

REPUBLIQUE DU SENEGAL



UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DES UNIVERSITES, DES CENTRES
UNIVERSITAIRES REGIONAUX ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR (UCAD)



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 (S.T.A.P.S)

THEME

Enquête sur le diagnostic, le traitement et le suivi
des blessures chez les footballeurs en
première division à Dakar : Saison 2010-2011

PRESENTE PAR :

Achille SAMBOU

Etudiant en Maîtrise de STAPS

SOUS LA DIRECTION DE :

Docteur Abdoulaye BA

Professeur agrégé en Physiologie et

Maître de Conférences

ANNEE UNIVERSITAIRE 2010-2011

DEDICACES

Dédicaces

Ce modeste travail est dédié :

- ✓ A toi mon *Dieu* pour toutes tes grâces ;
- ✓ A mon feu père *Paul SAMBOU* qui vient juste de nous quitter et à qui je dois toute ma réussite scolaire; Les mots ne sauraient exprimer avec exactitude à quel point je regrette ton absence. Que Dieu t'accueille dans son paradis céleste. Amen !!!
- ✓ A ma chère mère adorée *Pascaline LAMBAL* pour les efforts, la tolérance et les sacrifices consentis à mon égard ;
- ✓ A mes frères et sœurs *Ghislain, Yves, Yannick, Baudouin, Pierre-Bertrand, Isaïe, Clément et Jeannot, Eva, Manuela, Catherine, Marie-Louise, Nadia, Lina* pour leurs affections constantes et leurs encouragements continus;
- ✓ A mes tuteurs *Charles DIEDHIOU*, et *Clarisse SAMBOU*, pour leur soutien inestimable et leur assistance ;
- ✓ A mes *Oncles* et *Tantes*, mes *Cousins* et *Cousines*, mes *Neveux* et *Nièces*, pour leur profonde reconnaissance et pour leur amour filial;
- ✓ A Tous mes *Professeurs*, mes *Camarades de promotion* pour le long chemin mené ensemble ;
- ✓ Les familles *SAMBOU, DIEDHIOU, LAMBAL, BADIATÉ, DIABONE, ASSINE.....* pour leur accueil chaleureux.

REMERCIEMENTS

Remerciements

- ✓ Comme le veut l'usage pour des raisons de probité intellectuelle et de reconnaissance, tout ce que mon travail doit à des personnes qui ont aidé de façon directe ou indirecte à sa réalisation, je tiens à exprimer ma gratitude à l'endroit de ceux-là, plus précisément à tous les joueurs qui ont pris de leur précieux temps pour se prêter à mes questions lors des enquêtes.
- ✓ Je suis aussi particulièrement reconnaissant à tous les Docteurs qui, tout au long de mon travail d'enquête m'ont apporté l'assistance nécessaire au bon déroulement de mes entretiens. Leur disponibilité et leurs remarques avisées ont grandement contribué à la réalisation de ce travail.
- ✓ Ma gratitude s'exprime également à l'endroit de Docteur BA, mon Directeur de mémoire, Enseignant de cœur qui consacre de façon discrète mais ô combien intense et efficace, toute son énergie. A travers lui, je dis toute ma reconnaissance au corps professoral, à l'administration et au personnel de service de l'Institut National Supérieur pour l'Education Populaire et du Sport (INSEPS).
- ✓ Les échanges que j'ai eus avec certaines personnes ont beaucoup apporté à ce travail. Il s'agit entre autres, de Monsieur Abdou Wahib KANE, d'Yves SAMBOU, de mes professeurs, de mes Amis et camarades de promotions.... Qu'ils trouvent ici l'expression de mes sincères remerciements car j'ai aussi apprécié leur disponibilité.
- ✓ Je remercie également toutes les personnes que j'ai peut être oublié de citer et à qui je dois énormément pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.
- ✓ Enfin, j'ai à accomplir un dernier acte de gratitude mais non le moindre. C'est naturellement à l'égard de ma copine, mais aussi particulièrement à tous les membres de ma famille qui, sans leur patience et leur soutien, il ne me serait sans doute pas possible de réaliser ce travail.

SOMMAIRE

Dédicaces.....	2
Remerciements	3
Sommaire	4
Résumé	Erreur ! Signet non défini.
Introduction.....	7
Problématique.....	8
Chapitre I : Revue Littérature	11
I. Présentation de la ville de Dakar :	13
a) Situation Géographique :	13
b) Démographie :	13
c) Climat :	13
II. Quelques rappels sur le championnat pro au Sénégal	14
a) Ère professionnelle (depuis 2009).....	14
b) Organisation du championnat :	14
III. Définitions et Explications de quelques concepts :	15
IV. Importance de la Couverture Médicale Sportive	16
a) L'équipe Médicale :	16
b) Rôles :	17
V. Physiologie et anatomie du muscle.....	21
a) Rappels physiologiques du muscle.....	21
b) Rappels anatomiques du muscle.....	24
VI. Aspects anatomiques des os et des articulations	27
a) La constitution du squelette :	27
b) Etude générale des os :	27
c) Vascularisation et innervation des os.....	28
d) Développement du squelette.....	28
e) Classification des articulations	29
f) Vascularisation et innervation des articulations	29
VII. Physiopathologie des accidents sportifs.....	30
a) La sensibilité :	30
b) La douleur :	31

VIII.	Moyens de diagnostic des blessures au football	32
a)	Examen clinique :	32
b)	Examens complémentaires	32
IX.	Quelques exemples de traumatisme au football	33
a)	Les lésions osseuses :	34
b)	Les Lésions articulaires	34
c)	Les Lésions musculaires.....	35
d)	Les Lésions tendineuses	35
e)	Les Lésions viscérales	36
X.	Les moyens de traitement des blessures au football.....	36
a)	Buts et Objectifs du traitement au football	36
b)	Les Principes de traitement.....	37
c)	Les stratégies de traitement.....	38
d)	Les Méthodes de traitement.....	38
e)	Le traitement préventif	40
	Chapitre II : Méthodologie	42
a)	Cadre de l'enquête	43
b)	La population cible :	43
c)	Les instruments de recherche :	43
d)	Recherche documentaire	45
	Chapitre III : Présentation et Commentaire des Résultats	46
1.	Réponses des Joueurs :	47
2.	Réponses des Médecins	58
	Chapitre IV : Conclusions, Recommandations et Perspectives.....	72
	Conclusion :	73
	Recommandations.....	74
	Perspectives.....	75
	Bibliographie.....	76
	Internet et Mémoires :.....	77
	Annexes : Liste des tableaux	78
	QUESTIONNAIRES.....	80
	Guide d'entretien des Médecins :.....	82
	Guides d'entretien des Dirigeants de Clubs :	83

RESUME

Le football est le sport le plus pratiqué au monde car suscitant une grande passion surtout lorsqu'il s'agit d'une compétition tant au niveau amateur que professionnel. Mise à part sa partie ludique et plaisante, il faut aussi signaler qu'il peut entraîner des blessures graves, car nécessitant des réactions, des courses rapides, une endurance certaine et de grandes qualités de stratégie. Un footballeur parcourt en moyenne entre 5 et 7 km au cours d'un match. C'est donc un sport qui est exigeant sur le plan physique.

C'est ainsi que pour bien traiter ce thème, nous avons décidé de préciser :

✓ OBJECTIFS :

- Répertorier les blessures les plus fréquentes chez les footballeurs de première division de Dakar ;
- Etudier le traitement et le suivi de ces blessures.

✓ METHODE :

Nous avons réalisé une enquête basée sur des questionnaires. Dans les onze (11) clubs évoluant à Dakar, nous avons interrogés des footballeurs et les Médecins de Clubs.

✓ RESULTATS :

Après étude, les résultats que nous avons observés sont :

- Des pourcentages assez élevés de joueurs blessés mais pas avec la même gravité ;
- des blessures qui sont pratiquement de nature musculaire ;
- l'immobilisation et l'examen clinique sont les méthodes les plus utilisés par les médecins interrogés ;
- d'énormes problèmes liés aux manques de médecins spécialistes, d'équipements sportifs et d'infrastructures médicales adéquates ;
- la majeure partie des joueurs ont eu un suivi dans leur traitement.

✓ CONCLUSION :

Il s'agissait pour nous de faire ressortir les blessures les plus fréquentes dans notre championnat de première division, d'en étudier leur origine, de préconiser quelques méthodes de traitement, afin d'envisager un suivi pour une meilleure reprise de l'activité.

Le croisement des réponses fournies par les joueurs, ainsi que les médecins de clubs nous a permis de découvrir que :

- Les principaux problèmes rencontrés par les footballeurs sont d'ordre traumatique, essentiellement au niveau des jambes.
- La nature des terrains de jeu qui sont pour la majeure partie du temps inadapté constitue aussi un facteur causant des blessures chez les joueurs.

Introduction

Introduction

Le sport, dont on s'accorde à reconnaître qu'il constitue l'un des grands phénomènes sociaux du XX^e siècle, n'a suscité jusqu'à présent que peu d'études surtout au plan médical, comparé à l'ampleur de sa renommée. En effet, les activités sportives n'ont cessé de se développer au fil du temps au point d'occuper aujourd'hui, une place essentielle dans nos sociétés.

C'est ainsi que, connaissant les vertus thérapeutiques du sport en général (**réduire les risques cardiovasculaires, diabète ou obésité, solidité des organes, aisance respiratoire, force musculaire, capacité de se mouvoir, l'équilibre, et hygiène de vie en générale...**), nous pouvons comprendre aisément pourquoi cet engouement soudain pour sa pratique.

Et parmi ces activités physiques sportives, nous citerons le football qui apparaît sans nul doute comme une activité corporelle, longtemps pratiquée sous des formes variées au cours du temps, et demeurant ainsi un sport prisé même au XXI^e siècle. Considéré à la fois comme un jeu récréatif, mais aussi comme une activité de compétition par excellence, il nécessite un ensemble de gestes multiples, des actions individuelles ou combinées, des courses lentes et rapides, que le joueur accomplit pendant presque toute la durée du match.

C'est donc un sport qui est exigeant au niveau cardiovasculaire, et qui nécessite de l'endurance, des qualités physiques impressionnantes. À cela s'ajoute qu'il occasionne des traumatismes, car même étant non violent, il fait souvent appel à de nombreux contacts.

Ceux-ci augmentent encore plus, lorsque les footballeurs, appliquant la devise olympique: « **Citius, Altius, Fortius** », (**plus vite, plus haut, plus fort**), cherchent à se surpasser. Ainsi, nous pouvons donc comprendre naturellement pourquoi beaucoup de joueurs disparaissent de la scène footballistique pendant un certain temps et ne réapparaissent que tardivement voire à jamais.

En tant qu'optionnaire de cette discipline, pratiquant ce sport dans le pays et œuvrant pour la réussite de ce dernier, nous avons jugé nécessaire pour mieux aider nos footballeurs, de faire : **Une enquête sur le diagnostic, le traitement et le suivi des blessures chez les footballeurs en première division à Dakar : Saison 2010-2011.**

Afin de mieux étayer notre étude, nous avons jugé opportun de faire tout d'abord une enquête sur le diagnostic complet des blessures, ensuite d'énumérer les différents traitements proposés par les médecins et enfin envisager un éventuel suivi pour un meilleur retour ou une bonne reprise de l'activité sportive.

Problématique

Problématique

« Santé et condition physique sont deux termes étroitement liés au sport. Les liens qui unissent la condition physique et la santé au sport sont d'autant d'arguments pour persuader les gouvernements de fournir des installations et d'encourager la participation sportive » d'après ***le manuel d'administration sportive***, publié par la Solidarité Olympique en Aout 2001 à la page 355.

Et toujours dans le même manuel, on peut y ajouter que: « Dans le sport de haut niveau, les joueurs doivent rester en excellente santé tout en soumettant leur corps à des efforts et à des tensions intenses. La médecine est donc appelée à jouer un rôle très important dans leur préparation pour la compétition »

Le sport de haute compétition exige de la médecine du sport une contribution qui se définit comme suit :

a) Contrôle de la santé générale :

Avant d'aborder un entraînement intensif, le compétiteur doit tout d'abord subir des contrôles visant à vérifier si son corps ne souffre pas d'indispositions, de faiblesses et de maladies qui peuvent être guéries.

✚ C'est dans cette mouvance qu'on peut se permettre de se poser la question de savoir quelles sont les conditions médicales dans lesquelles évoluent les joueurs de football de notre championnat de première division ?

✚ Les clubs, répondent-ils à toutes les normes médicales requises selon les clauses mises en place par la fédération ?

b) Services en cas de blessure :

Le Sénégal est un pays où le climat est souvent chaud et sec, exposant ainsi le joueur à des risques d'épuisement et de déshydratation.

✚ Cela nous permet de nous poser la question de savoir : Est ce que l'instabilité climatique n'est pas cause de blessure ?

Par ailleurs il faut noter l'état défectueux des terrains de jeux qui ne sont pas tous adaptés aux normes internationales. On peut ainsi naturellement se poser la question de savoir:

✚ Est ce que l'état défectueux des terrains, l'inadaptation des équipements n'influent pas sur la santé des joueurs ?

On constate souvent, que certains joueurs, après avoir disputés quelques matchs, disparaissent pendant une longue période voire même définitivement à cause d'une blessure.

✚ Ces absences sont-elles liées à l'état médical du joueur ?

Dans beaucoup de rencontres, il a été constaté l'absence de personnel et/ou un manque de matériel médical.

La retraite prématurée des joueurs de football est devenue un phénomène de plus en plus fréquent. La cause est sans doute une blessure non ou mal traitée. Et en plus nous assistons à des accidents de gravités différentes car la pratique du football engendre des traumatismes à la suite de tensions excessives exercées sur le corps pendant les séances d'entraînement ou les compétitions.

Et la question qui se pose est :

✚ Est-ce que les médecins veillent suffisamment et avec rigueur sur l'état médical des joueurs ?

c) Services d'information et de formation

Entraîneur (s) et médecin (s) doivent accompagner l'entraînement, afin que les joueurs puissent acquérir de saines habitudes de vie. Ils peuvent guider les athlètes pour leur éviter des blessures et les maintenir en bonne santé. Ils leur donneront des conseils sur l'hygiène, le repos, le sommeil, la signification des symptômes...

C'est pourquoi nous pouvons nous demander :

✚ si les dirigeants sont conscients de la santé des joueurs ou s'intéressent-ils plutôt aux résultats sportifs ?

Le physiothérapeute insistera sur l'importance des exercices d'échauffement, d'étirement et de posture tandis que le diététicien leur indiquera de bonnes habitudes alimentaires.

✚ C'est ainsi donc que nous pouvons nous permettre de nous poser la question de savoir si les clubs disposent de spécialistes ou de professionnels qualifiés en la matière ?

Voilà autant d'interrogations qui ont motivées notre curiosité et nous ont poussé à centrer notre étude sur :

« Une enquête portant sur le diagnostic, sur le traitement et le suivi des blessures chez les footballeurs en première division à Dakar: Saison 2010-2011 »

Pour mener à bien notre étude, nous avons adopté en premier lieu un plan comportant dix (10) grands points présentés comme suit :

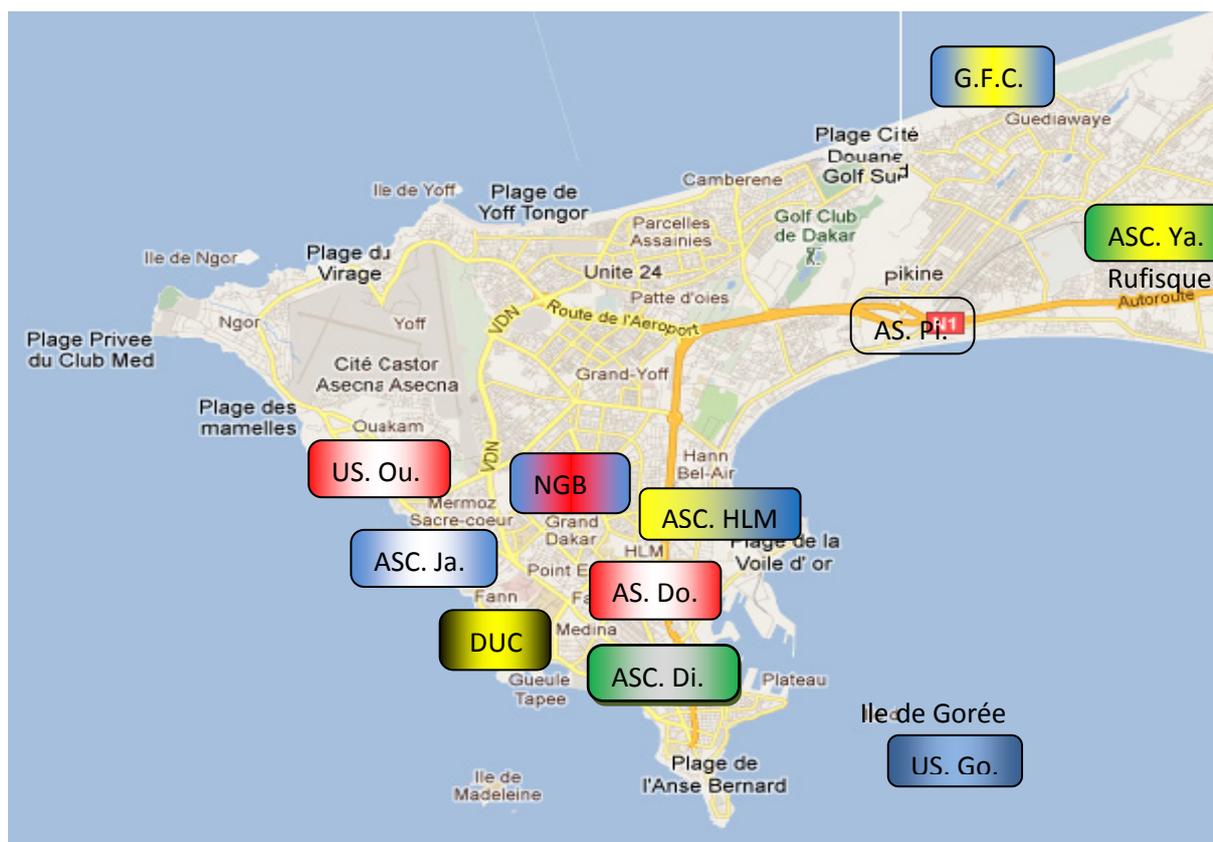
- La présentation de la ville de Dakar ;
- Quelques rappels sur le championnat professionnel au Sénégal ;
- Définitions et explications de quelques concepts ;
- Importance de la couverture médicale ;
- Physiologie et anatomie du muscle ;
- Aspects anatomiques des os et des articulations ;
- La physiopathologie des accidents sportifs ;
- Les moyens de diagnostic des blessures en football ;
- Les quelques exemples de traumatismes au football ;
- Les moyens de traitement des blessures en football.

Et en second lieu, de montrer la méthode adoptée pour appréhender la réalité sur le terrain, enfin esquisser des perspectives ainsi que des recommandations.

Chapitre I : Revue Littérature

Revue

Littérature



Légende : Représentation des différents clubs de football de première ligue de Dakar.

- ASC. Di. : Association sportive et culturelle (ASC) Diaraf
- US. Go. : Union Sportive (US) de Gorée 
- DUC : Dakar Université Club
- NGB : ASC Niarry-Tally Grand-Dakar Biscuiterie
- ASC. Ja. : Association sportive et culturelle Jeanne d'Arc 
- ASC. HLM : Association sportive et culturelle des HLM
- US. Ou. : Union Sportive de Ouakam 
- AS. Pi. : Association sportive de Pikine 
- AS. Do. : Association sportive des Douanes
- G.F.C. : Guédiawaye Football Club
- ASC. Ya. : Association sportive et culturelle Yakaar

I. Présentation de la ville de Dakar :

a) Situation Géographique :

La région de Dakar est située dans la presqu'île du Cap Vert et s'étend sur une superficie de 550 km², soit 0,28 % du territoire national. Elle est comprise entre les (17° 10 et 17° 32) de longitude Ouest et les (14° 53 et 14° 35) de latitude Nord. Elle est limitée à l'Est par la région de Thiès et par l'Océan Atlantique dans ses parties Nord, Ouest et Sud, pour une Altitude de 27 mm.

b) Démographie :

La population de la région de Dakar est estimée à 2 930 594 habitants en 2010 avec une densité de 5 328,4 hab. / km², dont 50,1% de sexe masculin contre 49,9% de sexe féminin. Elle représente près du quart (21%) de la population totale du pays, estimée à environs 11.841.123 habitants. Ce qui fait de la région de Dakar, la plus peuplée du pays. Sa macrocéphale est certainement due au fait qu'elle est de loin la région la mieux dotée en infrastructures économiques, sociales et culturelles, faisant d'elle une terre privilégiée, du fait de sa situation géographique.

c) Climat :

Le climat de la région de Dakar subit fortement l'influence des facteurs géographiques et atmosphériques. Par la présence d'une façade maritime ceinturant presque toute la région, il est caractérisé, pendant une bonne période de l'année, par un microclimat marqué par l'influence de l'alizé maritime ; d'où l'existence d'une fraîcheur et d'une humidité quasi permanente et relativement forte de l'ordre de 25%. Toutefois, l'harmattan, l'alizé continental saharien, se fait sentir faiblement en saison sèche et au fur et à mesure que l'on s'éloigne des côtes.

La température varie entre 17° et 25° C de Décembre à Avril et de 27° à 30 ° C de Mai à Novembre. Le régime des vents est marqué par l'influence prédominante de l'alizé.

La pluviométrie est caractérisée par une durée relativement courte de l'hivernage, variant entre deux et trois mois de juillet à octobre.

Mois	Jan.	Fév.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Année
Température mensuelle moyenne minimale (°c)	18	18	18	19	21	24	25	26	25	25	23	21	2010 - 2011
Température mensuelle moyenne Maximale (°c)	25	25	25	25	26	28	30	30	31	31	30	27	2010 - 2011

II. Quelques rappels sur le championnat pro au Sénégal

a) Ère professionnelle (depuis 2009)

Après des années passées sous l'ère amateur, le CNF (Comité de Normalisation du Football) décide de professionnaliser le football sénégalais.

La Ligue Sénégalaise de Football Professionnel (LSFP), une institut rattachée à la Fédération Sénégalaise de Football (FSF), est le chargé de l'organisation, du contrôle, de la suivie, de la régularisation et du respect par les clubs des règles normatives de la gestion administrative et financière.

La saison 2009 s'est jouée avec 18 clubs professionnels qui sont choisis après que les anciens clubs de D1 qui ont déposé leur candidature pour le championnat professionnel. Les clubs qui tiennent à prendre part à ce championnat ont sous contrat 25 footballeurs.

L'équipe désirant prendre part à ces compétitions, a l'obligation d'engager un encadrement technique comprenant au moins un entraîneur titulaire du 2^{ème} degré, d'un staff médical avec au moins un infirmier et un administratif et de disposer d'un siège fonctionnel.

b) Organisation du championnat :

La Ligue 1 était composée de 18 équipes répartis en 2 poules de 9 durant les deux dernières années.

Cependant pour l'édition 2011 elle, s'est jouée en une seule poule avec 16 équipes, c'est pour cela que pour l'édition 2010, nous noterons 4 équipes reléguées en Ligue2 pour 2 promues.

Le champion est qualifiés pour la Ligue des Champions de la CAF et le vainqueur de la Coupe Nationale à la Coupe de la confédération.

III. Définitions et Explications de quelques concepts :

- **Traumatisme** : Du grec (*trauma*) = blessure.

D'après la définition que nous donne le Dictionnaire français Encyclopédie Universel, le terme « traumatisme » s'applique généralement, d'une façon globale, à toutes les lésions corporelles subies par un sujet au cours d'une agression externe. Par extension, la notion de traumatisme a pu également s'appliquer aux autres formes de traumatismes : c'est ainsi qu'on peut parler de traumatisme thermique (brûlure), chimique (intoxication), électrique (électrisation), et le terme de traumatisme psychique a même été employé pour décrire les manifestations neuropsychiques apparaissant après un événement traumatisant.

Mais nous retiendrons que, quelles qu'en soient les origines, les traumatismes par agression mécanique restent la forme la plus fréquente de ces lésions, et ce sont elles qui serviront de référence aussi bien pour la description clinique que pour la prise en charge sanitaire.

- **Diagnostic** :

- ✓ **Historique du mot** :

Depuis le papyrus, Edwin Smith de la XVIII^e dynastie disait: « ***Si tu examines un homme qui présente tel ou tel symptôme, alors tu diras à son sujet : il a ceci*** ». Les médecins, tout au cours de l'histoire, se sont efforcés de poser des diagnostics, et on leur a souvent reproché de réduire à cela leur activité. Il faut reconnaître, en effet, que les diagnostics des Anciens, fondés sur la théorie hippocratique des humeurs, n'avaient pas grande signification. La médecine est devenue scientifique le jour où les découvertes de Morgagni et de Laennec ont permis le diagnostic anatomopathologique, celles de Virchow le diagnostic microscopique, celles de Claude Bernard le diagnostic physiologique, celles de Pasteur le diagnostic bactériologique. S'y sont ajoutés depuis lors, les diagnostics immunologique, génétique et biochimique.

- ✓ **Définition du mot:**

Du mot grec (*diagnôsis*) = discernement, connaissance.

Donc c'est la partie de l'acte médical qui vise à déterminer la nature de la maladie observée. Le diagnostic est indispensable à l'établissement du pronostic et de la thérapeutique. Il est moins une phase de l'examen médical ou paramédical qu'une conclusion de celui-ci. Facile et même évident dans certains cas, il peut être très difficile dans d'autres ; devant l'urgence thérapeutique, le médecin devra alors décider si et quand les documents qui s'accumulent permettent l'arrêt de l'investigation et le passage à une conclusion, qui reste forcément révisable, mais n'en est pas moins nécessaire.

- **Traitement** : Ensemble des moyens mis en œuvre pour guérir ou soulager une maladie, des symptômes. C'est donc l'ensemble des soins thérapeutiques destinés à guérir ou à prévenir. (d'après le dictionnaire Encarta 2009)
- **Suivi médical**: Surveillance attentive et prolongée du malade. C'est donc un contrôle permanent du patient sur une période prolongée. (d'après le dictionnaire Larousse 2010)

IV. Importance de la Couverture Médicale 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 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
- Physiothérapeutes
- Kinésithérapeutes et rééducateurs
- Podologues
- Ostéopathes et chiropracteurs
- Unités d'intervention rapides
- Les infirmiers
- Orthopédistes, Cardiologues, Physiologistes, Ophtalmologistes etc.

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

b) Rôles :

(1) les médecins du sport :

Ils sont titulaires d'un Doctorat en Médecine, régulièrement inscrit à l'ordre des médecins du Sénégal et dans un cadre général, ces médecins sont appelés à :

- *Etablir les certifications de non-contre indication de la pratique du sport et au sur classement ;*
- *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 en recommandation de toute nature ;*
- *Surveiller les compétitions et les entraînements etc....*

Le médecin de terrain déjà surchargé de travail, se retrouve dans le club ou sur le terrain devant de nombreuses difficultés. Sa position, en face des joueurs, demande de sa part une grande psychologie et beaucoup de modestie, car ceux-ci sont souvent sollicités par d'autres thérapeutes qui n'ont pas sa qualification. Sa position en face des dirigeants est d'une autre nature, car il doit faire face aux pressions et même aux exigences.

Ses diagnostics sont discutés ainsi que ses indications thérapeutiques, comme le repos. Souvent placé dans des conditions de diagnostic très difficiles en urgence sur le terrain, il doit faire très vite, et on ne lui pardonne aucune erreur. Il doit faire face lors d'une blessure aux récits anecdotiques et imposer ses décisions.

Pour dominer toutes ces difficultés, il faut qu'il s'impose par sa réelle qualification et par un recyclage hospitalier de qualité dont l'infrastructure existe mais est très rares. De plus, il est souhaitable qu'il ait été ou est encore un pratiquant sportif et avoir senti toutes les difficultés de la compétition.

(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 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 de 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 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.

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 son corps 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 un 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.

ii. les podologues

Ce sont les spécialistes du pied et du traitement de ses affections. 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.

iii. les ostéopathes et les chiropracteurs

Chiropracteurs: Personnes spécialistes des manipulations thérapeutiques au niveau de la colonne vertébrale et du bassin.

Ostéopathes: Personnes qui soignent par des manipulations des os, des articulations et des organes du corps.

L'ostéopathie est donc une médecine naturelle qui tend à donner à l'homme la pleine possession de son potentiel physiologique et psychologique.

Elle se sert d'une technique thérapeutique qui vise à harmoniser les rapports de mobilité et de fluctuation des structures anatomiques au moyen d'ajustements précis. Il y a une différence entre ces deux professions surtout du point de vue de quelqu'un qui souffre de façon chronique d'un mal de dos ou de celui qui a des récives diverses.

La grande majorité de maux de dos disparaissent sans traitement particulier dans un délai plus ou moins long. Certaines douleurs, cependant trainent pendant plusieurs mois ou même plusieurs années ou encore 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.

iv. les unités d'interventions rapides

Pour ce paragraphe, nous allons essayer de vous citer quelques organisations qui peuvent également vous aider grâce aux cours d'auxiliaires expérimentés au cours des grands matchs ou des tournois. Et c'est dans ce lot d'organisation, que nous pouvons rencontrer la présence des sapeurs-pompiers, de la croix rouge... et de tous les secouristes en général.

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) et les problèmes de la vie courante.

v. Les infirmiers

L'infirmier est une personne diplômée qui donne des soins prescrits par le médecin. Il exerce sa fonction selon trois axes essentiels :

- *Le rôle propre qui désigne le domaine spécifique de l'exercice de l'infirmier,*
- *L'obligation d'exécution des prescriptions médicales établies par le médecin,*
- *La participation à la surveillance clinique des joueurs et à la mise en œuvre des thérapeutiques en collaboration avec le médecin.*

La présence d'un infirmier au sein d'une équipe médicale dans un club de football est très importante.

V. Physiologie et anatomie du muscle

a) Rappels physiologiques du muscle

i. La contraction musculaire

Marcher, courir, lancer, frapper la balle..., toutes ces activités, tous ces exercices résultent de la mise en jeu du système musculaire. L'action ou le geste final sont dus à la juxtaposition, à la combinaison des différentes formes d'expression de la force d'un grand nombre de muscle ou de groupes de muscles synergiques.

ii. La contraction isométrique

La force musculaire (F_m) est égale à la force extérieure (F_e) il n'y a pas de raccourcissement ou d'allongement du muscle.

iii. La contraction antisymétrique

La force musculaire (F_m) est différente de la force extérieure (F_e). Il y'a donc mouvement avec deux possibilités :

1° cas : Prédominance des forces musculaires : il y'a raccourcissement elle est dite concentrique.

2° cas : Prédominance des forces extérieurs il y'a allongement du muscle elle est dite excentrique.

A. Le travail musculaire

Le travail mécanique, correspondant à une seule contraction concentrique peut être connu avec précision. Nous entendons par travail musculaire une activité résultant de la répétition ou de la prolongation de contractions d'un ou plusieurs groupes musculaires.

Seule la contraction concentrique est susceptible de produire un travail mécanique au sens large du terme.

Nous distinguons deux sortes de travail musculaire :

Le travail statique

Il correspond à des contractions isométriques brèves ou maintenues éventuellement jusqu'à l'épuisement (Travail statique continu ou interrompu).

Le travail dynamique

Il résulte d'une succession de contractions anisométrique comprenant des contractions concentriques et excentriques.

Le travail peut être réalisé par des mouvements balistiques et par cycles.

B. Les anomalies de la contraction

B.1- L'hyperexcitabilité neuromusculaire

C'est une contraction non volontaire peu douloureuse pouvant atteindre la totalité d'un ou plusieurs muscles décrits dans l'hyperparathyroïdie .Elles sont liées à une anomalie du métabolisme calcique.

B.2- La courbature

C'est généralement les douleurs localisées aux muscles particulièrement sollicités dans une activité physique ou sportive. En football, les membres inférieurs sont les plus concernés. Elle apparait avec un délai de plusieurs heures après la fin de l'exercice voire même le lendemain. Les courbatures surviennent principalement chez les sujets non entraînés dont certains muscles supportent mal une mise en jeu intense et prolongée.

B.3- Les Crampes

Ce sont des contractions non volontaires, paroxystiques, douloureuses, d'apparition spontanée, pouvant se prolonger plusieurs minutes. Plutôt décrites chez le sportif, elles prédominent aux membres inférieurs.

C. La fatigue musculaire

Nous englobons sous le terme de fatigue musculaire, l'ensemble des phénomènes qui limitent la poursuite d'une activité motrice ou qui retardent la restauration de la capacité en un temps normal.

Le terme de fatigue est une ambiguïté même en restant dans le domaine de la physiologie du muscle et de l'exercice il doit être précisé.

D. La fatigue locale et la fatigue générale

La fatigue locale est celle qui survient au cours d'une activité locale c'est-à-dire réalisée par un petit nombre de muscle classiquement moins d'un tiers de la musculature générale.

La fatigue générale intéresse un exercice impliquant la mise en jeu d'un très grand nombre de muscle son siège peut être musculaire, mais impliquant le plus souvent toutes les grandes fonctions qui sous-tendent l'adaptation à l'exercice : respiration, circulation thermorégulation.

E. La fatigue du sportif

Le concept de fatigue au sport est très subjectif, d'où son abord difficile. Et pourtant, l'encadrement technique et médical doit pouvoir déceler assez tôt, les premiers signes de fatigue chez un joueur.

La fatigue est autant difficile à qualifier qu'à quantifier du fait même de sa nature subjective.

Nous pouvons néanmoins distinguer 4 types de fatigue :

E.1 - La fatigue physiologique

Elle est normale. Elle survient après un effort physique éprouvant. L'organisme délivre un signal d'alarme pour exiger l'arrêt d'un effort parce qu'il ne peut plus tenir.

Les rythmes cardiaques et respiratoires sont élevés, nous notons un essoufflement et une fatigue musculaire. Il suffit d'observer un temps de repos suffisant pour que tous ces paramètres se normalisent. L'entraînement a pour but de retarder l'apparition de ce type de fatigue.

E.2 - La fatigue pathologique

Le sportif peut présenter une affection qui évolue sur un mode aigu ou chronique occasionnant un état de fatigue.

- Les affections aiguës :

Il s'agit de maladies dont les signes se manifestent de façon aiguës, voire bruyantes. C'est le cas entre autres de certaines maladies du sang (anémie, leucémie, etc.) et de certaines maladies infectieuses (virales, parasitaires, bactériennes) : Les états grippaux, les fièvres palustres, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, etc.

- Les affections chroniques :

Elles sont nombreuses. Les signes évoluent lentement, à bas bruits et déterminent des états de fatigue : Les cancers, les maladies cardiovasculaires, pulmonaires, digestives, psychiques, etc....

Pour traiter la fatigue pathologique il faut penser à traiter la cause de l'affection.

E.3 - La fatigue due au surentraînement

Nous parlons de surentraînement lorsque pour un même effort, le joueur n'arrive plus à récupérer malgré un temps de repos apparemment suffisant.

C'est un état difficile à gérer. En effet dans les programmes de préparation, il y a des phases successives où le joueur est poussé au maximum de ses possibilités voire au-delà même de ses capacités, afin d'atteindre un niveau de forme physique excellente, pour la période de compétition. C'est le principe de la surcompensation.

Le surentraînement est difficilement quantifiable. Nous notons cependant une augmentation de température corporelle, du rythme cardiaque et de la pression artérielle de repos. Le joueur peut présenter des signes digestifs (diarrhée, constipation, vomissement, digestion lente,...), des signes ORL (Oto-rhino-laryngologiste) à savoir angine, sinusite, otite...

E.4- La fatigue psychologique ou l'état d'inhibition

Il s'agit d'un état assez complexe où coexistent une démotivation totale, une baisse de l'estime de soi, une envie de tout arrêter et un repli sur soi. C'est une véritable dépression. Le joueur ressent une profonde lassitude sans que ses capacités physiques ne soient altérées.

Cet état survient généralement après une succession de contre-performances ; dans ce genre de situation, il faut tenter de motiver le joueur en favorisant la discussion, lui redonner confiance tout en positivant ses acquis. Il est souhaitable d'observer un repos sportif. La pratique d'activités de détente est recommandée : plage, pique-nique, cinéma, lecture, voyage, dancing, etc. Une psychothérapie est souvent bénéfique.

La notion de fatigue est très importante à cerner au sport. Une mauvaise gestion de l'activité physique peut entraîner des résultats catastrophiques au cours d'une saison. Il est donc important, pour le médecin ainsi que pour l'entraîneur de bien connaître les joueurs qu'ils encadrent, d'être à leur écoute et surtout d'accepter qu'un joueur puisse parfois présenter un état de fatigue.

b) Rappels anatomiques du muscle

1. Constitution :

Le muscle en tant qu'entité anatomique est constitué d'un groupement de faisceaux formés eux même par un ensemble de fibres musculaires. A l'intérieur de la fibre sont alignés des faisceaux de myofibrille, protéines contractiles qui donnent aux muscles le

pouvoir de se contracter puis de se relâcher. Les myofibrilles sont constituées de filament parmi lesquels on distingue deux types :

Les filaments fins d'actine et les filaments épais de myosine.

Les filaments d'actine sont réunis entre eux par une ligne verticale appelée la ligne Z. La disposition des filaments d'actine et de myosine donne à la myofibrille un aspect strié aisément identifiable aux microscopes électroniques.

Il y'a dans l'organisme 300 muscles identifiables les uns aux autres.

Le muscle du squelette représente 40 % de la masse corporelle.

Un muscle a une origine supérieure, une insertion inférieure et entre les deux une partie renflée « le corps musculaire » et qui rend le muscle actif. C'est la partie contractile prolongée par un tendon.

Le corps musculaire se divise en plusieurs parties (muscle à plusieurs parties)

Les fibres musculaires sont de deux types :

- Les fibres musculaires lentes (type 1) qui sont endurantes avec une contraction lente et une force faible. Ils s'approvisionnent en énergie à partir de l'oxygène du sang.

- Les fibres musculaires rapides (type 2) s'approvisionnent en énergie à partir du glucose ils sont groupés en (II A) et (II B).

Les types (II A) sont caractérisés par une force élevée et ont une bonne endurance.

Les types (II B) ont aussi une force élevée mais dans un temps court. Lorsque le muscle est actif les fibres lentes (types 1) sont d'abord sollicitées puis les fibres rapides (II A) et (II B).

2. Propriété du muscle :

Les muscles sont des éléments anatomiques caractérisés par quatre propriétés qui sont : l'excitabilité, l'élasticité, la contractilité et le tonus musculaire :

2.1- Excitabilité :

Une structure vivante est dite excitable lorsqu'elle répond de façon spécifique à la stimulation, un stimulus électrique porté directement sur le muscle ou sur son nerf moteur entraîne une réponse mécanique.

2.2- Elasticité :

Une structure vivante est/ou non élastique lorsqu'elle se laisse déformer sous l'influence d'une force extérieure et qu'elle reprenne sa forme initiale lorsque cette force cesse de s'exercer.

La section d'un tendon ou sa rupture accidentelle se manifeste par un raccourcissement du corps charnu du muscle.

2.3- Contractilité :

Nous désignons par contractilité, la capacité du muscle à se raccourcir. La contraction peut être prise comme synonyme de raccourcissement. Mais le terme « contraction » est mal choisi car le muscle n'a pas toujours cette possibilité de se raccourcir.

2.4- Tonus musculaire :

Le tonus musculaire est la tension quasi permanente qui existe au niveau du muscle même au repos. Il permet de fixer les articulations dans une même position et maintient ainsi la posture.

3. Classification du muscle :

3.1- Les muscles striés :

Ils sont constitués :

D'une masse charnue contractile et élastique : le ventre,

Et d'une partie résistante, tendineuse située en général aux extrémités des tendons.

Nous distinguons les muscles cutanés ou muscles peauciers, les muscles profonds de loin les plus nombreux.

Ces muscles permettent la mobilisation active du squelette et sont ainsi l'élément moteur de la locomotion et de la motricité des membres.

Pour la vascularisation, nous constatons que le nombre d'artère à destinée musculaire est variable, en général une ou deux artères principales et plusieurs artères moins importantes.

Plus le muscle a une fonction importante, moins il a d'artère accessoire, et plus les troncs principaux sont importants.

Les muscles reçoivent une innervation motrice déclenchant sa contraction. Ils possèdent une innervation sensitive de type proprioceptif et une innervation de type sympathique : plexus artériel contrôlant la richesse de la vascularisation.

3.2- Les muscles lisses :

Les muscles lisses sont constitués de fibres musculaires lisses, regroupées de petits faisceaux isolés en un véritable muscle creux ou annulaire (intestin, vessie).

Les muscles lisses peuvent être rubanés ou orbiculaires formant alors les sphincters. Ils sont annexes aux viscères.

Les fibres musculaires lisses sont de différents types :

- Fusiformes le plus souvent (intestin)
- Rameux (vaisseaux artérielles)
- Et les fibres de la vessie.

VI. Aspects anatomiques des os et des articulations

L'appareil locomoteur est constitué par plusieurs systèmes (ou ensemble d'organes de structure analogue), des articulations, des muscles, des aponévroses, des nerfs et vaisseaux.

a) La constitution du squelette :

Les os sont réunis entre eux par des articulations, ils forment la charpente du corps. Les os tout comme les muscles sont issus du feuillet mésoblastique para-axial en particulier le scélérotome qui donnera le mésenchyme formé de tissu lâche.

Les cellules du mésenchyme se différencient après migration et forment notamment le cartilage, les os et le tissu conjonctif de l'ensemble du corps.

Le squelette de l'homme comprend :

Une colonne axial : constituée d'une série de pièces superposées de caractère morphologiques les vertèbres, le crâne, la face.

Le sacrum et le coccyx : qui constituent le squelette du bassin formé de vertèbres.

La boîte crânienne : renferme le système nerveux, les méninges et la partie initiale des nerfs crâniennes

b) Etude générale des os :

1- La classification

La conformation extérieure des os est variée et irrégulière on peut distinguer trois (03) types principaux.

* **Les os longs** : une de leur dimension est nettement supérieure aux deux autres, avec un corps (diaphyse) cylindrique ou pneumatique et deux épiphyses plus volumineux, exemple : le fémur.

* **Les os courts** : leurs trois dimensions sont très voisines, ils ont une forme en brique ou proche, ils sont souvent petits (pisiforme, trapézoïde) mais volumineux (calcanéum).

* **Les os plats** : deux de leurs dimensions sont nettement supérieures à la troisième.

2- La morphologie

Les saillies osseuses, et les cavités des os constituent les deux éléments les plus importants.

Les saillies osseuses sont rencontrées très souvent à la surface des os. Leurs formes et leurs tailles sont très diverses. Les uns sont articulaires et réguliers, les autres beaucoup plus nombreux sont non articulaires et irréguliers on distingue ainsi entre autres les processus osseux, les protubérances, les tubercules, les crêtes et les éminences.

Les cavités creusent plus ou moins la surface des os, peuvent être réparties en deux groupes : les cavités articulaires et les cavités non articulaires.

c) Vascularisation et innervation des os

Les artères et les veines constituent les principaux systèmes de conduction sanguins de l'appareil cardiovasculaire. Ils jouent un rôle très important dans le fonctionnement de l'organisme humain car ils permettent de transporter le sang vers le cœur (veines) et de conduire le sang vers les autres organes (artères).

- **Les artères** : au niveau des os long, ils existent une ou deux autres artères nourricières venues du tronc artériel voisin et des artères du périoste. Elles pénètrent dans l'os par le ou les fémoraux nourriciers et rejoignent la cavité médullaire où elles se divisent en « T ».

- **Les veines** : la plus part d'entre elles gagnent l'épiphyse et quittent l'os par des artères de deuxième ordre.

d) Développement du squelette

1- Développement du squelette axial

1.1- La colonne vertébrale :

Chez les vertébrés, apparaissent, de part et d'autre de la corde des segments scléreux, appelés « scélerotome » en nombre égal aux segments mésodermiques, dus à une invagination du mésoderme et destinés à fournir les tissus durs de l'organisme.

Le squelette axial, se décompose en autant de tronçons qu'il y a de segments mésodermiques.

Les scélerotomes font en effet partie des cavités qui sont une des principales manifestations de l'embryon. Dès leurs états cartilagineux, les vertèbres présentent des différences de développement qui leur donneront plus tard une conformation caractéristique.

1.2- Le crâne :

Le crâne se développe par un certain nombre de centres d'ossification au sein d'une masse cartilagineuse et mésenchymateuse.

Les os de la face, la majorité de la voûte et une partie de la base du crâne sont primitivement membraneuses et s'ossifient par la suite sans passer par le stade cartilagineux. Le reste du crâne est primitivement cartilagineux.

A la naissance, les os de la boîte crânienne ne sont pas soudés entre eux ils sont unis par des membranes et ce n'est qu'entre la deuxième et la troisième année que les sutures apparaissent au niveau des bords des os.

2- Développement des membres :

Les membres sont une des caractéristiques les plus marquants du corps des vertèbres.

Le tissu osseux se présente sous deux aspects très différents : le cortical ou substance compacte, située à la périphérie de la diaphyse, et la médullaire ou substance spongieuse qui occupe les extrémités des os (épiphyse).

En dehors du tissu osseux il y'a la présence d'une substance molle rougeâtre ou jaunâtre: c'est la moelle osseuse.

La surface de l'os est enveloppée d'un manchon fibreux conjonctive, élastique le périoste qui est une zone de croissance osseuse, d'insertion musculaire, et de consolidation des fractures.

e) Classification des articulations

Les articulations sont classées selon l'importance et l'amplitude.

Nous distinguons :

- Les articulations synoviales qui ont une grande mobilité.
- Les articulations fibreuses sont des articulations sans mobilité.

f) Vascularisation et innervation des articulations

La vascularisation des articulations est toujours très importante. Elle provient des artères de voisinage qui fournissent en général des vaisseaux à double destinée musculaire et articulaire.

Les artères articulaires peuvent être subdivisées en un système artériel destiné aux parties osseuses de l'articulation. Les artérioles pénètrent dans l'os un peu en dehors de l'insertion de la capsule. Certaines artères suivent les fibres récurrentes de la capsule qu'elles peuvent soulever d'autres suivent certains ligaments (ligament de la tête du fémur).

Toutes les articulations sont richement innervées et reçoivent deux types de nerfs des filets sensitifs véhiculés par des nerfs articulaires de filets vasomoteurs formant le plexus nerveux péri artériels.

VII. Physiopathologie des accidents sportifs

a) La sensibilité :

D'après notre cours de physiologie de 2^{ème} année sur la sensibilité, nous avons pu en retenir qu'elle pouvait être définie comme l'ensemble des fonctions qui permettent au système nerveux de détecter et de reconnaître les modifications de l'environnement et la position des différents segments du corps.

1- Stimulus de la sensibilité générale :

La sensibilité somatique d'ordre extéroceptive comprend l'appréciation des stimuli externes au corps c'est à dire à la fois la sensibilité cutanée et celle des organes de sens.

La sensibilité superficielle proprement dite correspond à l'appréciation du contact d'un point de revêtement cutané avec un objet extérieur ou intérieur : exemple les sensations élémentaires thermiques, douloureuses de précision et de tact.

Quant à la sensibilité profonde ou proprioceptive elle correspond à l'appréciation de l'état de tension et de position des muscles des tendons et des articulations.

La sensibilité intéroceptive ou viscérale correspond à l'appréciation moins bien différenciée de l'état des organes internes.

2- Les caractéristiques de la sensibilité :

La sensibilité peut être classée de deux sortes :

Elle est qualitative ou quantitative.

- **La sensibilité quantitative** : elle permet de reconnaître le type de stimulus comme le chaud et le froid.

La sensibilité douloureuse est quantitativement reconnaissable.

- **La sensibilité qualitative** permet d'apprécier l'intensité de stimuli par exemple la différence de température entre deux corps.

La sensation douloureuse correspond à une stimulation particulièrement intense (tendant à la destruction de tissu).

b) La douleur :

Selon le dictionnaire français « Larousse » la douleur est définie comme une souffrance physique ou mentale.

C'est une sensation désagréable et une expérience émotionnelle en rapport avec une menace réelle ou potentielle de l'intégrité physique de l'organisme ou décrit en ces termes. Les récepteurs de la douleur sont des récepteurs nociceptifs on les appelle aussi des nocicepteurs.

La nociception est l'ensemble des effets induits provoqués par un stimulus susceptible de compromettre l'intégrité physique de l'organisme. De tel stimulus nociceptif provoque la lésion de la membrane cellulaire et c'est de là que la douleur va naître.

1- La lutte contre la douleur

Plusieurs personnes réagissent à la douleur en cessant d'utiliser la partie touchée ou en arrêtant toute sorte de pratique induisant à la souffrance.

L'immobilité de l'endroit touché empêche le corps de guérir adéquatement et perpétue un malaise que le mouvement aurait dû chasser.

Un membre immobilisé pendant trop longtemps que ce soit à la suite d'un accident ou suite à un trouble, subit de nombreux dommages : diminution de la flexibilité, ses articulations deviennent raides et les nerfs qui l'innervent fonctionnent moins. Sa fonction est ainsi supplée par un mécanisme de compensation par d'autres parties du corps qui fournissent un effort plus important entraînant une autre douleur qu'on dit référée. Les douleurs sont souvent reliées à un problème.

La douleur se fait insistante, voir chronique, lorsqu'on manque d'égard à son endroit à force d'exciter le système nerveux, elle modifierait de manière permanente les connexions nerveuses d'où une persistance des sensations douloureuses même après guérison d'une blessure.

2- Les degrés des blessures

Le football est un jeu rapide, caractérisé par plusieurs types blessures qui sont la conséquence d'innombrables contacts.

Plusieurs causes favorisantes peuvent être invoquées, la fatigue, un équipement insuffisant : telles que des chaussures sans crampons, absence de « protège tibia », un terrain mal entretenu ou difficilement praticable du fait des intempéries.

Ainsi selon la région atteinte les blessures peuvent être classées en deux ordres :

- Les blessures sans gravité :

Les blessures sans gravité doivent faire l'objet de soin, mais n'interrompent pas le jeu ou le plan de jeu. Les blessures sans gravité et qui ne font pas l'objet de soin immédiat peuvent devenir graves.

- Les blessures graves :

Elles peuvent mettre fin à la pratique du sport de façon temporaire ou permanente ; elles peuvent aussi porter atteinte à la vie du joueur.

Chez certaines personnes qui ont enduré longtemps leur mal, de tout petits mouvements ou impacts peuvent ainsi raviver la douleur parce que les circuits nerveux ont été trop activés et laissent désormais très facilement passer l'information se rendant au cerveau.

VIII. Moyens de diagnostic des blessures au football

a) Examen clinique :

L'examen clinique d'un malade comprend trois temps qui sont : l'interrogatoire, l'examen physique et la rédaction de l'observation.

- L'interrogatoire

Le premier temps de l'examen médical est une vue globale du joueur et de son aspect, de son comportement qui déjà, permet de soulever des hypothèses et c'est ce qui va orienter l'interrogatoire.

- L'examen physique

Avant de commencer l'examen on doit mettre le joueur en confiance. Il doit être examiné dans des bonnes conditions matérielles. Beaucoup d'erreurs de diagnostic sont dues à un examen hâtif ou pratiqué dans de mauvaises conditions.

- La rédaction de l'observation :

L'observation doit être rédigée en termes claires, simples et précis. Il faut en outre suivre un ordre rigoureux.

b) Examens complémentaires :

Les examens complémentaires comprennent aussi bien les examens radiologiques (radiographie, tomographie) que les examens de laboratoires.

La radiologie et le laboratoire ne sont pas des distributeurs automatiques de diagnostics. Les images radiologiques et les chiffres fournis par le laboratoire demandent à être interprétés.

- Les examens complémentaires spéciaux

Dans tous les cas où le diagnostic est difficile ces examens sont indispensables. Ils sont différents suivant l'organe atteint.

▪ **La Radiographie :**

C'est l'utilisation médicale de la propriété qu'ont les rayons « X » d'impressionner une pellicule sensible de l'image ainsi obtenue.

▪ **L'Echographie :**

Elle est basée sur le principe des « ultras – son » analogues au sonar et qui permet d'explorer les viscères pleines de l'abdomen. Méthode d'exploration utilisant la réflexion de l'ultra-son dans les organes.

▪ **Le Scanner :**

Il permet d'obtenir des coupes quasi anatomiques en utilisant les différences d'absorptions des rayons « X » dans les structures anatomiques.

▪ **L'I.R.M** (Imagerie par Ressource Magnétique) :

Elle donne des coupes analogues à celles du scanner. Les dernières techniques d'imageries permettent d'obtenir des images en trois dimensions très proches de la réalité anatomique.

IX. Quelques exemples de traumatisme au football

Le football comme beaucoup de sports d'équipe est un jeu viril où les contacts et les chutes sont fréquents. Les lois qui le régissent font obligation à chaque participant sauf le gardien de but de conduire le ballon au pied. Il est normal d'imaginer que les membres inférieurs sont les plus souvent atteints.

Il est important de connaître les variétés de lésions qui peuvent être recensées afin de pouvoir si non les éviter du moins mettre tout en œuvrant pour qu'elles se produisent le moins souvent possible, pour aussi les traiter de la meilleure façon.

a) Les lésions osseuses :

Les fractures sont des lésions du squelette qui sont relativement liées à la pratique de sport principalement celles des sports dits de contacts en particulier le football. Nous distinguons deux types de fractures :

- ✓ Les fractures fermées : la peau n'est pas ouverte.
- ✓ Les fractures ouvertes : la peau est percée aux extrémités de la fracture.

- **Les fractures du tibia** : sont les plus redoutables. Elles peuvent être diaphysaires c'est à dire intéressant le milieu de la jambe, elles peuvent être transversales ou sphénoïdes, elles comportent une fracture associée du péroné qui peut retarder le délai de consolidation.

- **Les fractures de fémur** : sont exceptionnelles. Elles surviennent lorsqu'un avant est lancé en plein course est brusquement stoppé et basculé par dessus son adversaire.

- **Les fractures des membres supérieurs** : quelques gardiens de but internationaux ont été éliminés de la compétition par des fractures de l'omoplate difficile à traiter chirurgicalement.

- **Les fractures cranio-faciales** : elles sont spectaculaires à cause des hémorragies nasales qui les caractérisent souvent. Mais si les fractures ouvertes du crâne sont exceptionnelles, les contusions de la face et du crâne créent des désordres souvent tardifs connus sous le vocable de traumatisme crânien. Ils concernent presque exclusivement le gardien de but et méritent qu'on s'y attarde.

b) Les Lésions articulaires :

En dehors des plaies articulaires les traumatismes d'une articulation se résument aux entorses et à la luxation De l'entorse plus ou moins bénigne à la luxation on trouve là une cause fréquente à l'interruption de la pratique du sport.

- **La luxation** : c'est une distension des ligaments s'accompagnant d'un déplacement permanent des extrémités osseuses. Leurs diagnostics sont évidents.

- **L'entorse** : c'est un étirement ou une déchirure des éléments capsulo-ligamentaires d'une articulation. Les points douloureux permettent d'identifier la lésion ligamentaire chez le footballeur, l'entorse intéresse le coup de pieds et le genou.

Au niveau de la cheville le ligament latéral est le plus souvent atteint au niveau du genou le ligament interne est le plus souvent atteint, lié à des degrés divers entorses simples entorses graves.

- **La méniscopathie** : le ménisque est en effet un coussinet cartilagineux qui amortit ou facilite les mouvements des deux segments osseux : le fémur et le tibia.

L'atteinte du ligament latéral va amorcer un dysfonctionnement du système d'amorçage du ménisque.

c) Les Lésions musculaires :

Elles prédominent essentiellement à la cuisse où les muscles du footballeur sont hypertrophiés. Nous distinguons deux types de ruptures musculaires : les ruptures musculaires totales et les ruptures musculaires partielles. Parmi ces lésions musculaires on peut citer entre autres.

- **Le claquage** : il est plus fréquent. Il s'agit d'une rupture de quelques fibres musculaires sollicitées trop violemment ou après une mise en condition insuffisante.

- **La hernie** : du droit antérieur : il s'agit d'une rupture de l'enveloppement aponévrotique du segment musculaire, gênante plus que douloureuse et dont la réparation spontanée est précaire.

- **Les hématomes** : ce sont des collections de sang ce sont les séquelles des coups reçus. Ils fragilisent les muscles et prédisposent souvent au claquage si un repos n'a pas été prescrit.

- **Les lésions des adducteurs** : connus depuis longtemps des danseurs de ballet, elles apparaissent de plus en plus fréquents chez les footballeurs où ces muscles sont sollicités au cours des oppositions au passage d'un adversaire ou au cours d'un tackle ; il s'agit quelque fois de rupture d'un élément musculaire de la face interne de la cuisse. Mais le plus souvent c'est une dissection partielle des insertions tendineuses supérieures au niveau du pubis.

- **Les lésions de tendon d'Achille** : ils s'apparentent à ces antécédents mais elles sont rares chez le footballeur.

d) Les Lésions tendineuses :

Un muscle se prolonge par un tendon qui s'attache au niveau d'un point du squelette auquel l'effet de la contraction musculaire est transmis.

Les tendons peuvent être atteints de rupture ou d'inflammation dès l'âge de vingt cinq à trente ans. Ces ruptures tendineuses peuvent être classées en deux types qui sont :

- les ruptures tendineuses partielles et
- les ruptures tendineuses totales

e) Les Lésions viscérales :

Elles sont longues à répertorier. Il peut s'agir de lésions thoraciques, abdominaux pelviennes. Elles peuvent intéresser la région lombaire qui protège le rein.

Les signes cliniques qui accompagnent ces lésions sont suffisamment bruyants ou évidents (vomissement de sang, émission d'urines rouges etc....) pour déclencher l'intervention immédiate d'un médecin ou le transporter d'urgence en milieu hospitalier. Le gardien en est le plus souvent victime.

X. Les moyens de traitement des blessures au football

a) Buts et Objectifs du traitement au football :

Le football tout comme beaucoup de sports collectifs est un jeu qui peut souvent devenir rude, viril entraînant des blessures.

Ces blessures s'observent le plus souvent lors d'intenses et innombrables contacts entre joueurs, au cours des chutes et faux mouvements.

Tenant compte de tous ces risques, il est évident, voire utile d'apporter au joueur un traitement adéquat.

1- Buts du traitement :

Le traitement cherche :

- D'une part à prévenir des lésions, par le traitement préventif, basé généralement sur l'entraînement et la prise de médicaments.
- D'autre part le traitement est curatif car se doit d'entraîner la guérison après un traumatisme.

2- Objectifs du traitement

Le traitement a pour objectif de mettre le joueur dans les conditions d'exercer son activité sportive sans aucun gêne.

Une fois la guérison atteinte le traitement peut être synonyme de facteur de performance car un joueur est productif que s'il est en bon état.

En conclusion nous pouvons dire qu'un traitement adéquat répondant aux normes médicales, avec toute l'exigence et la rigueur du médecin ou du traitant peut permettre au joueur de se sentir à l'aise au cours de son activité sportive.

b) Les Principes de traitement

1- Le repos :

Le sportif semble ignorer, le repos strict (entraînant l'arrêt total des activités sportives et/ou professionnelles). Il est supposé être nécessaire pendant au moins deux semaines et doit être suivi.

On ne se lasse pas de dire qu'il doit être justement adapté à la gravité des lésions, mais on constate qu'il est très rarement accepté dans sa totalité. C'est un élément de discorde, qui peut séparer le médecin du pratiquant.

Il est mieux accepté lorsqu'il est modulé. Ainsi, une blessure du membre supérieur peut permettre la pratique du footing d'emblée ou très rapidement.

2- L'échauffement :

Encore appelé mise en train, l'échauffement précède, prépare et introduit toute activité physique et sportive que ce soit pour l'entraînement ou la compétition. Cette étape peut être qualifiée d'importante voire déterminante, pour la réalisation de la performance sportive.

Elle prépare l'organisme à faire face aux intenses sollicitations qu'impose la pratique sportive.

La connaissance des effets physiologiques de l'échauffement sur l'organisme nous fait mieux saisir son importance.

La température du corps augmente. Le système cardiovasculaire subit des modifications témoignant de son adaptation à l'effort. Le pouls s'accélère, le rythme cardiaque augmente, de même que le débit sanguin. Il se produit également un phénomène de redistribution de la masse sanguine. Les muscles et les organes du corps dits nobles ou essentiels comme le cœur, les poumons, le cerveau, le foie et les reins sont mieux perfusés, au détriment des autres structures de l'organisme. Les fonctions respiratoires subissent également des modifications. Le rythme cardiaque et la ventilation s'accélèrent.

Lorsque ces deux paramètres s'équilibrent, on prétend alors avoir atteint le stade du «second souffle». Il en résulte une augmentation de la consommation d'oxygène, de la production de gaz carbonique. Ces adaptations cardiovasculaires, pulmonaires et thermiques permettent aux muscles de recevoir beaucoup plus de sang, riche en oxygène et en nutriments nécessaires à leur bon fonctionnement.

Les avantages de l'échauffement sont certains. Ils préviennent de possibles accidents qui peuvent survenir et être soit de nature musculaire, tendineux, articulaire ou osseuse. Lorsqu'il est pratiqué dans un environnement calme, tel un rituel, c'est un grand moment de concentration pour le joueur qui se prépare à la performance.

c) Les stratégies de traitement

- Le traitement médical :

Il est basé avant tout sur le repos. Parfois dans des formes bénignes il suffit de diminuer la dose d'entraînement et même recourir au repos pendant six à trois semaines.

- Le traitement chirurgical :

Ce cas de traitement est proposé en cas de formes rebelles, lorsque toute autre tentative de traitement a échoué. En cas de blessures graves qui présentent des complications et de la difficulté de traitement la chirurgie sera le moyen le plus efficace pour régler ces problèmes graves par une opération de la partie où l'organe est affecté.

d) Les Méthodes de traitement

Pour obtenir une guérison satisfaisante des blessures, il est nécessaire qu'elles soient traitées de façon correcte au bon moment. Le traitement doit se reposer sur un diagnostic correct. La condition principale pour qu'un tel diagnostic soit effectif nécessite le recours à un médecin.

Les blessures dues au football sont souvent des blessures aiguës qui sont causées par des traumatismes sur le terrain de jeu. Il est essentiel que de telles blessures soient immédiatement soignées divers alternatives de traitements sont données.

*** Le repos et mis en décharge**

En règle générale, en présence d'une blessure la mise en repos de la région du corps atteinte est nécessaire pour que le meilleur résultat puisse être obtenu. Le repos est recommandé en cas de blessures par surcharge et de certaines lésions ligamentaires et articulaires. Le repos est exigé après une intervention chirurgicale.

*** Le traitement par éléments physiques**

- Par le froid :

Lorsqu'une partie de votre corps subit une entorse, une brûlure, un coup ou même une opération bénigne, les tissus sont endommagés et cela provoque une accumulation élevée de liquide occasionnant une enflure qui peut aggraver la blessure si elle est trop importante.

Et donc, une application de froid sera un moyen très efficace.

Le froid va créer une vasoconstriction dans cette zone ce qui diminue l'apport sanguin. Cela a comme effet, le refroidissement progressif de cette zone. Donc une légère anesthésie, et cette application de froid favorise la guérison.

- **Par la chaleur :**

En l'absence d'inflammation importante la chaleur est toute indiquée. Cette chaleur va aussi accroître la circulation et donc favoriser la guérison.

Le traitement par la chaleur amène une atténuation de la douleur, augmente l'irrigation sanguine, permet aux fibres collégiens de devenir extensibles et revêt une importance capitale. Elle est souvent utilisée comme mesure de prévention et de rééducation fonctionnelle.

Comme moyen employés, nous pouvons aussi citer la balnéothérapie, les lampes chauffantes, les ondes courtes, il y'a également les bandes chauffantes.

- **Les bandages :**

Différentes sortes bandages de soutien sont employés selon le degré de stabilité qui est recherché.

Ainsi nous pouvons en citer entre autres :

○ **Les bandes élastiques** : Elles conviennent pour fixer un pansement lors des lésions par plaies et peuvent être employés comme pansement compressif lors des lésions aiguës.

○ **Les bandes collantes** : ont une capacité d'adhérence remarquable, convient pour les lésions des ligaments du genou de la cheville et du poignet, elles doivent souvent être remplacées et sont réutilisables.

○ **Les bandes élastiques auto-fixant**: Elles peuvent être employés, aussi bien dans un but préventif qu'à la phase de récupération après une blessure.

○ **L'orthoplaste**: Il constitue un bon moyen de fixation temporaire d'une blessure à la phase aiguë.

○ **Le strapping** : Il est une méthode de traitement couramment employée chez le footballeur. La méthode a été mise au point par des entraîneurs sportifs et ensuite elle a été adoptée par des médecins de sport.

La pose d'un strapping a comme principe de devoir soutenir une région du corps affaiblie en empêchant le mouvement du corps qui le sollicite sans cependant par ailleurs limiter les fonctions de cette partie du corps.

○ **Le massage** : Le massage est l'une des plus anciennes formes de traitement des malaises humaines.

Son but principal est la détente sous sa forme la plus simple. Il constitue aussi un traitement efficace pour les muscles et les tissus mous du corps mais plus encore il agit sur le système nerveux, musculaire, respiratoire capillaire et lymphatique.

Il a pour but de contribuer à mettre dans les conditions de pratique un joueur qui doit se préparer à un effort important, d'entretenir son organisme et de permettre la récupération après un effort.

- **Pendant l'entraînement :**

Les massages calmants sont efficaces sur l'hyperexcitabilité musculaire, sur les douleurs et les raideurs musculaires qui accompagnent la reprise de l'activité sportive.

- **Avant les compétitions :**

Les sujets nerveux hyperexcitables bénéficient d'un massage calmant.

Le plus souvent on utilise le massage pour stimuler les muscles les plus importants mis en jeu dans le football.

- **Après les compétitions :**

Le massage calmant, décongestionnant sera toujours commencé par des manœuvres abdominales, douces, puis profondes qui agissent sur la tension artérielle, la fréquence des pouls et amèneront une adaptation des réactions cardio-vasculaire.

Les manœuvres calmants précéderont un massage appuyé pour aider à la mobilisation et à la chasse des toxines

Le massage est suivi de repos en position de détente dans une ambiance chaude et reposante.

e) Le traitement préventif

1- L'entraînement

Le traitement préventif : est basé sur un bon dosage de l'entraînement, l'élimination des gestes nocifs l'assouplissement des articulations des annexes (hanches, colonne lombaire), des adducteurs ischio-jambiers et la correction des troubles statiques sans oublier de rechercher une parfaite adaptation du matériel des chaussures que ne saurait lancer dans la compétition des jeunes joueurs, sans préparer leurs adducteurs et leurs abdominaux pour parfaitement stabiliser la symphyse pubienne. Ces muscles sont souvent oubliés du point de vu force musculaire on les sollicite habituellement que par des exercices d'étirement passif.

2- La prévention des blessures

La prévention des blessures englobe : l'équipement, la protection, les engins et règlements, les installations sportives.

- **L'équipement :**

Dans de nombreuses spécialités sportives en particulier dans le football les chaussures représentent l'équipement le plus important.

Elles doivent être adaptées aux exigences de la pratique du football.

- **La protection :**

Pour le football une protection individuelle a été développée (protège-tibia, chevillière et gants de protection pour les gardiens de but).

- **Engins et Règlements :**

Les engins peuvent occasionner des blessures spécialement lorsque les règlements qui précisent comment ils doivent être utilisés ne sont pas suivis.

Si certains engins et règlements sont susceptibles d'augmenter des risques de blessures, ceux-ci doivent être changés.

Chapitre II : Méthodologie

METHODOLOGIE

Cette partie présente la méthodologie adoptée pour les besoins de l'étude. Dans un premier temps, elle va définir le cadre où l'étude s'est réalisée c'est-à-dire le département de Dakar.

Ensuite, décrire la logique et les méthodes employées pour recueillir l'essentiel des informations indispensables à ce travail de recherche ainsi que le traitement dont elles font l'objet.

Et dans un dernier temps, énoncer les difficultés rencontrées au cours de l'enquête pour enfin terminer par les limites de cette étude.

a) Cadre de l'enquête

L'étude s'est réalisée dans la région de Dakar. Au vue de la situation du football dans cette capitale administrative, et de l'importance accordée à ce sport, nous avons jugé nécessaire de faire une étude en interrogeant les joueurs de ligue professionnelle ainsi que les médecins de club de cette localité pour obtenir des informations importantes par rapport au travail.

b) La population cible :

La population ciblée étant les principaux acteurs agissant en ligue professionnelle de football de première division, nous avons interagit avec les joueurs, mais aussi et surtout avec les médecins de club.

A travers cette population, on est censé obtenir des informations fiables.

c) Les instruments de recherche :

Les médecins des différents clubs doivent répondre à un entretien préparé à l'avance et les joueurs, à un questionnaire.

Le choix de l'entretien et du questionnaire nous aide à recueillir le maximum d'informations afin d'atteindre les objectifs fixés.

Les instruments utilisés dans notre enquête sont :

❖ **L'entretien avec les Médecins de Clubs :**

L'utilisation de l'entretien s'explique par la nature de notre étude qui consiste à récolter des informations auprès des personnes ciblées par rapport aux différents points définis au préalable. Un ensemble de questions a été formulé et sera posé aux Médecins de club.

Nous avons évoqués des thèmes qui tournent autour de l'entraînement physique, technique, mais aussi des dispositions et des dispositifs qui sont misent en place afin d'assurer une meilleure protection en minimisant les risques de blessures.

Nous avons aussi échangés sur la manière de préparer les matchs, les séances d'entraînements, mais surtout de la fréquence ou du rythme de compétition.

A travers ce guide d'entretien, nous avons utilisé des questions à réponses ouvertes pour que les médecins puissent nous fournir le maximum d'informations par rapport aux objectifs d'étude.

Donc notre travail avec eux était beaucoup plus complexe car étant même le socle, voire le pilier de l'étude.

❖ **Le questionnaire des footballeurs**

Notre technique de recherche est l'enquête par questionnaire. Elle nous permet d'obtenir des informations claires à partir des questions posées à un échantillon représentatif.

Il est principalement composé de questions fermés mais on y a inclus quelques questions ouvertes pouvant offrir aux interrogés la possibilité de s'exprimer librement. Ces questionnaires vont nous permettre de comprendre la situation des blessures au football à travers les réponses fournies par les joueurs. Ces derniers doivent cocher les cases correspondantes aux bonnes réponses.

Les principaux thèmes abordés sont : l'état des terrains, la température, le climat, l'âge, la taille, le niveau d'entraînement..., mais surtout des cas de blessures les plus rencontrés, des différentes causes qui peuvent les occasionner, de la manière de les traiter ainsi que du suivi à adopter dans ces cas.

d) Recherche documentaire

Pour mieux comprendre l'origine des problèmes rencontrés, nous avons eu à consulter quelques mémoires de maîtrise des étudiants de l'INSEPS afin de mieux faire une situation des cas de blessures des années précédentes.

Et afin de mieux poursuivre notre étude, nous avons aussi parcouru des ouvrages qui nous ont orientés par rapport à notre thème d'étude. Ces ouvrages nous parlent en général des cas de blessures, des urgences au stade, des guides pratiques du médecin du sport... Ce travail nous a permis d'avoir des arguments clairs et solides relatifs à une connaissance précise sur ce point. Pour renforcer nos arguments, on a consulté aussi des sites sportifs et des documents de la Fifa ainsi que de la fédération Sénégalaise de football (FSF).

1) Traitements de données

Le traitement des données consiste à transcrire les résultats issus de l'entretien. Nous avons regroupé les informations obtenus à travers nos interlocuteurs pour pouvoir identifier les facteurs liés à cette étude. Les données recueillies à travers les questionnaires sont présentées sous forme de tableaux statistiques.

2) Les difficultés rencontrées

L'objectif de notre travail nous a exigé de faire des déplacements dans les différents clubs pour interroger toute la population cible et essayer de vérifier nos propos. C'est ainsi que nous avons pu visiter tous les clubs sans exception. Pour certains, il nous a fallu les trouver dans leurs terrains d'entraînement et pour d'autres dans leurs propres locaux qui souvent été très difficile à localiser ou à s'y rendre. Les différents problèmes rencontrés sont aussi d'ordre matériel, financier, de gestion du temps, d'organisation des clubs et de la compréhension entre les différents interlocuteurs.

Les enregistreurs et les dictaphones étaient très rares et difficiles à trouver et nous étions obligés d'attendre jusqu'à ce qu'ils soient disponibles pour que l'on puisse les utiliser.

Pour le questionnaire certains joueurs ne comprenaient pas les questions car n'ayant pas fréquentés l'école française. Et donc pour ceux qui ne comprenaient pas, nous étions obligés de procéder à une traduction ou à une explication beaucoup plus claire pour mieux faciliter la compréhension et pour qu'ils puissent répondre clairement aux questions posées. Enfin pour les questionnaires perdus, il nous a fallu en tirer d'autres pour pouvoir garder le même nombre voulu qui était de 220 Joueurs, 11 Médecins de clubs.

Mais en résumé, quelles qu'en soient les difficultés rencontrées, nous pouvons nous permettre de dire que nous avons pu chercher et trouver des solutions pour les résoudre, car étant prêt à faire face à toutes les éventualités.

Chapitre III : Présentation et Commentaire des Résultats

PRESENTATION,

ET

COMMENTAIRE

DES

RESULTATS

1. Réponses des Joueurs :

Réponses des Joueurs

Tableau N°1 : Répartitions des joueurs des différents clubs selon l'Age, la taille et le Poids.

POIDS (Kg)	[60 - 64]	[65 - 69]	[70 - 74]	[75 - 79]	[80 - 84]	[85 - 89]	TOTAL
	5	30	72	65	30	18	220
AGE (Ans)	[18 - 20]	[21 - 23]	[24 - 26]	[27 - 29]	[30 - 32]	[33 - 35]	
	60	95	47	11	5	2	
TAILLE (Cm)	[1,45 - 1,54]	[1,55 - 1,64]	[1,65 - 1,74]	[1,75 - 1,84]	[1,85 - 1,94]	[1,95 - 2,04]	
	6	27	46	77	58	6	

Figure 1 : Histogramme des joueurs selon leur poids, leur âge et leur taille



Commentaire Tableau N°1 :

Ce tableau nous montre que sur les onze (11) clubs visités :

- la moyenne d'âge observée se situe entre 21 et 23 ans ;
- que la taille moyenne est comprise entre 1,75 et 1,84m ;
- mais aussi que le poids moyen tourne autour de 70 et 74 kg.

Nous pensons donc que cela constitue le poids, la taille et l'âge adéquat pour notre championnat car englobant la quasi-totalité des joueurs.

Néanmoins, nous constatons une bonne part des joueurs avec un poids variant entre 75 et 79 kg, une taille située entre 1,85 et 1,94m et un âge avoisinant les 18 et 20 ans.

Tableau N°2 : Répartitions des heures d'entraînements par Jour et par Semaine selon les clubs.

	Par jour			Par semaine	
Heures d'entraînements	02 heures	03 heures	Jours d'entraînements	05 jours	06 jours
Clubs	8	3	Clubs	9	2
Pourcentages (%)	72,72	27,28	Pourcentages (%)	81,81	18,19

Commentaire du Tableau N°2 :

Parmi les onze (11) clubs visités, huit (8) affirment qu'ils s'entraînent 02 heures de temps par jour soit 72,72 %, contre seulement trois (3) clubs, qui eux ont une durée d'entraînement de 03 heures, soit 27,28 %.

Aussi neuf (9) clubs sur les onze (11) disposent de 05 jours d'entraînement dans la semaine soit 81,81 %, contre seulement deux (2) qui s'entraînent presque toute la semaine six (06) jours sur sept (07) soit 18,19%.

Discussion Tableau N°2 :

L'étude de ce tableau nous permet donc de savoir si nos clubs de première division se reposent-ils assez, de vérifier si les jours ainsi que les heures d'entraînements ne sont pas excessifs.

En effet, les résultats obtenus montrent que plus de la moitié de nos clubs s'entraînent environs 02 heures de temps par jour, ce qui fait 72,72 % ; Par conséquent, on peut prétendre que c'est une durée normale, et que les différentes blessures enregistrées ne devraient donc pas être signe de fatigue ou de surentraînement pour cette méthode d'entraînement.

De même, on peut aussi noter que 81,81 % des clubs s'entraînent 05 jours par semaine, ce qui vient consolider la thèse qu'ils ont au moins un temps de repos considéré comme étant normal.

A l'inverse, 27,28 % des clubs disposent d'environs 03 heures d'entraînements et 18,19 % d'entre eux s'entraînent 6 jours sur 7. Ce qui représente un temps assez important pour les entraînements et donc presque pas de repos total.

Il est donc probable qu'il soit fréquent de noter un grand nombre blessé dû à la fatigue avec ces méthodes d'entraînements. Cette manière de s'entraîner a des conséquences néfastes et peut entraîner des blessures soit par manque de repos ou suite à un surentraînement.

Tableau N°3 : Nombre de match par semaine

Le nombre de match par semaine	Clubs	Pourcentages
1	03	27,27
2	06	54,54
3	02	18,19
Total	11	100

NB : Nous avons volontairement omis le nombre de match par « an » car c'est « 30 » pour toutes les équipes.

Commentaire du Tableau N°3:

Ce tableau nous montre que trois (03) clubs disent qu'ils jouent un (1) seul match dans la semaine sur les onze (11) au total, soit un pourcentage de 27,27%, contre six (06) qui eux en jouent deux (02) en moyenne avec un pourcentage de 54,54% .

Exceptionnellement, nous avons aussi rencontré deux (02) clubs qui nous ont avoué avoir joué trois matchs dans la semaine.

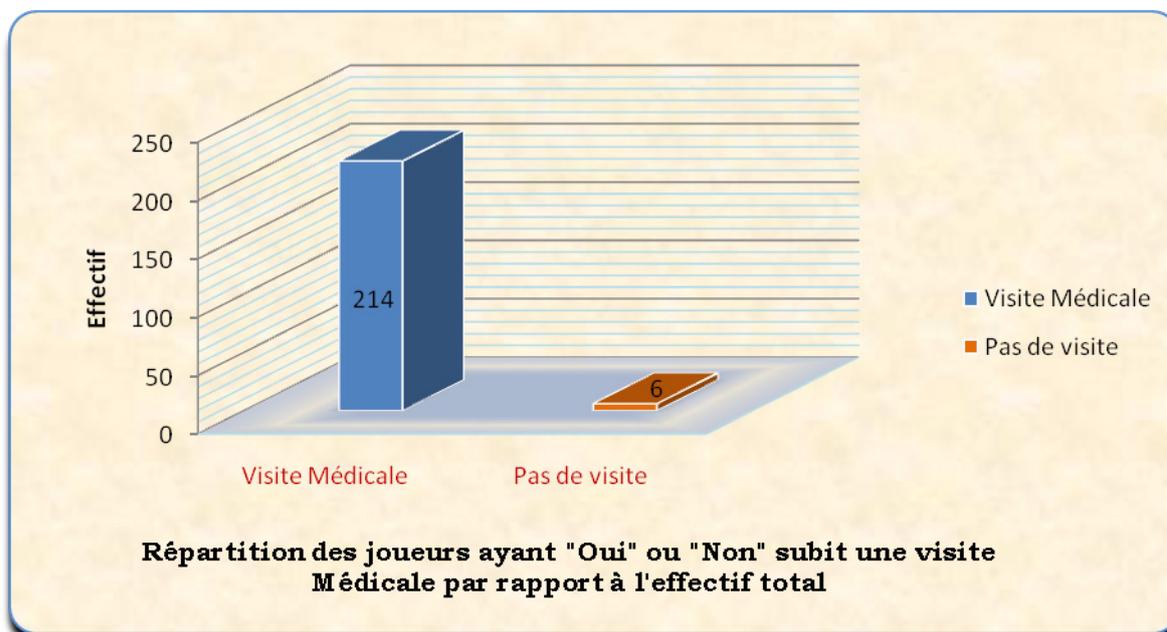
Discussion Tableau N°3 :

Le constat est que peu de joueurs (18,19 %) jouent trois matchs dans la semaine, mais par contre on note un pourcentage assez important (54,54 %) qui jouent deux matchs par semaine. Aussi le pourcentage de joueurs qui jouent un (1) seul match par semaine est assez notoire (27,27 %) et est donc largement plus connu pour ce championnat.

Cette irrégularité du nombre de match joué par semaine peut s'expliquer par le fait que c'est la programmation qui diffère selon que l'on reçoit ou que l'on se déplace. Le championnat est souvent bouleversé en mi-parcours par faute d'une bonne organisation au préalable.

En plus, nous remarquons qu'ils ont toujours tendance à vouloir rattraper le temps perdu et c'est ce qui devient une surcharge pour les joueurs surtout en fin de saison. Ce phénomène peut constituer une raison valable de blessure pour le joueur surtout au niveau du manque de récupération total au plan des entraînements, mais aussi par rapport au rythme de la compétition.

Tableau N°4 : Avez-vous subi une visite médicale d'aptitude à la pratique du Football ?



Commentaire Tableau N°4 :

Parmi les onze (11) Clubs visités, nous avons pu obtenir sur les deux cent vingt (220) joueurs interrogés, un effectif de deux cent quatorze joueurs (214) qui ont normalement effectué la visite médicale comme le veut le règlement contre, aussi faible soit peu, un effectif de six (6) joueurs qui eux ne l'ont pas fait.

Cela nous a permis de savoir que seul 97,27 % de l'effectif total a normalement subit la visite médicale contre 2,73 % qui ne l'ont pas fait.

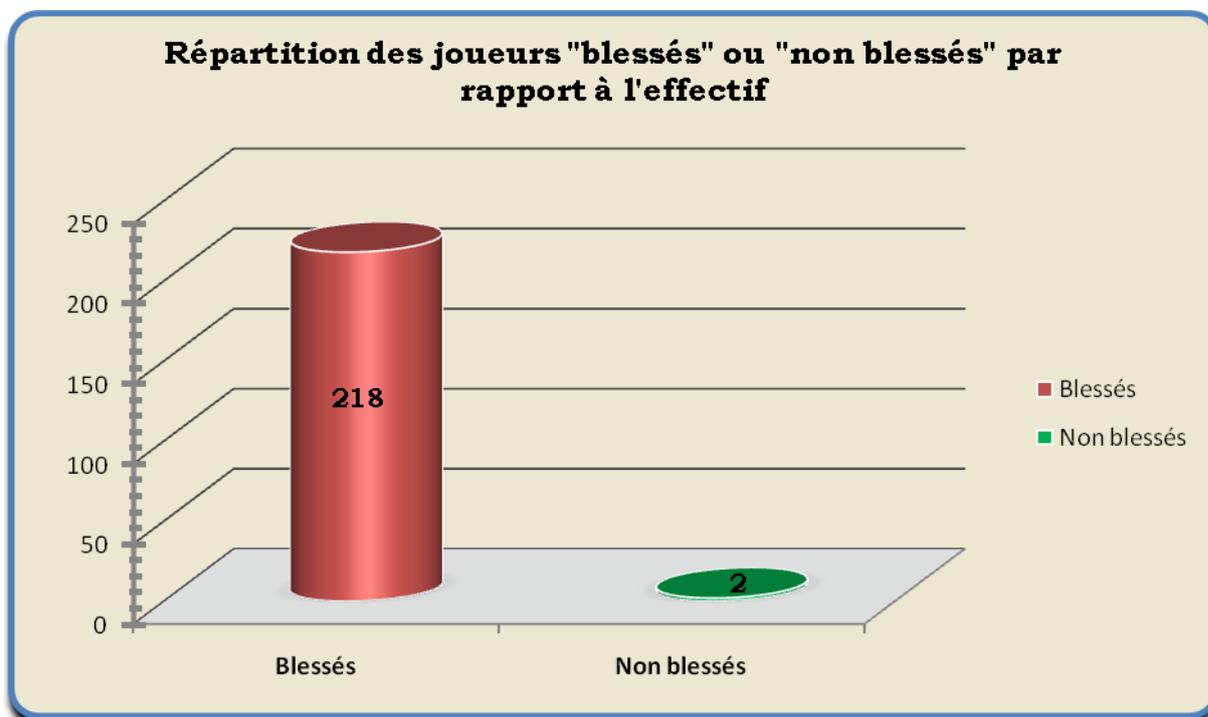
Discussion Tableau N°4 :

L'étude de ce tableau nous permet donc d'avoir une idée sur le nombre de joueurs qui passe la visite médicale avant le début du championnat comme le veut le règlement de la Fédération.

Et il est à noter qu'aussi grand soit le nombre qui ait réellement effectué la visite médicale, il existe toujours une infime partie qui réussit toujours à ne pas la passer soit par négligence, ou par oubli, mais aussi parfois par faute de retard.

Cela peut avoir des conséquences graves sur les blessures quand on sait qu'il est primordiale de savoir son état de santé avant de s'adonner à cette activité que l'on connait de rude et de si exigeant.

Tableau N°5 : Vous arrive-t-il d'avoir des accidents au cours de votre pratique du Football ?



Commentaire Tableau N°5 :

Parmi les deux cent vingt (220) joueurs interrogés, nous avons pu constater que deux cent dix-huit (218) d'entre eux affirment qu'ils leur arrivent d'avoir des accidents au cours de la pratique du football contre, deux (2) qui avouent le contraire.

Cela nous confirme que le nombre de blessés notés au cours de la pratique de ce sport est assez important car la quasi-totalité des joueurs (99,09 %) avouent qu'ils sont souvent victime d'accidents.

Discussion Tableau N°5 :

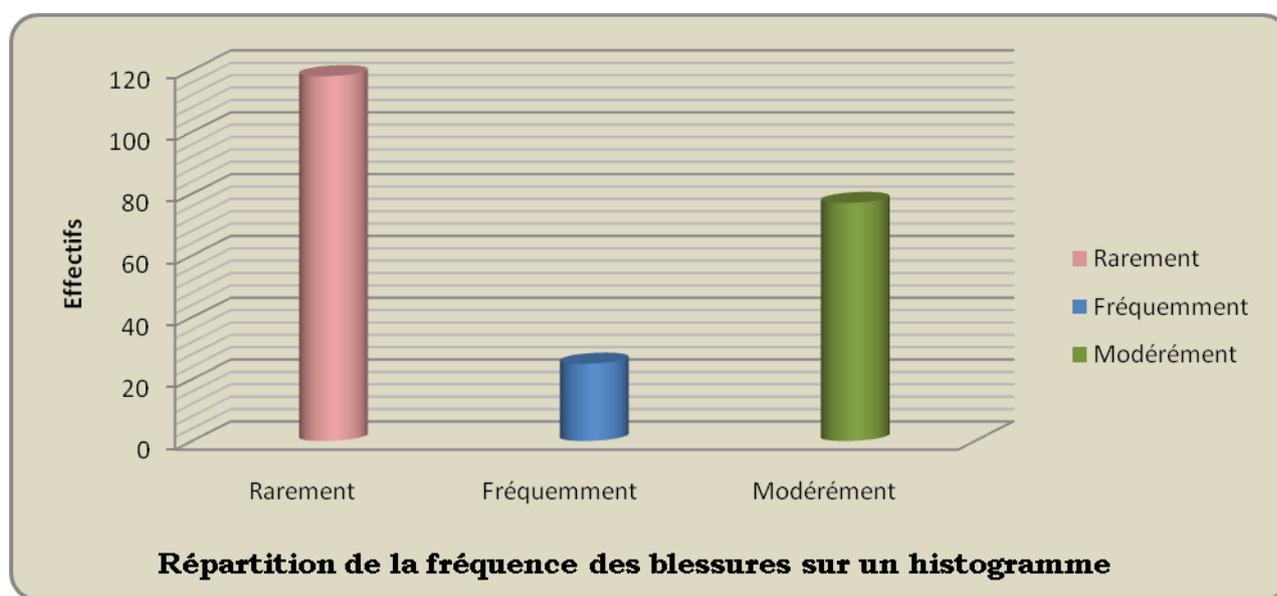
L'étude de ce tableau nous permet donc d'avoir une idée sur le nombre de joueurs qui se blessent dans notre championnat de football de première division.

Ceci nous confirme que notre championnat est assez fréquemment bouleversé par de nombreux traumatismes notés durant sa pratique.

Ce nombre assez élevé de blessures est souvent dû aux diverses raisons qui côtoient notre championnat à savoir : l'équipement du sportif, le climat, la nature des aires de jeux, l'agressivité au niveau du jeu...

Tableau N°6 : Quelle est la fréquence de ces blessures?

Répondants Proposition de réponses	Joueurs	
	Effectif	Pourcentage
Rarement	118	53,64
Modérément	77	35
Fréquemment	25	11,36
Total	220	100



Commentaire Tableau N°6 :

Parmi les deux cent vingt (220) joueurs interrogés, nous avons pu constater que cent dix-huit (118) d'entre eux affirment qu'ils leurs arrivent d'avoir des accidents au cours de la pratique du football mais avec une fréquence assez rare quand même, contre soixante dix sept (77) qui eux avouent que leur fréquence de blessure est assez modérée. De même vingt cinq (25) joueurs ont une fréquence de blessure assez élevée.

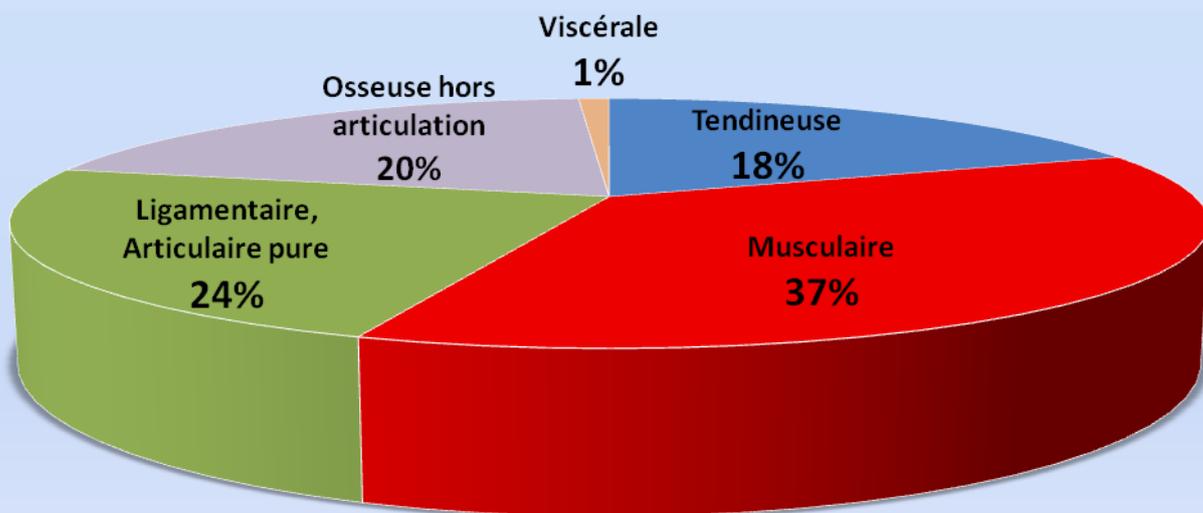
Discussion Tableau N°6 :

L'étude de ce tableau nous permet donc d'avoir une idée sur la fréquence de blessures des joueurs dans notre championnat de football de première division.

Ceci nous confirme que notre championnat est assez fréquemment bouleversé par de nombreux traumatismes notés durant sa pratique mais avec des fréquences assez différentes.

Tableau N°7 : Quelle est la nature des blessures rencontrées ?

Répondants Nature des blessures	Joueurs	
	Effectif	Pourcentage
Tendineuse	40	18,19
Musculaire	81	36,82
Osseuse hors articulation	44	20
Articulaire / ligamentaire	52	23,636
Viscérale	1	1,365
Total	218	100



Répartition des différents types de blessures rencontrées en pourcentage dans un Diagramme circulaire

NB : Certaines valeurs ont été arrondies pour ne pas avoir de nombres décimaux dans le diagramme,

Commentaire Tableau N° 7:

Ce tableau tient compte de la nature des blessures évoquées et par là nous pouvons nettement constater qu'ils sont plus musculaires que ligamentaires (articulaires), mais aussi plus osseuses que tendineuses.

Ainsi, les blessures de nature Musculaire et ligamentaire sont le plus notées avec respectivement 37 % et 24 %.

Les lésions osseuses viennent en troisième place avec 20 %.

Les lésions tendineuses quant à elles sont plus rares avec un pourcentage de 18%.

Discussion Tableau N°7 :

L'étude de ce tableau nous renseigne sur les types de blessures dont les joueurs de notre championnat sont souvent victimes.

➤ En effet, les résultats obtenus dans ce tableau nous révèlent que les blessures de type musculaire et ligamentaire (articulaire pure) sont les plus fréquentes chez les joueurs avec respectivement 37 % et 24 % sur l'ensemble des blessures.

Ces types de blessures sont le plus souvent des claquages, des élongations, des déchirures, des déboitements et des hématomes...

Ces accidents musculaires s'expliquent sans doute par une mauvaise préparation physique ou une mauvaise hygiène de vie, un mauvais échauffement...

S'y ajoute les conditions climatiques relativement difficiles (chaleur et/ou froid) pouvant facilement entraîner des accidents (crampes, claquages...)

➤ Et pour les blessures osseuses et tendineuses (les moins rencontrées avec respectivement 20 % et 18 %), nous pouvons dire qu'elles sont généralement caractérisées par des fractures, des luxations et des entorses...

Ces types de blessures peuvent s'expliquer par l'état de nos terrains de jeux qui sont pour la plupart secs, et sablonneux, où les joueurs à cause d'un mouvement intempestif peuvent contracter ces types de blessures.

Ces types de lésions demandent généralement une durée de repos relativement longue.

Tableau N°8: Quelle appréciation faites-vous de la qualité du traitement que vous avez reçu à la suite d'une blessure ?

Répondants Proposition de réponses	Joueurs	
	Effectif	Pourcentage
Bonne	118	53,63
Moyenne	61	27,72
Mauvaise	19	8,63
Pas de traitement	17	7,72
Pas de réponse	5	2,30
Total	220	100

Commentaire Tableau N°8 :

Ce tableau montre que plus de la moitié des joueurs (118) soit un pourcentage de 53,63 %, affirment avoir reçu un traitement de bonne qualité.

- ✓ Pour les 61 autres joueurs interrogés soit 27,72 %, le traitement était de qualité moyenne.
- ✓ Pour les dix neuf (19) joueurs ayant proposés comme réponse une mauvaise qualité de traitement, cela constitue un pourcentage 8,63 par rapport à l'effectif total.
- ✓ On pourra aussi noter que 17 joueurs affirment ne même pas avoir reçu de traitement dans leur club ou par leur médecin durant toute la durée de leur blessure.
- ✓ Cependant on notera également que cinq joueurs (5) interrogés soit 2,30 % n'ont pas répondu à la question posée.

Discussion Tableau N°8 :

Les résultats obtenus dans ce tableau nous montrent que plus de la moitié des joueurs blessés (53,63 %) ont été entièrement pris en compte par leur club et ont trouvés satisfaisant la qualité du traitement.

Et c'est ce qui a permis un meilleur rétablissement de ces joueurs ainsi qu'une rapide reprise de leurs activités sportives dans les meilleurs délais.

Il existe tout de même des cas de blessures mal traitées (8,63 %) et pire encore, des cas non traitée avec un pourcentage de 7,72 %.

Ces deux résultats obtenus représentant les cas de blessures mal et non traitées s'expliquent sans doute par l'insuffisance ou l'absence de spécialistes dans certains clubs d'une part, et d'une négligence de leurs dirigeants d'autre part.

Et pour ceux qui n'ont pas répondu à cette question, peut être qu'ils ont voulu ne pas trop débattre sur ce sujet. Mais en tout cas leur pourcentage est de 2,30 %. Ce qui est assez insignifiant.

Tableau N°9 : Y-a-t-il eu un suivi dans votre traitement et avez-vous fait un bilan paraclinique ?

Répondants Réponses proposées	Joueurs			
	Suivi		Bilan paraclinique	
	Oui	Non	Oui	Non
Effectif	213	7	15	205
Pourcentage	96,82	3,18	6,82	93,18
Total	220			

Commentaire Tableau N°9 :

L'étude de ce tableau nous permet de savoir s'il ya une continuité par rapport au traitement imposé par le médecin et quelles sont les suivis à adopter. A-t-il fallu avoir recourt à un bilan paraclinique?

En effet 96,82 % des joueurs affirment avoir eu un suivi dans leur traitement contre seulement 3,18 %.

Et toujours dans cette même logique on constate que seule une infime partie des blessés (6,82 %) a eu le privilège de poursuivre le traitement, d'approfondir le diagnostic jusqu'à faire un bilan paraclinique contre 93,18 % qui ne l'ont pas fait.

Discussion Tableau N°9 :

Ceci prouve encore une fois que même si on prétend suivre médicalement les joueurs, on constate toujours une certaine limite dans cette œuvre qui est souvent dû à un manque de moyen financier car ces bilans paracliniques sont assez chers pour être tous pris en charge par le club entièrement, car nécessitant des budgets énormes.

A cela s'ajoute que si le club disposait de matériels médicaux, peut être que cela aurait dû faciliter la tâche à ces médecins mais aussi à ces blessés.

Enfin il faut aussi signaler le manque de spécialistes avérés dans les clubs car n'employant pas souvent la personne qu'il faut à la place qu'il faut.

2. Réponses des Médecins

Réponses des Médecins

Tableaux N°10 : Composition de l'équipe médicale par rapport aux différents clubs

Equipe médicale Nombre de clubs	Médecin (s)	Infirmier (s)	Masseur (s)	Kiné (s)	Podologue (s)	Nombre de personnes par Club
4	1	1	1	1	-	4
2	1	-	-	-	1	2
2	1	-	-	1	-	2
1	1	1	-	-	-	2
1	1	-	-	-	1	2
1	1	-	-	-	-	1

NB : Nous tenons à rappeler que nous avons pris en compte les réponses combinées car certains d'entre eux remplissent au moins deux fonctions à la fois dans le club.

Commentaire Tableau N°10 :

Ce tableau nous montre que tous les onze (11) clubs visités, disposent au moins d'un Médecin qualifié selon les règles de la Fédération Sénégalaise de Football.

Mais à cela s'ajoute aussi que le reste de la composition de l'équipe médicale est assez variée et est composée en outre du Médecin par club, soit d'un infirmier, ou d'un masseur, soit d'un kiné ou d'un podologue de plus;

Discussion Tableau N°10:

Les données recueillies dans ce tableau nous montrent l'insuffisance des effectifs médicaux surtout dans sa globalité.

Cette situation peut s'expliquer par le fait que les clubs n'ont pas assez de ressources pour recruter des spécialistes dans les autres domaines.

Quatre (4) clubs sur onze (11) présentent une équipe médicale presque complète (4/5) de l'effectif Médical global. Ce qui est minime par rapport au nombre total, mais quand même compréhensible.

Les autres clubs (7) ont en plus du Médecin, un élément constituant l'équipe médicale (soit un Masseur, un Infirmier, un Podologue ou un Kiné).

Par ailleurs, nous pouvons constater quelque chose d'assez curieux, c'est que parmi les cinq (5) personnes qui doivent composer normalement le personnel médical, seul (2) clubs disposent de podologue.

Cet état de fait est assez surprenant dans la mesure où nous savons tous que les pieds sont les parties les plus exposés, les plus agressés. Alors il est inquiétant de savoir que des clubs n'en disposent pas.

De manière générale, ce tableau confirme qu'il y'a un manque considérable de personnel médical dans la majeure partie de nos clubs de première division de football.

Tableau N°11: Etes-vous un médecin spécialiste ?

Population	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Personnel Médical des Clubs	5	45,45	6	54,55
Total des effectifs	11			

Commentaire Tableau N°11 :

Parmi les onze (11) personnes interrogées et qui sont chargées du volet Médical dans leurs Clubs, cinq (5) affirment qu'ils sont des médecins spécialistes, soit 45,45 %, contre six (6) qui eux affirment qu'ils ne sont pas, soit 54,55 % et donc ne sont pas des médecins de sport.

Discussion Tableau N°11:

L'étude de ce tableau nous permet de savoir que ce n'est pas tous nos clubs de première division qui disposent de médecins spécialistes mais plutôt 45,45 %. Ce qui est presque insuffisant, mais qui peut quand même conduire à un bon diagnostic, et à un meilleur traitement.

Par contre, le reste des résultats montrent que plus de la moitié de nos clubs ne disposent pas de médecins spécialistes (54,55 %); Par conséquent toutes les blessures ne peuvent pas être correctement prises en charge au sein de ces clubs et sont le plus souvent transférées vers d'autres spécialistes.

Et Il est donc à redouter dans ces cas de voir une blessure se compliquer par ignorance, ou par négligence; Ce qui a comme conséquence de retarder la guérison et la reprise de l'activité.

Cet état de fait a des conséquences néfastes sur les blessures quand nous savons qu'il existe un énorme manque de spécialistes dans les clubs, mais surtout par faute d'un bon diagnostic et/ou d'un meilleur traitement qui aurait dû être fait par un agrégé en l'occurrence, le spécialiste.

Tableau N°12 : A quelle période enregistrez-vous le plus grand nombre de blessés?



Commentaire Tableau N°12 :

Ce tableau montre que la plupart des cas des joueurs blessés a été enregistré durant un match (90,91 %) selon les onze (11) médecins interrogés, à l'inverse des (9,09 %) qui eux sont des blessures enregistrées avant un match.

Discussion Tableau N°12 :

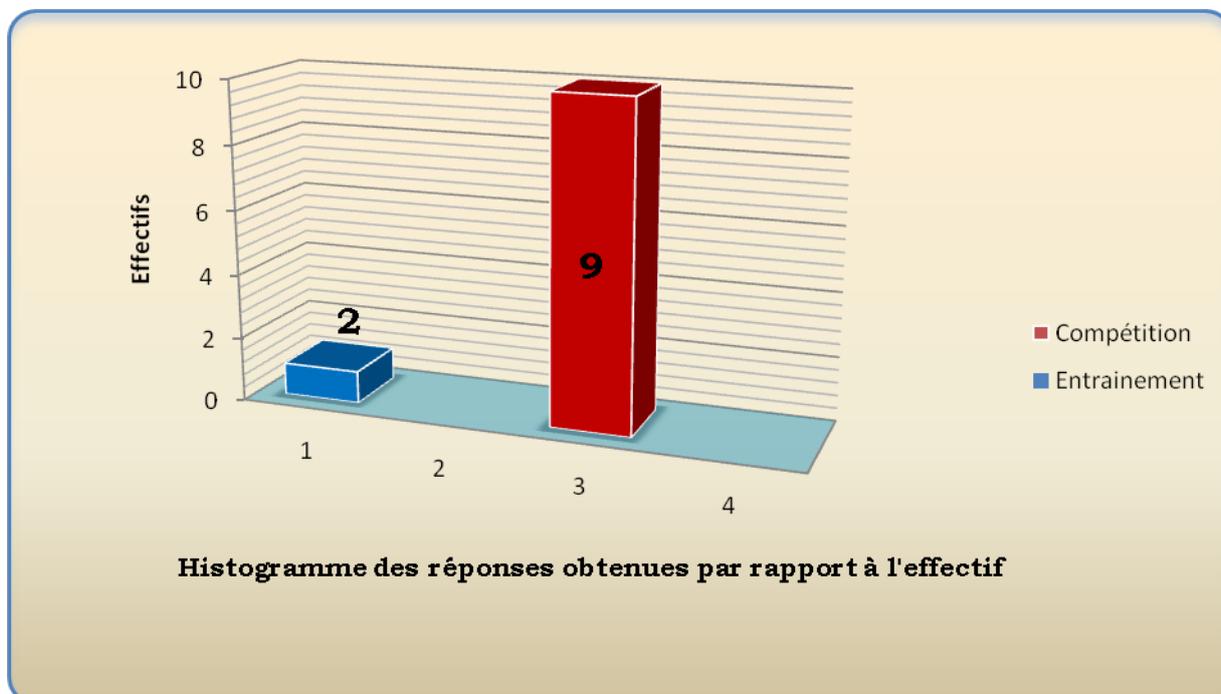
Les résultats obtenus dans ce tableau nous ont permis de savoir que les joueurs se blessent le plus souvent durant les compétitions (90,91 %) et donc que c'est au cours de la pratique qu'ils sont le plus exposés. Cela peut être dû à un contact avec un adversaire au moment du jeu, ou à une mauvaise réception après un saut, ou aussi à l'état du terrain...

Ce constat peut s'expliquer par le fait que les joueurs sont déterminés à vouloir faire des performances individuelles, à se donner plus qu'ils ne sont capable, à vouloir se surpasser pour faire gagner leur équipe. L'autre fait expliquant ces nombreux cas de blessés pendant les rencontres peut être dû à un échauffement mal dirigé ou à un étirement incomplet avant le match.

Face à ce fait (le désir de vaincre, ou de se faire remarquer), les contacts et les risques de blessures prennent une ampleur très importante et sont souvent risque de blessure.

Les autres 9,09 % enregistrées avant le match peuvent être causées par un mauvais et/ou une insuffisance au niveau de l'échauffement, ou bien par une blessure antérieure pas totalement guérie. Ces cas sont récurrents surtout pendant l'échauffement à la suite d'un faux pas, ou d'un faux mouvement.

Tableau N°13: Lors de quels événements enregistrez-vous des blessés?



Commentaire Tableau N°13 :

Ce tableau montre que la plupart des joueurs blessés a été enregistré pendant les matchs de compétition (81,81 %) selon les onze (11) médecins interrogés, à l'inverse des 18,19 % qui eux ont été enregistrés pendant les entraînements soit deux (02) médecins.

Discussion Tableau N°13 :

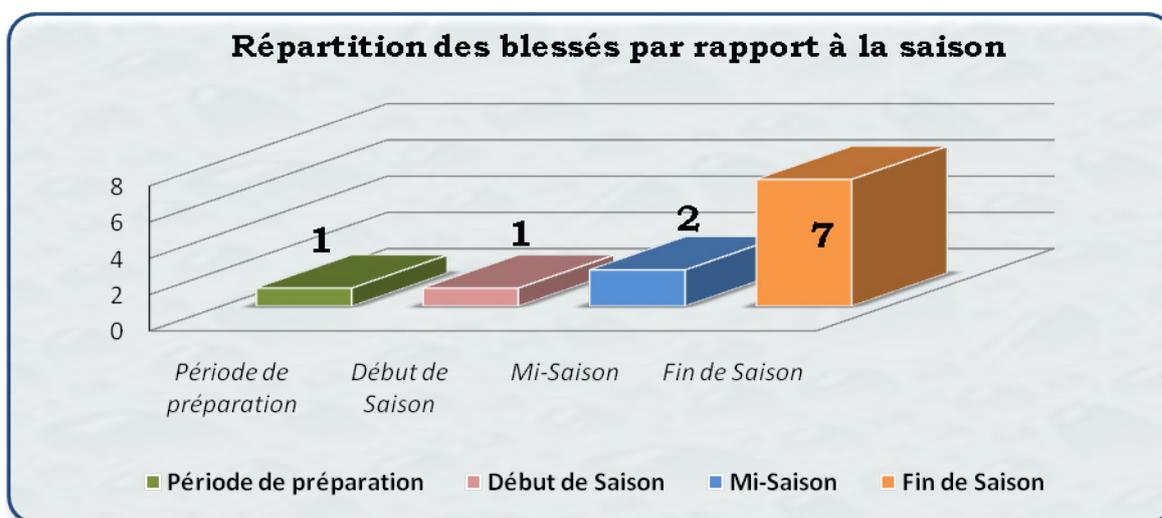
Les résultats obtenus dans ce tableau nous ont permis de savoir que les joueurs se blessent le plus souvent durant les compétitions (81,81 %) et donc que c'est au cours de ces compétitions qu'ils sont le plus exposés. Cela peut être dû à un contact agressif au moment du jeu, au désir de vaincre qui nous pousse souvent à vouloir faire plus..., surtout pendant les compétitions.

L'intensité au niveau du jeu, la combativité, la rage de vaincre, sont autant de facteurs qui influent sur la gravité des blessures surtout en période de compétition.

Les autres (18.19 %) enregistrés pendant les entraînements, soit l'avis des deux (02) médecins peuvent être interprétés comme par un manque d'échauffement ou une légèreté au niveau du jeu aboutissant à un manque de concentration et donc à un relâchement des muscles.

Ces cas sont fréquents surtout lors d'une absence et/ou d'un mauvais échauffement.

Tableau N°14 : A quel période de la saison notez- vous des blessés chez les joueurs ?



Commentaire Tableau N°14 :

Ce tableau montre que sur les onze (11) médecins interrogés, sept (7) affirment enregistrer le plus grand nombre de blessés en phase retour et donc en fin de saison.

Un (1) sur 11, dit avoir enregistré des blessés en période de préparation, et un autre en début de saison. Mais il n'est pas à exclure qu'on enregistre aussi des blessés en mi-saison, car deux (02) médecins l'ont affirmés.

Discussion Tableau N°14 :

Les résultats obtenus dans ce tableau nous ont permis de savoir à quels moments les joueurs de football de notre championnat de première division se blessent-ils le plus souvent. Et pour cela, sur les onze (11) médecins interrogés, nous retrouvons la presque totalité des blessures en phase retour.

Cette situation peut être due à une fatigue du corps, à un repos insuffisant de l'organisme, à un entraînement excessif (surentraînement)....

En plus de cela s'ajoute le phénomène de l'enjeu qui est de plus en plus important surtout en phase retour, car certains clubs conscients des mauvaises performances réalisées lors des phases "Aller" veulent immédiatement se repositionner, et les autres par contre, favorisés par leur positionnement dans le tableau des classements, vont essayer de maintenir leur place.

Alors la conséquence de tout cela est un engagement de plus en plus intense des joueurs, et ainsi les contacts deviennent plus importants favorisant les risques de blessure.

Et pour les cas de blessés enregistrés par les médecins en phase de préparation, ceci peut s'expliquer par une mauvaise adaptation à la préparation hivernale. La plupart de nos clubs ne disposant pas de préparateur physique spécialisé, une personne ressource qui a une parfaite maîtrise de l'entraînement en respectant les principes physiologiques.

Au terme de l'étude de ce tableau nous en déduisons qu'il y'a effectivement plus de blessés en phase retour qu'en phase aller ou en période de préparation.

Tableau N°15 : Quelles sont les proportions des blessures notées chez les joueurs par rapport à l'effectif ?

Répondants Proportions	Médecins	
	Effectifs	Pourcentages
<i>[-25%]</i>	4	36,36
<i>[Entre 25 et 50%]</i>	5	45,45
<i>[Plus de 50 %]</i>	2	18,19
Total	11	100

Commentaire Tableau N°15:

Ce tableau nous permet d'avoir une idée sur la fréquence des blessures dans notre championnat.

Parmi les onze (11) médecins interrogés, quatre (4) évoquent une proportion relativement minime et *[inférieure à 25% des cas de blessés]* soit un pourcentage de (36,36%), cinq (5) d'entre eux révèle un pourcentage moyen variant entre *[25 et 50 % des cas]* et donc ce qui fait un pourcentage de (45,45 % des réponses obtenues).

Et enfin deux (2) médecins signalent un taux de *[plus de 50 % de blessés]* soit (18,19 %).

Discussion Tableau N°15 :

L'étude de ce tableau nous a donc permis de constater que les joueurs se blessent le plus souvent avec un taux relativement moyen et compris entre **[25 et 50 %]**. Mais il n'est pas à exclure que l'on note aussi un pourcentage assez considérable des blessures avec la proportion des moins de **25 %**.

Ce phénomène est sans doute dû à une insuffisance ou à un manque d'engagement du joueur au niveau du jeu, par crainte de perdre sa place dans l'effectif.

Mais aussi ces blessures peuvent être le fait de manque d'infrastructures médicales et de ressources humaines capables de mettre en œuvre une stratégie préventive (visite médicale d'aptitude, conseil d'hydratation, bonne alimentation, équipement adéquat...).

Aussi, cette situation pousse certains joueurs à moins d'engagement (contacts) de peur de contracter des blessures nécessitant un traitement sérieux ainsi qu'un suivi.

Deux (2) médecins évoquent par contre, une proportion de cas de blessés élevés dépassant les **50%**.

Ce résultat renforce l'idée qu'il y'a sans doute moins de blessés durant la saison.

Tableau N°16: Dans quel type de terrain enregistrez- vous le plus de blessés ?

Répondants Propositions de réponses	Médecins	
	Effectif	Pourcentage
Terrain gazonneux	2	18,19
Terrain sablonneux	4	36,36
Terrain sec	5	45,45
Total	11	100

Commentaire Tableau N°16:

Ce tableau montre que la plupart des cas de blessures a été enregistré dans les terrains secs, soit environ 45,45 % selon les médecins interrogés.

Les autres médecins affirment enregistrer des cas de blessés dans les terrains sablonneux avec un pourcentage de 36,36 %, et enfin 18,19 % des médecins disent enregistrer des blessés dans les terrains gazonneux.

Discussion Tableau N°16:

L'étude de ce tableau nous permet de savoir dans quel type de terrain nous rencontrons le plus de cas de blessés.

En effet, les résultats obtenus dans ce tableau montrent que les terrains secs constituent, l'aire de jeu où l'on rencontre le plus de blessés, avec des résultats qui avoisinent presque les 50 % soit près de 45,45%.

Cela s'explique du fait de la nature de ces terrains, qui sont susceptibles de rendre les mouvements et les déplacements des joueurs difficiles et souvent dangereux; ce qui accentue aussi les cas de ces blessures dans ces terrains secs c'est surtout le faux pas, mais aussi une mauvaise réception après un saut ou une chute.

En dehors des terrains secs se sont les terrains sablonneux où l'on rencontre une proportion importante de cas de blessés avec comme résultats 36,36 % de l'effectif des médecins interrogés.

Pour ces types de terrains, les joueurs sont confrontés aux phénomènes de la surcharge.

En plus de la surcharge, les nombreux objets enfouis ou cachés dans ce sable (cailloux, lames, fer) causent aussi de nombreuses blessures.

Enfin nous constatons qu'il y'a moins de cas de blessés dans les terrains gazonneux, résultat attesté par les médecins car englobant un pourcentage de 18,19%.

Cette rareté de cas de blessés enregistrés dans les terrains gazonneux s'explique par les qualités de la pelouse qui sont pour la plus part bien entretenue.

Maintenant reste à poser le problème des équipements, surtout les chaussures.

Tableau N°17 : Quel est l'état de gravité des blessures ?

Répondants Propositions de réponses	Médecins	
	Effectif	Pourcentage
Bénin	4	36,36
Moyen	5	45,45
Grave	2	18,19
Total	11	100

Commentaire Tableau N°17:

Ce tableau montre que 81,81 % des médecins interrogés ont jugé que l'état des blessés enregistrés était soit « bénin » soit « moyens », d'après leur cumul. Par contre 18,19 % des médecins évoquent des cas de blessures graves.

Discussion Tableau N°17:

Les résultats obtenus dans ce tableau révèlent que la plupart des cas de blessés enregistrés sont de degrés moyen ou bénin ; résultats confirmés par la somme des pourcentages et c'est ce qui nous fait un total de 81,81 % de l'effectif des médecins répondants (9 médecins sur 11).

Ces résultats viennent consolider nos argumentations si l'on tient compte de l'état de nos terrains (sec, sablonneux...). Ceci peut augmenter le nombre de blessé à cause de leur inadaptation à la pratique de l'activité sportive (terrains défectueux, objets tranchants, cailloux...).

Il serait intéressant de penser à trouver s'il existe une grande différence entre une chute dans un terrain sec et une autre dans un terrain gazonneux. Certainement, la plupart des cas rencontrés dans les terrains secs devront être plus graves et plus dangereuses que celles trouvées dans les terrains gazonneux.

Concernant les cas de blessés graves ils sont moins nombreux que ceux des deux cas précédemment cités, ils ne sont mentionnés que pour un pourcentage de 18,19% de l'effectif total (2 médecins sur 11).

Ces cas de blessés graves sont souvent dus à des lésions osseuses caractérisées pas des fractures qui peuvent éloigner le footballeur assez longtemps des aires de jeu avec une durée qui peut tourner aux alentours de deux (2) voire quatre (4) mois.

Tableau N°18: Quels sont les appareils médicaux dont disposent votre club ?

Répondants Appareils médicaux	Médecins	
	Effectif	Pourcentage
Stéthoscope, tensiomètre, Thermomètre, vessie à glace balance, toise	2	18,19
Absence d'appareils	5	45,45
Utilisation de ceux de l'hôpital	4	36,36
Total	11	100

Commentaire Tableau N° 18 :

Ce tableau nous permet de savoir si exactement, les médecins disposent d'appareils médicaux au sein même de leur club ou non.

En effet, la plupart des médecins soit environ (45,45 %) déplorent une absence de matériel médical au sein du club. Tandis que les autres médecins par contre soit (36,36 %) affirment utiliser les appareils de l'hôpital.

Mais néanmoins (18,19 %) des médecins interrogés affirment quand même disposer d'appareil médical au sein de leur club, bien qu'étant pas trop garni.

Discussion Tableau N°18 :

Les résultats recueillis dans ce tableau dévoilent une absence d'appareils médicaux dans la plupart de nos clubs de première division, résultats confirmés par près 45,45 % de l'effectif des médecins soit (5 médecins sur 11).

Au même moment les autres médecins soit 36,36 % sont dans l'obligation de faire recours aux appareils de l'hôpital. Face à cette situation, il est évident que devant certains cas de blessures, les médecins vont sans doute éprouver du mal à faire un bon diagnostic.

Car comme nous le savons bien, certains appareils médicaux peuvent servir de moyen de prévention contre de multiples accidents ou blessures. Ces matériaux peuvent donner des indications sur l'état du muscle ou autre structure de l'organisme.

Certains médecins de club (2) soit (18,19 %) énumèrent quelques appareils dont ils disposent dans leur club.

Parmi ces appareils médicaux nous pouvons noter (un stéthoscope, une balance, une toise, un tensiomètre, une vessie à glace, un thermomètre etc....).

Au terme de l'étude ce tableau nous constatons que les médecins travaillent avec une insuffisance d'appareils médicaux.

Tableau N°19: Quels sont les moyens de diagnostic que vous en cas de blessure ?

Moyens de diagnostic \ Répondants	Médecins	
	Effectif	Pourcentage
Examen clinique	7	63,64
Examen complémentaire	4	36,36
TOTAL	11	100

Commentaire Tableau N°19 :

Ce tableau montre que sur les onze (11) médecins interrogés, sept (7) soit 63,64 % se contentent de l'examen clinique, alors que quatre (4) soit 36,36 % procèdent à des examens complémentaires.

Discussion Tableau N°19 :

Concernant les questions de diagnostic des blessures, l'examen clinique est le plus utilisé par les médecins de club, résultats attestés par (63,64 %) selon les médecins. Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que la plupart des cas de blessures enregistrés ne sont pas aussi graves.

Cette utilisation assez fréquente de l'examen clinique peut être aussi expliquée par le fait que la plupart de nos clubs sont confrontés à un manque, ou à une insuffisance d'appareils médicaux adéquats appartenant au club même.

L'autre phénomène est l'insuffisance de moyen financier au niveau de certains clubs. Devant cette situation, certaines blessures qui demandent des examens complémentaires, ne sont pas souvent faites, du fait que le club ne dispose pas d'assez de ressources pour envoyer le joueur subir des examens complémentaires.

Et pour ces examens complémentaires qui représentent (36,36 %), nous pouvons penser qu'ils englobent les blessures assez sérieuses rencontrées durant la pratique et qui prévalaient d'autres examens plus approfondis pour mieux déceler la nature du traumatisme et savoir quels moyens de traitement utiliser.

A titre d'exemple on pourra citer la radiographie, l'échographie, l'IRM, scanner, analyse biologique...

Au terme de ce tableau nous déduisons que l'examen clinique est le moyen le plus utilisé par les médecins de club interrogés.

Tableau N°20: Etes-vous confrontés à des blessures dont le diagnostic est difficile malgré les moyens dont vous disposez ?

Répondants	Médecins de clubs		Total
	Oui	Non	
Effectif	7	4	11
Pourcentage	63,64	36,36	100

Commentaire Tableau N°20 :

Sur les onze (11) médecins interrogés, sept (7) soit 63,64 % affirment avoir des difficultés de diagnostic contre quatre (4) seulement affirmant le contraire soit 36,36 %.

Discussion Tableau N°20 :

Les résultats obtenus donc dans ce tableau prouvent que la plupart des médecins éprouvent des difficultés majeures pour établir un diagnostic devant certains cas de blessures (63,64 %).

Ces résultats peuvent s'expliquer de plusieurs manières en ayant des significations assez différentes.

Et parmi ces explications nous pouvons citer :

- l'absence d'infrastructures médicales adéquates ;
- Le non spécialisation de certains médecins de club en est aussi une des explications relatant ces difficultés rencontrées par ces médecins, car étant pour la plupart des généralistes ou des spécialisés dans d'autres domaines.

Ces résultats peuvent induire sans aucun doute une proportion assez élevée des cas de blessures mal ou non traitées.

Certains clubs recrutent souvent des bénévoles qui n'ont aucune formation médicale qualifiée car ne disposant pas de médecins tout le temps libre et à leur disposition. C'est ainsi que l'on assiste à l'émergence des infirmiers et des aides soignants au niveau des aires de jeu.

Et face à cette situation, il est évident que d'énormes difficultés soient rencontrées par ces personnes, face à certaines blessures moins graves car ne disposant pas de matériels médicaux adéquats.

Tableau N°21: Quel type de traitement utilisez vous le plus souvent ?

Types de traitement \ Répondants	Médecins	
	Effectifs	Pourcentages
Immobilisation (élastoplaste, strapping, bandages)	6	28,60
Traitement médical	4	19,04
kinésithérapie	4	19,04
Repos	3	14,28
Médecine traditionnelle	2	9,52
Traitement chirurgical	2	9,52

N.B : Un médecin peut utiliser plusieurs types de traitements à la fois.

Commentaire Tableau N°21:

L'immobilisation par (l'élastoplaste, bandages, strapping), reste le traitement le plus évoqué par les médecins interrogés (6) soit (28,60 %) car étant un moyen d'intervention rapide qui peut se faire sur le terrain et ne nécessitant pas trop de matériels car se trouvant le plus souvent à coté du banc des remplaçants, dans la trousse ou boîte médicale.

La kinésithérapie elle, reste un moyen de traitement assez répandue et est utilisée par 19,04 % des médecins. De même que le traitement médical qui comprend aussi les prises d'anti-inflammatoire, d'antalgique ou d'antibiotique soit (04 médecins sur 11).

Le repos est évoqué par (3 médecins), soit 14,28 % car étant un très bon moyen de traitement. Il est souvent conseiller par des médecins pour mieux espérer recouvrer sa forme habituelle.

Enfin le traitement chirurgical ainsi que la médecine traditionnelle sont aussi cités et chacun d'eux représente 9,52 %. Il n'est pas à exclure qu'il arrive parfois que des blessés ne sachant plus quoi fer ou bien pressés de revenir sur le terrain s'acharne sur toutes les occasions qui se présentent devant lui.

Discussion tableau N°21 :

Les données recueillies dans ce tableau nous ont permis de savoir que le traitement par immobilisation est le plus utilisé par les médecins traitants, ensuite le traitement par le massage et les produits anti-inflammatoire, antalgique, antibiotique restent des moyens thérapeutiques très utilisés en médecine du sport.

L'utilisation fréquente de ces types de traitement par les médecins prouve que nous sommes certainement face à des cas de blessures moins graves.

Le traitement par immobilisation s'explique sans doute par la fréquence des lésions articulaires (entorses, luxation etc.).

L'utilisation des traitements (kinésithérapie, traitement médical basé sur la prise d'anti-inflammatoire, d'antalgique ou d'antibiotique) ont un effet commun, qui est de calmer la douleur. Souvent quand un joueur se blesse dans le terrain on lui recommande de la glace pour la région affectée. Ceci a comme effet de calmer la douleur.

Le recours à ces types de traitement peut être expliqué par le fait que certainement on est face à des lésions de nature musculaire (hématome, claquage, etc....). Pour empêcher l'inflammation d'une zone lésée le recours aux produits anti inflammatoire semble être efficace également.

Le repos qui vient en troisième position avec un pourcentage qui est de 14,28 % selon les médecins interrogés est souvent préconisé par ces derniers dans la situation où le joueur est très fatigué par le nombre de matchs, de compétitions élevés, ainsi que par les entraînements.

Le traitement chirurgical et le traitement par la médecine traditionnelle représentent les types de traitement les moins fréquemment utilisés par nos médecins soit 9,52 %.

Le traitement chirurgical est souvent préconisé dans des cas de blessures graves (les pubalgies, les doubles fractures...). Or comme nous le constatons ce type de traitement occupe un pourcentage très faible car les cas blessures graves sont quand même assez rares dans notre championnat de première division ; c'est sans doute ce qui explique cette faible utilisation de ce traitement.

L'utilisation de la médecine traditionnelle comme moyen de traitement dans certains clubs bien que limitée, relate encore l'attachement que l'on a toujours de ces croyances mystiques.

Chapitre IV : Conclusions, Recommandations et Perspectives



Conclusion :

Notre étude qui a porté sur le diagnostic, le traitement et le suivi des blessures de notre championnat de première division a révélé qu'il existe bel et bien des traumatismes mais qui sont assez rares quand même et ces derniers constituent un taux de 45,454 % en moyenne. **(Tableau N°11)**

La principale cause de ces accidents est particulièrement liée aux mauvais états des terrains surtout ceux non gazonnés car constituant respectivement 45,454 % pour les terrains secs et 36,363 % pour les terrains sablonneux selon les médecins interrogés **(Tableau N°12)**.

Ces cas de blessures sont spécialement de gravité bénignes ou moyennes avec un taux cumulatif de 81,818 % soit respectivement 36,364 % pour les bénignes et 45,454 % pour les moyennes **(Tableau N°14)**.

Ces blessures surviennent beaucoup plus pendant le déroulement du match avec un pourcentage de 90,91 % **(Tableau N°8)**, surtout en période de compétitions soit un pourcentage de 81,818 % **(Tableau N°9)**, et principalement en phase retour ou fin de saison avec un taux qui atteint les 63,639 % **(Tableau N°10)**.

Néanmoins il est utile de préciser que la plupart des joueurs ayant été victimes de blessures ont reçu un traitement adéquat soit 53,636 % **(Tableau N°19)**, malgré une absence et ou insuffisance de personnel médical constaté au sein de nos clubs.

Pour les médecins spécialistes, une bonne partie de nos clubs de championnat de football n'en disposent pas, soit 54,545 % **(tableau N°5)**. A cela s'ajoute les défauts de diagnostic par manque ou inadéquation d'appareils médicaux appartenant aux clubs.

Les lésions musculaires et ligamentaires (claquages, elongations, déchirures ou hématomes...) constituent les blessures les plus fréquentes avec respectivement 36,818 % et 23,636 %, suivi des lésions osseuses (fractures) avec 20 % et des lésions articulaires avec 19.092 % constituées par les luxations, entorse... **(Tableau N°13)**.

Les examens cliniques représentent le moyen de diagnostic le plus utilisé par les médecins traitants soit 63,636 % **(Tableau N°16)**, alors que le traitement par immobilisation (électroplaste, bandages...) avec 54,545 %, la kinésithérapie (massage) et le traitement médical (application ou la prise orale d'anti- inflammatoires, d'antalgiques, d'antibiotiques) avec chacun 36,363 % représentent les types de traitements les plus utilisés avec des pourcentages respectifs suivi du repos qui est souvent recommandé avec 27.272 %. **(Tableau N°18)**.

Ces différents types de traitement qui sont les plus fréquemment utilisés par les médecins sont justifiés sans doute par la fréquence des lésions musculaires, ligamentaire osseuse mais aussi articulaire dont sont victimes nos joueurs de football au cours de la saison.

Enfin, nous pensons que notre travail aura un impact positif au sein du monde sportif, afin de pouvoir davantage permettre aux footballeurs locaux d'exercer leurs activités dans de bonnes conditions sportives, médicales et administratives.

Nous osons considérer que si les problèmes médicaux ne constituent plus de fardeau pour le football Sénégalais, alors nous pourrions espérer avoir un championnat compétitif et digne de son nom.

Cette situation très handicapante pour le footballeur local, est d'autant plus bouleversante car nécessitant tenir compte, en plus de son adversaire, de son état de santé mais aussi de l'état des terrains.

Recommandations

Au terme de notre étude et des différents points soulignés nous avons jugés nécessaire de proposer quelques recommandations afin de mieux aider les sportifs en générale, mais aussi les footballeurs de notre championnat en particulier.

Et parmi cela on pourra noter que :

✚ Si l'entretien « **médecin généraliste - patient** » paraît évident, la concertation « **médecin du sport – pratiquant - entraîneur** » paraît aussi être indispensable afin de permettre au malade de retrouver l'intégrité de ces capacités physiques mais surtout d'éviter les possibles rechutes. Et c'est à ce moment de la concertation que devraient se dégager les moyens d'éviter une récurrence de l'accident par:

- une modification du matériel,
- conduite de l'entraînement,
- rôle de l'échauffement, etc.

✚ Les clubs devront dorénavant penser à chercher des spécialistes, des préparateurs physiques, des psychologues..., à les intégrer au niveau du club, et qui en plus du Médecin, pourront apporter des informations de taille en qualités de professionnels avérés qu'ils sont, de répondre aux différentes préoccupations et enfin orienter les joueurs par rapport:

- ✓ Au lieu d'entraînement (plein air, salle froide, surchauffée, nature du sol...);
- ✓ Au moment de l'entraînement (échauffement, début et fin d'effort...);
- ✓ A leur état de forme (fatigué, sous tension nerveuse...);
- ✓ Au niveau de la compétition (match facile, important, séries, finales...);
- ✓ A la description minutieuse du moment de l'accident (phase de jeu, démarrage, changements de direction, début d'exécution, shoot violent, impulsion ou réception au saut, appel, avec ou sans contact...).

✚ Les clubs devront aussi trouver le matériel adéquat pour de meilleurs diagnostics et traitement des blessés du groupe, afin de pouvoir leur assurer un suivi médical très sérieux et leur garantir un retour beaucoup plus rapide et plus durable.

✚ Enfin il est à noter que l'Etat doit penser à former ou à augmenter beaucoup plus le nombre de podologues, de kinésithérapeutes et de rééducateurs pour le bien-être des sportifs car ceux-ci sont les garant d'un retour rapide et progressif vers l'activité d'avant.

✚ La réglementation des tacles (le fait de dévier le ballon alors que celui-ci est dans les pieds d'un adversaire), qui oblige à ne pas toucher l'adversaire, a beaucoup contribué à diminuer les accidents de football, en particulier les fractures du tibia et du péroné...

✚ La formation de spécialistes en médecine du sport et en rééducation fonctionnelle doit être renforcée pour faire face aux différents problèmes rencontrés.

Perspectives

L'intérêt de notre étude consistait à connaître les statistiques des cas de blessures des joueurs de notre championnat de première division du Sénégal.

En effet le championnat de première division qui incarne le haut niveau au plan national mériterait qu'on y mette plus d'efforts en vue de sa crédibilité.

Mais il apparaît que l'équipe nationale reste et demeure la priorité, reléguant au second plan les clubs donc les joueurs du championnat. Certes des progrès ont été réalisés concernant la formation des jeunes footballeurs avec la floraison de centres et d'écoles de football, néanmoins ces structures sont caractérisées par d'innombrables blessures contractées par les pratiquants à savoir les joueurs, du fait d'un encadrement inadéquat.

L'Etat et les instances dirigeantes du football devront davantage se pencher sur la couverture médicale des sportifs en général et des footballeurs en particulier afin d'améliorer leur condition de pratique. Pour se faire, la médecine du sport doit marquer son impact par l'amélioration de ses ressources humaines (en qualité, mais aussi en quantité) et par la création de multiples structures spécialisées.

Nul ne doute qu'avec l'état de nos aires de jeux, qu'il soit quasi certain de rencontrer des blessures graves conduisant à des conséquences lourdes pour la carrière des joueurs. Et pour cela, la formation des médecins du sport doit être renforcée afin de permettre à chaque club surtout ceux de l'élite d'en disposer, mais aussi d'améliorer leurs infrastructures médicales.

Cela permettra aux médecins d'effectuer de bons diagnostics afin de prescrire un traitement efficace. Egalement, le volet rééducation fonctionnelle connaît beaucoup de difficultés en ce sens qu'il ne dispose pas assez d'effectifs, ni suffisamment de professionnels diplômés. La formation à ce niveau doit également être revue et ainsi pouvoir bénéficier d'un appui considérable.

Bibliographie

Bibliographie

- **BOUET M.** « Signification du sport », *Editions Universitaires*, Paris, 1972
- **BROHM J. M.** « Sociologie politique du sport », *J.P. Delarge*, Paris, 1976
- **DUREY A., BOEDA A.** « Medicine du football », *Paris, Masson*, 1978
- **GENETY J., BRUNET-GUEDJ E.** « Traumatologie du sport en pratique médical courante » 3^{ème} édition, *Vigot* 1993
- **GRAY M.** « les blessures du footballeur, Diagnostic et premiers soins » Amphora s. Paris.1980
- **MAGNANE G.** « Sociologie du sport », *Gallimard*, Paris, 1964
- **MIDDLETON P., PUIG P.L., TROUVE P., SAVALI L.** « Rééducation des lésions musculaires et tendineuses », Mars 2000,
- **PETERSON L. et RENSTRÖM P.** « Manuel du Sportif Blessé », *Édition Vigot*, 1986
- **ULMANN J.** « De la gymnastique aux sports modernes », 1966
- **VIADL-CATHALA E., TERLAUD C.,** « 100 Diagnostics à ne pas manquer », 2003
- **WUULABER P.** « Guide pratique du médecin du sport », *Édition Masson*, 1984
- **ZUINEN C., COMMANDRE F.** « Les urgences du stade », *Masson*, Paris, 1981

Autres Documents de base

Internet:

- ❖ www.institutfr-dakar.org: L'institut français Léopold Sédar Senghor (ex CCF)
- ❖ www.wikipedia.org
- ❖ www.au-senegal.com
- ❖ **Internet : fille//** clinique de physiothérapie Adonson – htm
- ❖ http://fr.wikipedia.org/wiki/Championnat_du_Sénégal_de_football

Mémoires

- **Mr Biram NDIAYE (2004)** : *La couverture médicale des clubs de football de première division de la région de DAKAR, Diagnostic et Perspective.*
- **Mr Aboubacry DIENG (2006)** : *Localisations et causes des traumatismes les plus fréquents au niveau des basketteurs et basketteuses de la première division. (Région de Dakar)*
- **Mr Ismaïla DIOUF (2006)** : *Diagnostic et Traitement des Blessures des plus Fréquentes dans le Championnat de Football de Première division des clubs de Dakar.*

Annexes

Annexes : Liste des tableaux

- **Tableau N°1** : Répartitions des joueurs des différents clubs selon l'Age et le Poids..... **43**
- **Tableau N°2** : Répartitions des heures d'entraînements par Jour et par Semaine selon les clubs..... **44**
- **Tableau N°3** : Nombre de match par semaine..... **45**
- **Tableaux N°4** : Composition de l'équipe médicale par rapport aux différents clubs..... **46**
- **Tableau N° 5** : Disposez-vous de médecin (s) spécialiste (s) dans votre club ?..... **47**
- **Tableau N°6** : Avez-vous subi une visite médicale d'aptitude à la pratique du Football ?.....**48**
- **Tableau N°7** : Vous arrive-t-il d'avoir des accidents au cours de votre pratique du Football ?.....**49**
- **Tableau N°8** : A quelle période enregistrez-vous le plus grand nombre de blessés?.....**50**
- **Tableau N°9**: Lors de quel événement vous êtes vous blessé?.....**51**
- **Tableau N°10** : A quel moment de la saison enregistrez-vous le plus grand nombre de blessés ?..... **52**

- **Tableau N°11** : Quelles sont les proportions des blessures notées chez les joueurs par rapport à l'effectif ?.....**54**
- **Tableau N°12**: Dans quel type de terrain enregistrez- vous vos blessés ?.....**55**
- **Tableau N°13** : Quelle est la nature des blessures rencontrées ?..... **56**
- **Tableau N°14** : Quel est l'état de gravité des blessures ?.....**58**
- **Tableau N°15**: Quels sont les appareils médicaux dont dispose votre club ?..... **59**
- **Tableau N°16**: Quels moyens de diagnostic utilisez-vous en cas de blessure ?..... **60**
- **Tableau N°17**: Etes-vous confrontés à des blessures dont le diagnostic est difficile malgré les moyens dont vous disposez ?..... **61**
- **Tableau N°18**: Quel type de traitement utilisez vous le plus souvent ?..... **62**
- **Tableau N°19**: Quelle appréciation faites-vous de la qualité du traitement que vous avez reçu à la suite d'une blessure ?..... **64**
- **Tableau N°20** : Quels sont les relations qui existent entre les entraîneurs et l'équipe médicale ?..... **65**
- **Tableau N°21** : Y-a-t-il eu un suivi dans votre traitement et avez-vous fait un bilan paraclinique ?.....**66**

QUESTIONNAIRES

Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD)

Institut National Supérieur de l'Éducation Populaire et du Sport (INSEPS)

Mr Achille SAMBOU / Maîtrise STAPS

Tél : 77 447 70 98 // 70 738 01 32

Ce questionnaire destiné aux « Footballeurs Sénégalais de Ligue Pro »,

rentre dans le cadre d'un mémoire ès Sciences et Techniques de l'Activité Physique et du Sport (STAPS). Il a pour thème le « *Diagnostic, Traitement et Suivi des Traumatismes les plus fréquents au Football de Ligue 1 au Sénégal : Cas des Clubs de DAKAR à la Saison 2010-2011* ». Tout en garantissant un anonymat à vos réponses, nous vous remercions d'avance pour votre collaboration.

NB : Mettre une croix sur le carré correspondant à votre réponse et pour les questions ouvertes, veuillez développer vos réponses.

1. **Age :** Ans
2. **Poids :** Kg
3. **Combien de fois vous - vous entraînez par jour et par semaine ?**
Nombre d'heures par jour : H / jour
Nombre de jours par semaine : J / Semaine
4. **Quel est votre rythme de compétition ?**
Nombre de match : /Semaine
Nombre de match : / An
5. **Avez-vous subi une visite médicale d'aptitude à la pratique du Football ?**
Oui Non
6. **Vous arrive-t-il d'avoir des accidents au cours de votre pratique du Football ?**
Oui Non
6. a.) **Si « oui », quelle est la fréquence de ces accidents ?**
Rarement souvent toujours
6. b.) **Si « oui », à quand remonte votre dernière blessure au championnat ?**
Depuis quelques jours Depuis quelques semaines
Depuis quelques mois Depuis quelques années

7. C'était à quelle période de la saison ?

Début de saison

Mi-saison

Fin de saison

8. C'était lors de quels évènements vous êtes-vous blessé ?

Un entraînement

Une compétition

Autres :

9. Tout juste après votre blessure, avez-vous été diagnostiqué par un médecin ?

Oui

Non

10. Si c'est « Non », pourquoi ?

.....
.....

11. Si c'est « Oui », quel est le type de blessure dont vous souffrez après diagnostic du médecin ?

.....
.....

12. Quelle est la nature de cette blessure ?

Musculaire

Articulaire

Ligamentaire

Osseuse

Viscérale

13. Selon vous quelles étaient les causes de votre blessure ?

Etat du terrain

Après un tir ou une Mauvaise réception au sol

Entraînement excessif ou Fatigue

Contact direct

Agressivité au niveau du jeu

Mauvais échauffement ou insuffisant

Blessure antérieure mal guérie

Matériel d'entraînement inadapté

Autres :

14. Votre club dispose t-il d'un médecin qualifié ?

Oui

Non

15. Comment avez-vous trouvé la qualité du traitement du médecin ?

Excellente

Bonne

Moyenne

Mauvaise

16. Y-a-t-il eu un suivi dans votre traitement ?

Oui

Non

17. Avez-vous subi lors de votre blessure un bilan paraclinique ?

Oui

Non

18. Si « oui », lequel ?

Radio

Echographie

IRM

Autres.....
.....

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSÉ AU MÉDECIN DE CLUB

Guide d'entretien des Médecins :

1. Quels sont les principaux membres qui composent de votre équipe médicale ?
2. Disposez-vous de médecins spécialistes dans votre Club ?
3. A quelle période de la saison notez-vous vos blessures ?
4. Lors de quels événements rencontrez-vous le plus de blessés ?
5. Quels sont les genres de blessures que l'on rencontre le plus souvent au cours des matchs de championnats professionnels?
6. Quelles sont les proportions des blessures notées chez les joueurs par rapport à l'effectif?
 (-25%) (Entre 25 et 50%) (Plus de 50%)
7. Quels sont les appareils médicaux dont dispose votre club ?
8. Quels sont les types de diagnostic et de traitement que vous utilisez le plus souvent ?
9. Quels sont les moyens de diagnostics dont vous utilisez en cas de blessure ?
10. Etes-vous confrontés à des blessures dont le diagnostic est difficile malgré les moyens dont vous disposez ?
11. Dans quel type de terrain enregistrez-vous le plus vos blessés ?
12. Quelles sont selon vous les raisons de ces blessures ?
13. Quel est l'état de gravité de ces blessures?
14. Quel type de traitement utilisez-vous le plus souvent ?
15. Comment pensez-vous pouvoir faire pour y remédier ?

16. Quels sont les relations qui existent entre les entraîneurs et l'équipe médicale ?

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSÉ AUX DIRIGEANTS DE CLUBS

Guides d'entretien des Dirigeants de Clubs :

1°) Quels sont les principaux membres qui composent de votre équipe médicale ?

a)

d)

b)

e)

c)

f)

2°) Disposez-vous de médecins spécialistes dans votre Club ?

Oui

Non

3°) Quels sont les relations qui existent entre les entraîneurs et l'équipe médicale ?

.....
.....
.....
.....
.....