d'entre eux qui affirment le contraire en donnant des réponses positives.

SCHEMA II : Disposez-vous d'un infirmier pour votre équipe ?

Le schéma ci-dessous nous renseigne sur la présence d'infirmiers dans les équipes de l'ODCAV de Dakar.

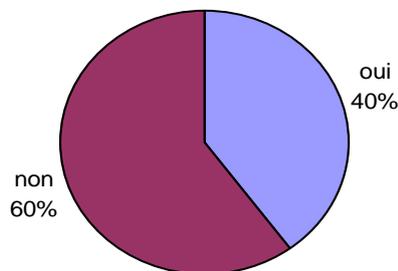


Schéma II: Disposez-vous d'un infirmier pour votre équipe?

Analyse : Les résultats de ce schéma nous montrent que la majorité des équipes de l'ODCAV de Dakar n'ont pas d'infirmier, ce qui correspond à 60% de notre effectif. Par contre, il faut signaler aussi que 40% des équipes ont chacune un Infirmier dans leur effectif.

SCHEMA III : Est-ce que vos pratiquants font la visite d'aptitude chaque année ?

Ce schéma renseigne sur l'effectivité annuelle de la visite médicale d'aptitude chez les pratiquants d'une ASC.

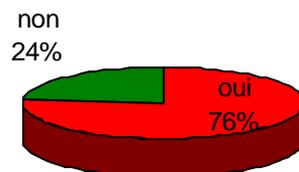


Schéma III : Est-ce que vos pratiquants font la visite d'aptitude chaque année ?

Analyse : Les résultats issus de ce schéma nous montrent que la majorité des pratiquants de l'ODCAV de Dakar font la visite d'aptitude chaque année avec un taux de 76% contrairement à un taux de 24% de l'effectif total.

SCHEMA IV : Si oui la visite est faite par qui ?

Le schéma ci après essaie d'identifier celui qui a effectué la visite médicale.

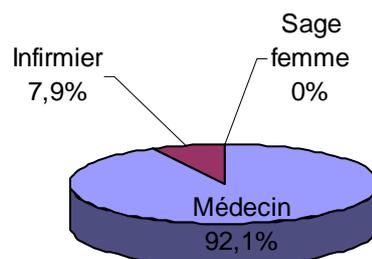


Schéma IV : Si oui la visite est faite par qui ?

Analyse : Les résultats de ce schéma nous révèlent que la plupart des pratiquants de l'ODCAV de Dakar ont été vu par un médecin avec un taux de 92,10% ; 7,90% par un infirmier et 0% par un sage femme.

SCHEMA V : Connaissez-vous une ASC qui effectue la visite médicale chaque année ?

Ce schéma renseigne sur la connaissance d'une ASC qui effectue la visite médicale chaque année.

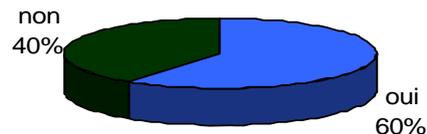


Schéma V : Connaissez-vous une ASC qui effectue la visite médicale chaque année ?

Analyse : Sur l'ensemble des réponses reçues, 60% de notre population d'étude connaissent des ASC qui effectuent chaque année la visite médicale tandis que 40% soutiennent le contraire.

SCHEMA VI : Y a t-il eu des pratiquants déclarés inaptes dans votre ASC ?

Ce schéma nous donne un aperçu sur l'existence de pratiquants déclarés inaptes dans les ASC.

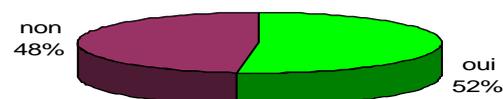


Schéma VI : Ya t-il eu des pratiquants déclarés inaptes dans votre ASC ?

Analyse : L'explication que nous donne ce schéma, c'est que la majorité des dirigeants affirment qu'il y a bel et bien des pratiquants déclarés inaptes dans leur ASC parce que 26 réponses contre 24 sur 50 recensées sont positives, ce qui correspond à 52% de notre population d'étude. Par contre 48% d'entre eux affirment le contraire en donnant des réponses négatives.

SCHEMA VII : Si oui c'est décidé par qui ?

Ce schéma essaie d'identifier celui qui a déclaré les pratiquants inaptes : un médecin, un infirmier, une sage femme, un entraîneur ou un dirigeant.

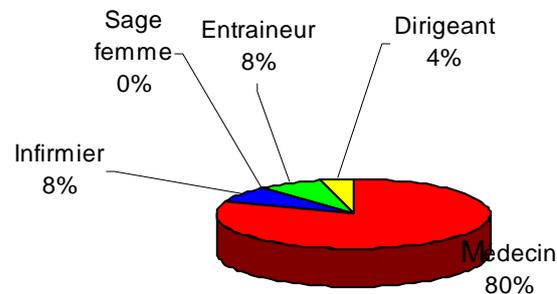


Schéma VII : Si oui c'est décidé par qui ?

Analyse : L'analyse des résultats de ce graphique nous montre que la majorité des pratiquants déclarés inaptes est décidé par les médecins avec un taux de 80% ; 8% décidés par les infirmiers et les entraîneurs ;4% par les dirigeants et 0% par les sages femmes.

SCHEMA VIII : Y a t-il eu des cas de mort subite dans votre ASC ?

Les résultats de ce schéma nous renseignent sur l'existence de cas de mort subite dans les ASC de l'ODCAV de Dakar.

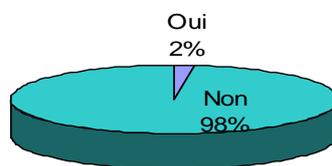


Schéma VIII : Ya t-il des cas de mort subite dans votre ASC ?

Analyse : L'analyse de ce graphique nous révèle 2% de mort subite dans notre population d'étude.

SCHEMA IX : Y a t-il des cas de mort subite dans votre zone ?

Ce schéma nous donne un aperçu sur les cas de mort subite dans les zones de l'ODCAV de Dakar.

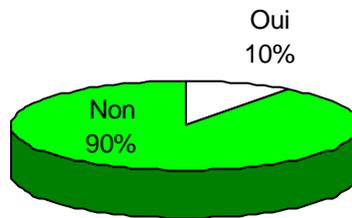


Schéma IX : Ya t-il des cas de mort subite dans votre zone ?

Analyse : Parmi les 13 zones, l'analyse de ce graphique nous révèle que la majeure partie des zones n'a pas enregistré de cas de mort subite. Ce qui représente 90% des effectifs.

SCHEMA X : La visite médicale d'aptitude est-elle nécessaire avant l'établissement des licences ?

Les résultats de ce schéma renseignent sur la nécessité d'une visite médicale d'aptitude avant l'établissement des licences.

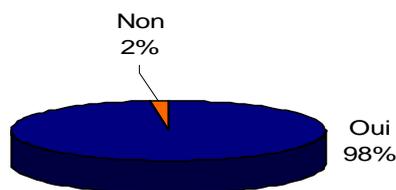


Schéma X : La visite médicale d'aptitude est-elle nécessaire avant l'établissement des licences ?

Analyse : Nous constatons d'après les résultats de ce graphique que la plupart des réponses issues de l'enquête demeurent positives. Ainsi nous avons sur ce schéma 98% des ASC qui font la visite médicale d'aptitude avant l'établissement des licences et 2% d'entre elles qui font le contraire.

SCHEMA XI : Etes-vous prêt à payer pour tous les pratiquants pour la visite d'aptitude ?

Ce schéma recueille l'avis des dirigeants pour voir s'ils sont prêts à payer pour tous les pratiquants de leur ASC pour la visite médicale d'aptitude.

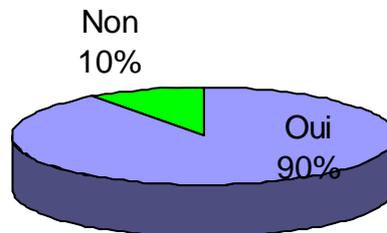


Schéma XI : Etes-vous prêt à payer pour tous les pratiquants pour la visite d'aptitude ?

Analyse : Sur l'ensemble des réponses reçues, 90% de notre population d'étude sont prêts à payer tandis que 10% d'entre eux soutiennent le contraire.

SCHEMA XII: Doit-on exiger la visite médicale avant toute compétition ?

Ce schéma apprécie la position des dirigeants sur la nécessité d'exiger la visite médicale avant toute compétition.

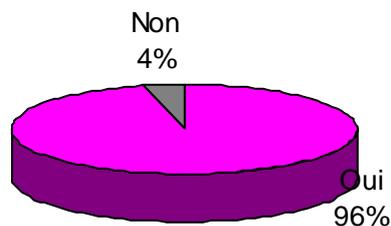
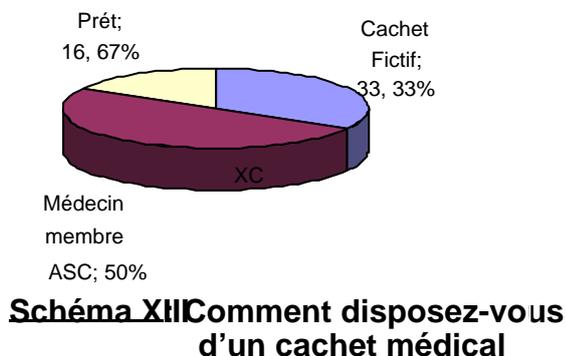


Schéma XII: Doit-on exiger la visite médicale avant toute compétition ?

Analyse : Sur la totalité des réponses recensées, 96% des dirigeants jugent que tout pratiquant doit faire la visite médicale avant toute compétition par contre 4% d'entre eux disent le contraire.

Question N°5 : si non comment disposez-vous du cachet médical pour valider l'aptitude de vos pratiquants?



Analyse : Les réponses sur cette question révèlent que la majeure partie des dirigeants d'ASC (50%) traitent le plus souvent avec un médecin qui peut être parfois un membre de l'ASC. Par contre il y en a certains (33,33%) qui confectionnent leur propre cachet fictif pour uniquement s'en servir au moment des navétanes. Autre fait marquant, les dirigeants (16,67%) se permettent de se prêter un cachet sans que les joueurs ne soient consultés.

Question N°14 : que préconisez-vous contre la mort subite ?

Analyse : presque toute la population de notre étude (environ 98%) retient la même idée, qui est le suivi médical régulier et permanent durant la période des navétanes. Cependant 2% de la population affirment que la mort subite est une chose que nous ne pouvons pas éviter car étant une volonté de Dieu.

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS

Après avoir exploité et analysé les différents résultats des questionnaires, nous essayerons de faire la discussion de l'ensemble des résultats de notre recherche. Nous avons réalisé notre étude pendant la période du 23 janvier au 26 juin 2009. Elle a coïncidé avec la fin des activités de l'Odcav, ce qui a rendu difficile notre enquête.

Cette enquête a ciblé une population qui représente 33,67% de l'effectif total des ASC de l'ODCAV de Dakar. Le pourcentage des dirigeants d'ASC qui ont rendu leurs questionnaires est de 25,90%. Nous pouvons dire que la majorité des questionnaires a été rendue. La différence entre le pourcentage des questionnaires distribués et ceux qui sont rendus est de 7,77%. Ces derniers l'ont fait par négligence car nous avons fait la distribution des questionnaires lors d'une rencontre des membres de l'ODCAV de Dakar regroupant les différents présidents de zones.

En résumé nous pouvons dire que l'administration et le recueil du questionnaire n'ont pas été faciles car les activités de vacances étaient déjà clôturées pendant cette période.

D'après les résultats du schéma N°1, 52% de notre population d'étude disposent d'un médecin contre 48%. Donc nous pouvons dire que la majeure partie de ces équipes est bien protégée contre certains accidents et certains risques de mort subite si leurs médecins respectent les règles de la visite d'aptitude pour chaque pratiquant.

Dans le schéma N°2 ; 40% de la population d'étude disposent d'un infirmier. Dans ce cas nous pouvons signaler que ces équipes sont exposées à toute sorte d'accident dans la pratique du football parce qu'un infirmier ne peut pas livrer un certificat d'aptitude à la pratique du sport et son rôle est de donner habituellement des soins sur prescription ou conseil médical.

D'après l'analyse du schéma n°3, la majorité des pratiquants des équipes de l'ODCAV de Dakar font la visite d'aptitude chaque année avec un taux de

76% contre 24% de l'effectif total. Cela explique que ces pratiquants disposent d'un suivi médical annuel. Ceci va contribuer à diminuer le taux d'accident grave comme la mort subite du sportif dont la cause majeure est d'origine cardiaque.

Le schéma n°4 confirme l'analyse et la discussion du schéma n°3 car il révèle que la plupart des pratiquants de l'ODCAV de Dakar (92,10%) font la visite d'aptitude par un médecin. Donc nous pouvons dire que la majeure partie des dirigeants d'ASC prend soin de leurs pratiquants car ils ont la personne idéale (médecin) pour le suivi de leurs pratiquants.

L'analyse du schéma n°5 nous montre que 60% de notre population d'étude contre 40% connaissent des ASC qui effectuent chaque année la visite médicale.

Donc nous pouvons dire que la majorité des équipes de l'ODCAV de Dakar dispose d'un suivi médical car l'analyse des résultats du schéma n°6 nous confirme qu'il y a un grand nombre de dirigeants d'ASC (52% contre 48%) qui soutiennent qu'il y a bel et bien des pratiquants déclarés inaptes dans leur ASC. Donc nous pouvons supposer que les médecins respectent les règles de la visite médicale d'aptitude.

Pour le schéma n° 7 sur la décision de l'inaptitude des pratiquants ; 80% des dirigeants d'ASC disent que c'est le médecin qui décide tandis que 20% disent le contraire. Donc ces résultats nous montrent que la majorité des dirigeants d'ASC sont satisfaits des décisions des médecins en l'appliquant. Par contre les autres décisions d'inaptitude ne sont pas valables car aucune personne en dehors du médecin ne peut pas décider de l'inaptitude à la pratique du sport.

Cependant pour le schéma n° 8 sur les cas de mort subite dans votre ASC ; 2% des dirigeants révèlent un seul cas de mort subite au niveau des zones de l'Odcav de Dakar et 98% disent le contraire. Du point de vue de la nécessité de la visite médicale avant l'établissement des licences, 98% de notre population d'étude disent que tout pratiquant doit faire la visite médicale d'aptitude avant

l'établissement de sa licence et 2% affirment le contraire. Dans ce cas il peut y avoir un pratiquant malade et une fois soumis à une pratique intense de sport, il est exposé au risque de mort subite (cf. schéma n° 10).

Etant donné que le championnat national populaire est financé par l'Etat ; 90% de la population qui dirige affirment qu'ils sont prêts à payer pour tous les pratiquants de leur ASC pour la visite d'aptitude médicale. Donc nous pouvons dire que quelque soit la situation des ASC, ils sont prêts à s'investir pour le bien être de leur pratiquant (cf. schéma N°11).

D'après le schéma n°12 de notre enquête qui nous renseigne sur la nécessité d'exiger la visite médicale avant toute compétition, presque toute la population de notre étude adhère à cette proposition avec un taux de 96% contre 4%. Donc si vraiment ces pratiquants font la visite médicale avant toute compétition, ils sont protégés contre certains accidents et risques de mort subite. D'après la question N°5, parlant de ces faits récurrents, frauduleux et dangereux d'utilisation de cachet fictif, nous nous posons la question de savoir si cette pratique n'est pas à l'origine de la recrudescence du phénomène de mort subite qui est devenu plus fréquent dans le milieu des navétanes ? A travers cette question, nous nous rendons compte que les dirigeants jouent avec la vie de leurs pratiquants en ne respectant pas le recueil des textes réglementaires de l'ONCAV qui exigent une visite médicale avant toute compétition.

Les résultats de la question N°14 nous permettent d'affirmer que la majorité des dirigeants d'ASC est consciente de l'importance de la couverture médicale des équipes de football ou même du sportif à tous les niveaux et à tout moment.

Donc s'ils ne l'appliquent pas alors qu'ils en sont conscients, c'est peut être par manque de volonté ou de moyens. L'évocation de la volonté divine par 2% de la population d'étude est dangereuse.

CHAPITRE V : RECOMMANDATIONS

La mort subite ne survient pas chez les sportifs par hasard. Elle est le plus souvent le résultat d'affections cardio-vasculaires qui n'avaient pas été diagnostiquées. Cependant pour limiter ce fléau, quelques recommandations de bases seront formulées.

Ces recommandations sont :

1. Appliquer un programme de suivi médical comportant :
 - Un examen médical
 - un ECG (électrocardiogramme) annuel
 - une échographie cardiaque pour voir s'il n'y a pas des malformations cardiaques
2. Faire prendre en charge cette visite médicale d'aptitude par l'Etat ou par l'ONCAV
3. Agréer des médecins avec adresses précises pour un respect strict de ces visites.
4. Appliquer des sanctions exemplaires aux tricheurs.
5. Respect d'une phase d'échauffement et de récupération
6. Hydratation correcte avant, pendant et après l'effort
7. S'adapter aux conditions ambiantes : forte chaleur, grande humidité, grand froid, haute altitude
8. Eviter les efforts trop proches des repas (attendre au minimum (3) trois heures de temps)
9. Pas de douche immédiatement après la séance, en l'absence d'un retour au calme bien conduit.
10. Pas de tabac après l'effort.
11. Eviter le sport en cas de fièvre, infection ou fatigue anormale.
12. Respecter une période de convalescence, donc sans entraînement, après une maladie infectieuse
13. Signaler à son médecin les symptômes dépendants des efforts : douleur thoracique, malaise, gêne respiratoire inhabituelle.

CONCLUSION

Nous avons pendant six mois (Janvier- Juin 2009) mené une étude au niveau des dirigeants de football de l'ODCAV de Dakar sur le thème « étude de la visite médicale d'aptitude et des risques de survenue de mort subite dans le championnat national populaire (navétanes) de Dakar ».

Notre travail a été élaboré dans une logique prospective et descriptive autour d'une population d'étude de cinquante (50) sujets sur cent quatre vingt treize (193), soit 25,90% de la totalité des ASC issus des treize zones de l'ODCAV de Dakar.

Les résultats de notre travail montrent que les pratiquants des ASC de l'ODCAV de Dakar ne bénéficient presque pas de suivi ou de couverture médicale régulière.

Certains dirigeants sollicitent les médecins uniquement pour disposer d'un cachet d'aptitude à la pratique du sport sur les licences (50%). D'autres font appel à des infirmiers ou sage femmes ou même confectionnent des cachets fictifs (33%) qu'ils se passent entre eux pour répondre aux normes de dépôt des licences.

Ces pratiques sont confirmées par le taux élevé de méconnaissance d'ASC effectuant régulièrement la visite médicale (40%).

Ces résultats nous révèlent que ces dirigeants sont irresponsables car bien conscients de la santé des pratiquants s'intéressent plus aux résultats sportifs. D'une manière générale donc les pratiquants des ASC de l'ODCAV de Dakar sont exposés à des risques d'accidents et d'incidents et des risques de survenue de mort subite (10% de mort subite dans la population d'étude). Pour une pratique de sport avec le moins de risque possible, il est impératif d'appliquer un programme cohérent de surveillance médicale des acteurs du mouvement navétanes rencontrant l'adhésion de l'oncav et de l'état avec la mise en place de moyens conséquents indispensables à sa réussite.

Au terme de notre étude nous signalons que ce travail qui est un début peut être poursuivi de manière plus large et plus pertinente sur l'étendue du territoire.

Dans ce sens, ne faudrait-il donc pas penser surtout à la prévention des risques de survenue de mort subite chez les pratiquants du championnat national populaire ?

Une question que nous proposons aux étudiants et à tous les intellectuels soucieux de la santé des sportifs en général pour que ce travail effectué et adressé au monde du sport reste un support qui pourra servir.

BIBLIOGRAPHIE

1. **DINAL DAVID** : Docteur cardiologue ; la mort subite sur le terrain de sport, dossier du centre d'évaluation sport santé de Martinique, 2004 Madiana schoelcher.
2. **HARICHAU X. MICHELE – HARICHAU PIERRE** : Droit et Médecine du Sport, 2004, Masson.
3. **JOUSSELLIN HERIC** : La médecine du sport sur terrain : suivi de l'entraînement environnement du sportif quotidien de l'équipe soignante, 2005, Masson.
4. **LUMBROSO – ROSSANT JACQUELINE** : La Médecin du Sport, 1982, PUF.
5. **Ministère : sport - culture – jeunesse, ONCAV** : recueil des textes réglementaires, 17 septembre 2006 à Dakar.
6. **MONROCHE ANDRE** : collection sport santé, football : entraînement et surveillance médicale par la commission centrale de la Fédération Française de Football, 1976, Médical et universitaire.
7. **SALMI R. L.** : Lecture critique et communication médicale scientifiques. Editions scientifiques et médicales. Elsevier, Paris 2002.
8. **SENE (B)** : Recommandation de la commission Centrale des arbitres (CCA) sur les lois du jeu. L'esprit et la lettre. Dakar, 2005.
9. **TAS** : Avis consultatif du 21 Décembre 1995 N°45/144 « Le système olympique et les pouvoirs face au dopage et à la corruption : partenaire ou confrontation ». Code du sport, 2^e Edition, Dalloz 2001, pages 212-538.
10. **WULLAERT (P)** : Guide pratique de mémoire de sport. Edition Masson, Paris, 1984, pages 37-78, 103-108.
11. **ZDANSKY A.** : « La radiologie dans le problème du cœur sportif ». Weiner Klin. Wochens., 1949, pages 59 :393-397.

MEMOIRES

- 12.FALL Malick** : Etude des risques de survenu de mort subite chez les équipes de football de première division de la région de Dakar. Mémoire INSEPS 2006-2007.
- 13.NDIAYE BIRAME** : Couverture Médicale des clubs de football de première division de la région de Dakar : diagnostic et perspectives. Mémoire INSEPS 2003-2004.
- 14.SALL (A)** : Sport et Santé : Les risques traumatiques et les antécédents médicaux chez l'enfant et l'adolescent. Mémoire INSEPS 1987-1988.
- 15.SECK Ndob** : Contribution à l'étude de la visite médicale d'aptitude des arbitres internationaux de football du Sénégal : mémoire CES médecine du sport, 2000.

ANNEXE I

TABLEAU II: Présence d'1 médecin dans l'équipe.

Réponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	24	48
Non	26	52
Total	50	100

TABLEAU III : Présence d'un infirmier pour votre équipe

Réponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	20	40
Non	30	60
Total	50	100

TABLEAU IV : Est-ce que vos pratiquants font la visite d'aptitude chaque année ?

Réponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	38	76
Non	12	24
Total	50	100

TABLEAU V : Si oui la visite est faite par qui ?

Fonctions	Effectifs	Pourcentage (%)
Médecin	35	92,10
Infirmier	3	7,90
Sage femme	0	0

TABLEAU VI : Connaissez-vous une ASC qui effectue la visite médicale chaque année ?

Réponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	30	60
Non	20	40
Total	50	100

TABLEAU VII : Ya t-il eu des pratiquants déclarés inaptes dans votre ASC ?

Réponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	26	52
Non	24	48
Total	50	100

TABLEAU VIII : Si oui c'est décidé par qui ?

Fonctions	Effectifs	Pourcentage (%)
Médecin	21	80,76
Infirmier	2	7,70
Sage femme	0	0
Entraîneur	2	7,70
Dirigeant	1	3,84
Total	26	100

TABLEAU IX : Ya t-il des cas de mort subite dans votre ASC ?

Réponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	1	2
Non	49	98
Total	50	100

TABLEAU X : Ya t-il des cas de mort subite dans votre zone ?

Réponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	5	10
Non	45	90
Total	50	100

TABLEAU XI : La visite médicale d'aptitude est-elle nécessaire avant l'établissement des licences ?

Réponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	49	98
Non	1	2
Total	50	100

TABLEAU XII : Etes-vous prêt à payer pour tous les pratiquants pour la visite d'aptitude ?

Réponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	45	90
Non	5	10
Total	50	100

TABLEAU XIII: Doit-on exiger la visite médicale avant toute compétition ?

Réponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	48	96
Non	2	4
Total	50	100

ANNEXE II

Chers collaborateurs, ce questionnaire entre dans le cadre de l'élaboration d'un mémoire de maîtrise en Sciences Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS). Nous vous assurons du caractère purement scientifiques et confidentiel des réponses que vous nous donnerez.

NB : Ce questionnaire est anonyme de ce fait il est inutile d'y marquer votre nom.

Questionnaire

1. Disposez-vous d'un médecin pour votre équipe ?

Oui

Non

2. Disposez-vous d'un infirmier pour votre équipe ?

Oui

Non

3. Est-ce que vos pratiquants font la visite d'aptitude médicale chaque année ?

Oui

Non

4. Si oui la visite est faite par qui ?

- Médecin
- Infirmier
- Sage femme

5. Si non comment disposez-vous du cachet médical ?

6. Connaissez-vous une ASC qui effectue la visite médicale d'aptitude chaque année ?

Oui

Non

7. Y a-t-il des ASC pratiquants déclarés inapte dans votre ASC ?

Oui

Non

8. Si oui c'est décidé par qui ?

- Médecin
- Infirmier
- Sage femme
- Dirigeant

9. Y a-t-il eu des cas de mort subite dans votre ASC ?

Oui Non

10. Y a-t-il eu des cas de mort subite dans votre Zone ?

Oui Non

- Si oui combien ?-----

- Quand ?-----

11. La visite médicale d'aptitude est – elle nécessaire avant l'établissement des licences ?

Oui Non

12. Êtes-vous prêt à payer pour tous les pratiquants pour la visite médicale ?

Oui Non

13. Doit-on exiger la visite médicale avant toute compétition ?

Oui Non

14. Que préconisez vous contre la mort subite ?

