

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi

-----=0=-----



UNIVERSITE DE BAMAKO
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie

Année Universitaire : 2006-2007

N° _____ /

TITRE

**SUIVI DES SPORTIFS TRAUMATISES DES
EQUIPES DE FOOTBALL ET BASKETBALL EN
COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le 15 mars 2007 à 12 heures devant la
Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali*

Par Monsieur **BOURAHIMA TIEBLE MARIKO**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY :

Président du Jury:

Professeur : Djibril SANGARE

Membres :

Professeur : Tiéman COULIBALY

Docteur : Mahamadou TOURE

Directeur de thèse:

Professeur : Mamadou KONE

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2006 – 2007**

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR

1er ASSESSEUR : DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES

2ème ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembriologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé publique, Chef de D.E.R.
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique.
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie -Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie

Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Sadio YENA
Mr Youssout COULIBALY

Ophtalmologie
Stomatologie
Gynéco-Obstétrique
Anatomie & Chirurgie Générale
Chirurgie Thoracique
Anesthésie/Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mme Diénéba DOUMBIA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MACALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiémoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Bouraïma MAIGA

Gynéco-Obstétrique
ORL
ORL
Chirurgie Générale
Anesthésie/Réanimation
Urologie
Orthopédie – Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie – Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie-Traumatologie
Urologie
Gynécologie-Obstétrique
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynéco-Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO
Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdourahamane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Massa SANOGO
Mr Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie - Mycologie
Chimie Organique
Immunologie Chef de **D.E.R.**
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Chimie Analytique
Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
Mr. Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amagana DOLO
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAIGA

Histoembryologie
Bactériologie-Virologie
Parasitologie
Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Bactériologie – Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou BABY

Chimie Organique
Hématologie

Mr Mahamadou A. THERA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO

Parasitologie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie-Virologie

Mr Cheik Bougadari TRAORE

Anatomie-Pathologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO
Mr Guimogo DOLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Djibril SANGARE
Mr Mouctar DIALLO
Mr Boubacar TRAORE
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Mamadou BA
Mr Moussa FANE

Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie
Parasitologie mycologie
Biochimie
Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Boubakar DIALLO
Mr Toumani SIDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de DER**
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie - Hépatologie
Dermato-Léprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Adama D. KEITA

Pneumo-Phtisiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Daouda K. MINTA
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Arouna TOGORA
Mme DIARRA Assétou SOUCKO

Pédiatrie
Dermatologie
Maladies Infectieuses
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine Interne

Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-Entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, Chef de D.E.R.
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Yaya KANE	Galénique

4. ASSISTANTS

Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

2. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Mamadou Sounkalo TRAORE	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymané GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr Mounirou CISS	Hydrologie
Pr Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr Lamine GAYE	Physiologie

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

Mes parents Abdoulaye MARIKO et Kadia DIARRA

PAPA, MAMAN, les mots me manquent pour vous exprimer le bonheur, la joie, la fierté et surtout la chance que j'ai de vous avoir comme parents.

Je profite de cette occasion pour vous dire merci d'avoir fait de moi ce que je suis et pardon pour toutes les souffrances que j'ai pu vous faire endurer.

Plus que des parents, vous avez su être pour mes frères et sœurs et moi-même, des guides, des conseillers et des confidents.

Puissent votre courage, votre respect et votre amour pour le prochain nous servir d'exemple.

Que DIEU vous garde longtemps et en bonne santé pour savourer les fruits de ce travail qui est le vôtre.

Ma fiancée Assitan KONATE, bienvenue dans la Famille **MARIKO**.

Mes frères et sœurs

Fanta, Drissa, Mamadou, Ténin, Assétou, Mariétou, Kadidia, Adama, Djénéba, Aminata ;

Vos soutiens ne m'ont jamais fait défaut.

Mr Moussa MARIKO et sa femme Assitan TOURE

Vous m'avez guidé dans la vie, en tant que grand frère et belle sœur. Combien de choses j'ai pu apprendre et recevoir de vous. Je m'en souviendrai toujours, elles seront pour moi un regard vers le passé et une source d'inspiration pour l'avenir.

Mon attachement sans fin.

REMERCIEMENTS

A l'Éternel DIEU tout puissant, DIEU vivant et miséricordieux et au prophète MOHAMED (paix et salut sur lui).

Merci seigneur pour ton secours, pour ma naissance dans ce beau pays ; le Mali que tu aimes et que tu as choisi pour moi.

Aux chefs de service de la Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel TOURE

A tous les internes, externes de la pédiatrie et de la traumatologie, le personnel. Nous avons passé de bons moments ensemble. Bonne chance à tous.

Aux enseignants de la FMPOS et au bibliothécaire pour avoir guidé mes pas et m'assurer la présente formation.

La Ligue Islamique des Elèves et Etudiants de la FMPOS

Merci pour votre soutien.

A mes amis Seydou, Brahima TRAORE, Karim, Cheick Hamala KEITA Momine et Biéter DEMBELE.

Mes reconnaissances sans fin.

A la famille **MARIKO** au Badialan III,

A la famille **KONATE** à Niono.

A la famille **TRAORE** à Kolokani et San.

A la famille **KEITA** à Sébékoro et Bamako.

Aux dirigeants des clubs (ASCI foot et Basket-ball) et à tous les pratiquants du sport en commune I.

**HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY**

A notre Maître et Président du jury :

Le Professeur Djibril SANGARE

Maître de conférence agrégé en chirurgie générale,
Chargé de cours de sémiologie chirurgicale à la FMPOS,

Cher Maître

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations prouve votre générosité et votre modestie. Votre grande pédagogie à transmettre vos connaissances et vos qualités humaines font de vous l'un des Maîtres les plus appréciés de la faculté. Recevez cher Maître l'expression de notre reconnaissance.

A notre Maître et juge

Professeur Tiéman COULIBALY

Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique à l'Hôpital Gabriel TOURE,
Maître de conférence en chirurgie orthopédique et traumatologique à la FMPOS,
Membre de la Société Malienne de chirurgie orthopédique et traumatologique.

Cher Maître

Votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail bien fait, font de vous un homme exemplaire.

Veillez accepter cher Maître l'expression de notre admiration et soyez assuré de notre profonde gratitude.

A notre Maître et juge

Docteur Mahamadou TOURE

Médecin Militaire,
Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale,
Assistant chef de clinique à la Radiologie de l'Hôpital du Point G

Cher Maître

Nous sommes très heureux de l'honneur que vous avez fait en acceptant de juger ce travail.

Nous n'oublierons jamais votre disponibilité et l'accueil chaleureux que vous nous avez réservé.

Vos conseils ont été d'un grand apport pour la réalisation de ce travail.

Veillez accepter cher Maître, nos sentiments d'estime, de respect et de reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Mamadou KONE

Professeur de médecine, Médecin du sport, physiologiste à la FMPOS,

Directeur Adjoint du Centre National des Œuvres Universitaires du Mali,

Membre du Comité Scientifique International de la Revue Française de Médecine du Sport (MEDISPORT),

Membre du Groupement Latin et Méditerranéen de Médecine du sport,

Secrétaire Général de la Fédération Malienne de Taekwondo (ceinture noire troisième dan en taekwondo),

Président du collège Malien de réflexion en Médecine du sport,

Directeur Technique des compétitions sous régionales des établissements Polytechniques.

Cher Maître

Nous vous remercions pour l'accueil spontané et affectueux que vous nous avez accordé. Vos qualités humaines, scientifiques et votre simplicité à transmettre aux autres vos connaissances font de vous un Maître apprécié.

Nous sommes fier d'être comptés parmi vos élèves et espérons être dignes de la confiance que vous nous avez placée.

Soyez assuré cher Maître de notre profonde gratitude et de notre attachement fidèle.

GLOSSAIRE

A - Définitions adaptées au football :

Attaquant : C'est le joueur de la première ligne qui rencontre l'adversaire. Il est chargé, à priori, de marquer des buts.

Défenseur : C'est un joueur à vocation défensive, chargé de défendre ses buts. Il constitue le dernier rempart avant ses buts.

Gardien de but : c'est le joueur dont la position officielle se trouve dans le but et autorisé à utiliser ses mains pour protéger son équipe des scores de l'adversaire.

Milieu de terrain : C'est le joueur à position intermédiaire entre la ligne défensive et la ligne d'attaque, chargé des deux missions : offensive et défensive. Il est techniquement supérieur aux autres joueurs.

B - Définitions adaptées au basket Ball :

Un meneur de jeu : C'est un joueur qui organise le jeu, qui commence généralement à partir de son panier, la tactique de jeu prévu par l'entraîneur.

Un pivot : C'est un joueur qui à l'intérieur, au milieu du système tactique, assure les rebonds. C'est aussi un joueur qui joue le rôle de transition entre le meneur et les autres joueurs.

Ailier : C'est un joueur de la ligne d'attaque qui occupe une position latérale avancée.

ASCI : Association Sportive Commune I.

C E S : Certificat d'Etudes Spécialisées.

VO2 max : Consommation maximale d'oxygène.

PWC 170 : Power Work Capacity.

mg : milligramme.

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION

OBJECTIFS :

- GENERAL

- SPECIFIQUES

II- GENERALITES

2 –1 APERÇU SUR LA MEDECINE DU SPORT

2 – 2 PHYSIOLOGIE DE L'ACTIVITE SPORTIVE

2 – 3 APERÇU SUR LA TRAUMATOLOGIE

2 - 3 –1 DEFINITION D'UN TRAUMATISME

2- 3-2 MACROTRAUMATISMES

2- 3-3 MICROTRAUMATISMES

2 – 4 TRAITEMENT ET PREVENTION

2 - 4 –1 TRAITEMENT

2- 4 - 2 - PREVENTION

III - METHODOLOGIE

MATERIELS ET METHODES

1 - CADRE D'ETUDE

2 - MATERIELS

3 - TYPE D'ETUDE

IV - RESULTATS

V - COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI - CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

INTRODUCTION

I – INTRODUCTION :

Le sport considéré comme une activité de loisir, de perfectionnement de capacité physique, de dépassement de soi, est devenu une préoccupation de tous. Ainsi, <<**la vie sportive est une vie héroïque à vide**>> en ce sens que le sport pousse le pratiquant à aller de l'avant, à battre d'abord ses propres exploits (records) puis ceux des autres.

C'est une vie émaillée de sensation de suprématie, de donner le mieux de soi même. Bref c'est le désir de perfectionnement continu.

C'est une discipline de morale d'après Jean CRIRAUDAUX <<**ce que finalement je sais de plus sûr de la morale et des obligations des Hommes, c'est le sport qui me l'a appris**>>. De cela part une école d'éducation, facteur de brassage social.

Le sport est une source de voyage qui forme, qui tolère, ainsi le Fair-play dans le football est une illustration parfaite de cette conception.

Selon Albert CAMUS <<**Tout pays aspire au développement le plus harmonieux possible de ses habitants, les problèmes de santé sont à l'ordre du jour. Ils préoccupent grandement les gouvernements, les organismes nationaux et internationaux qui ont la charge de la santé publique**>>. (1)

Le sport, selon Georges MARGNAME, est une activité de loisir dont la dominante est la recherche de la souplesse physique participant au jeu et du travail comportant des règlements et des institutions spécifiques et susceptible de se transformer en une activité professionnelle.

Faire du sport, c'est préparer son corps de manière à le rendre plus actif, plus sain, plus productif. Mais le sport de compétition implique une idée de dépassement de soi et de risque, c'est-à-dire d'accidents.

Cependant, la fréquence des traumatismes accidentels n'a pas augmenté de façon importante, ce qui reviendrait à signaler que ces traumatismes sont prévenus par

une méthodologie améliorée de l'entraînement ainsi que l'amélioration de l'équipement sportif.

Si la pratique sportive est très bénéfique, elle n'est pas sans dommage pour l'organisme (possibilité de traumatismes laissant des séquelles définitives, ou pouvant entraîner la mort du pratiquant).

Elle est encouragée partout, mais les politiques mises en place à cet effet, lorsqu'elles existent, ne sont pas sans reproches.

Ainsi, tous les pays doivent s'efforcer de donner une audience plus large au sport en impliquant davantage les médias : la télévision, la radio, les journaux spécialisés.

Des possibilités de productions industrielles d'équipements sportifs s'ouvrent et donnent lieu à des créations d'emplois.

Nos sportifs d'une manière générale sont démunis. La pratique sportive est basée sur l'amateurisme au Mali.

Les scolaires, les chômeurs et les quelques militaires qui pratiquent le sport de bas ou de haut niveaux sont mal nourris, mal soignés et mal suivis. Les programmes ne sont pas toujours respectés, les compétitions souvent inopinées, les préparations insuffisantes (moins de deux heures par jour). Tout cela contribue aux mauvaises performances et aux blessures fréquentes de nos sportifs.

Le suivi médical des sportifs occupe de nos jours une place importante dans la recherche de meilleurs résultats.

L'augmentation de la pratique du sport au Mali, la prise en charge non adéquate et non spécialisée des accidents du sport en particulier traumatiques, nous ont amené à faire cette étude sur le suivi des sportifs traumatisés des équipes de football et Basket-ball de la commune I du District de Bamako (une équipe de football et une équipe de basket Ball de l'Association sportive commune I).

OBJECTIFS :

Objectif général :

Contribuer à la prise en charge des sportifs traumatisés d'une équipe de football et d'une équipe de basket-ball de l'Association sportive de la Commune I du District de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence, la nature, le siège, des lésions traumatiques,
- Déterminer les circonstances de survenue de ces traumatismes.
- Proposer une approche de prise en charge de ces traumatismes).
- Rééduquer et réhabiliter les sportifs blessés.

GENERALITES

II – GENERALITES

2-1 APERCU SUR LA MEDECINE DU SPORT

La connaissance approfondie des lois régissant les modifications morphologiques et fonctionnelles de l'organisme du sportif est indispensable au médecin du sport pour poser un diagnostic précis.

Cela est d'autant plus important que l'inadéquation entre l'entraînement et les particularités individuelles peut poser de graves problèmes. Ce sont le surmenage et le surentraînement sportifs et toutes leurs complications physiologiques, ainsi que les traumatismes divers pouvant en découler.(2)

La principale fonction sanitaire du sport ne peut être assurée que grâce à un contrôle médico-sportif systématique, fondé sur des bases scientifiques.

C'est pour cela que progressivement de l'antiquité à nos jours, les sciences biologiques et médicales se sont développées autour du sport en créant une nouvelle orientation, une nouvelle discipline appelée MEDECINE DU SPORT.

La médecine du sport étudie la santé, le développement corporel, les particularités morphologiques et fonctionnelles de l'organisme humain, en liaison avec la pratique et l'éducation physique et sportive.

Elle s'occupe des processus de modifications fonctionnelles dans l'organisme (adaptation pendant l'exercice et de récupération après l'exercice dans les délais prescrits comme normes en fonction de l'âge et du sexe). (10)

Elle permet aux entraîneurs et aux spécialistes d'utiliser de façon rationnelle les exercices physiques pour un développement harmonieux de l'organisme, améliorer la santé, la capacité de travail et maximaliser l'effet sanitaire de l'exercice physique.

La médecine du sport étudie les anomalies physiologiques intervenant chez le sportif lors d'une application méthodologique erronée et d'un régime d'entraînement non approprié.

Elle élabore les moyens de prophylaxie les soins et la réhabilitation, les méthodes de diagnostic précis de l'état fonctionnel : par exemple les épreuves de VO2 maximal, le test de PWC 170.

La médecine du sport est liée aux autres spécialités biomédicales qui constituent le fondement des sciences de l'éducation physique et sportive. Il s'agit de l'anatomie, de la physiologie, de la morphologie, de la biochimie, de l'anthropologie etc. ...

Depuis les années 1980, une nouvelle branche de la médecine du sport est née, il s'agit de la mécanobiologie. Cette branche s'appuie sur la biologie moléculaire.

La médecine du sport a permis l'évolution et l'amélioration de développement auto génique, l'inertie et la réaction de l'organisme aux charges sportives, le diagnostic fonctionnel, les états extrêmes, la réhabilitation fonctionnelle ainsi que la prophylaxie des maladies cardio-vasculaires et autres.

Ainsi la santé, en médecine du sport, ne peut être considérée seulement comme une absence de pathologies physiques et mentales, mais comme la capacité de l'organisme d'exploiter de la façon la plus efficace des capacités biologiques, dans des situations de sollicitation extrêmes.

La médecine du sport dans sa forme actuelle est née du développement extraordinaire du sport dès le XIXe siècle.

Elle fait appel à toutes les autres spécialités médicales.

2-1-1 CONTRE-INDICATIONS A LA PRATIQUE DU SPORT :

a - Chez l'enfant et l'adolescent :

Les contre - indications sont exceptionnelles : Hypertension artérielle, souffle non organique, coarctation aortique, insuffisance mitrale, rétrécissement aortique congénital (3).

b - Chez l'adulte :

Avant 40 ans, les contre-indications sont très rares, mais existent : une cardiopathie congénitale méconnue, les anévrysmes, la fibrillation ventriculaire et autres.

Après 40 ans, apparaît le spectre de la cardiopathie ischémique, une hypertension artérielle, un angor, un infarctus du myocarde, une insuffisance cardiaque quelle qu'en soit l'origine.

2-1-2 LE CONTRÔLE MEDICO SPORTIF

Considéré comme un volet fondamental de la médecine du sport, il est actuellement réorganisé par les instances officielles qui en ont la charge. (4)

2-1-2-1 LE CONTRÔLE MEDICAL EN MATIERE D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Il intéresse :

Les élèves des établissements d'enseignement des premiers et seconds cycles publics ou privés et les élèves et les étudiants adhérant aux associations habilitées à participer à l'organisation de la pratique et de l'initiation sportive.

Il a pour objet :

- De dépister les affections contre-indiquant la pratique de l'éducation physique et sportive.
- D'assurer l'orientation sportive en fonction des prédispositions et des

disponibilités.

- De classer les intéressés dans l'un des groupes d'aptitude

2-1-2-2 CLASSIFICATION MEDICO-SPORTIVE

Groupe I :

Sujets particulièrement robustes, autorisés à la pratique des sports de compétition et susceptibles d'être surclassés.

Groupe II :

Sujets moyens pour lesquels la pratique de certains sports violents doit être proscrite. Le certificat devra comprendre la liste des sports compatibles avec la meilleure santé et le maximum de sécurité.

Groupe III :

Sujets ordinairement robustes, momentanément en baisse de forme à la suite d'un épisode pathologique, ou bien sujets déficients, au-dessous de la normale, présentant des troubles du maintien, pour lesquels sera posée l'indication d'une rééducation physique, ou enfin sujets présentant des déficiences psychomotrices relatives qui devront bénéficier d'une éducation physique spécialisée.

Groupe IV :

Sujets inaptes temporairement ou définitivement.

- Ces conclusions font l'objet d'extraits portés sur un volet sportif.
- Sont spécialement qualifiés pour effectuer ce contrôle les médecins de santé scolaire et les médecins titulaires du C E S de biologie et de médecine de sport.

IL s'agit de médecins ayant subi une formation permettant de comprendre le processus d'entraînement et les mesures préventives devant s'y appliquer.

2 -1-3 LE CONTRÔLE MEDICAL PREALABLE A LA COMPETITION SPORTIVE

Il intéresse tous les licenciés des différentes fédérations sportives.

Il a pour objet :

- de dépister les affections contre -indiquant l'activité sportive,
- d'explorer les aptitudes,
- de classer les intéressés dans un des groupes d'aptitude définis ci-dessous,
- de livrer un certificat médical d'aptitude.

Il est exclusif à tous les soins médicaux sauf les cas d'urgences.

2 -1-4 LES RESPONSABILITES DES FEDERATIONS SPORTIVES :

Les fédérations sportives délivrent les licences.

Elles assurent à leurs membres les contrôles médicaux adaptés aux exercices physiques et sportifs pratiqués.

Chaque fédération établit un règlement approuvé par le Ministre de la santé et le Ministre chargé des sports, qui détermine la nature de l'examen médical préalable aux compétitions dans lesquelles ils peuvent être admis à participer, aux compétitions relevant d'une catégorie d'âge supérieur.

2-1-5 LA SURVEILLANCE MEDICALE DES ATHLETES DE HAUT NIVEAU

La qualité d'athlète de haut niveau est déterminée par la fédération habilitée par le Ministre des sports.

Tout athlète de haut niveau bénéficie d'une surveillance particulière.

Il doit être examiné non seulement au moment de la délivrance de la licence, mais aussi régulièrement au cours de la saison sportive pour le contrôle médical de l'entraînement.

Cette surveillance est exercée par les médecins titulaires du C E S de biologie et de médecine du sport, ou des médecins agréés par la fédération sportive compétente pour le sport pratiqué ou les médecins des services médicaux du Ministère chargé des sports ou ayant reçu son agrément.

Les fédérations sportives sont responsables de l'organisation de ce contrôle.

La surveillance médicale des athlètes de haut niveau comporte des tests d'exploration fonctionnelle sur bicyclette ergométrique, avec électrocardiogramme, surveillance tensionnelle, et détermination de la **VO2** maximal.

Les résultats de cet examen sont consignés sur un livret médico-sportif ou sur une fiche médico-physiologique ; ils sont remis au sportif et communiqués à l'entraîneur.

La période varie d'un contrôle tous les quatre mois à un contrôle semestriel ou annuel selon le niveau du sportif.

2 -1-6 LE CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE :

La participation aux compétitions sportives est subordonnée à la présentation d'un certificat médical d'aptitude qui doit être renouvelé annuellement, mention devant en être faite sur la licence.

Il est établi, soit par un médecin titulaire du C E S de biologie et de médecine du sport, soit par un médecin agréé par la fédération sportive compétente pour le sport pratiqué.

Il s'agit en fait d'un certificat de non contre-indication et doit être rédigé dans ce sens.

Le nombre de sports autorisés en compétition est au maximum de deux.

Le certificat doit comporter la signature manuscrite et, si possible, le cachet du médecin. Son délai de validité est de 120 jours pour la délivrance d'une première licence, et de 18 jours pour un renouvellement.

2-1-7 DEROULEMENT DE LA VISITE D'APTITUDE

Elle peut se diviser en quatre temps :

- L'interrogatoire recherche des antécédents familiaux, personnels et sportifs, l'état des vaccinations doit être vérifié.
 - Les mensurations : poids, taille, acuité visuelle, recherche de sucre et d'albumine dans les urines.
 - L'examen clinique : comportant l'examen des articulations, l'examen viscéral et surtout l'examen cardio-vasculaire très soigneux.
- Un test dynamique simple, type test de RUFFIER (30 flexions sur les jambes en 45 secondes, avec prise du pouls et la tension artérielle), termine la visite.

Ce test, malgré ses limites, a l'avantage de demander un effort aisément praticable, et permet de déceler les sujets inadaptés à l'effort.

2-2 PHYSIOLOGIE DE L'ACTIVITE SPORTIVE

La pratique sportive sollicite l'organisme dans son ensemble et demande une adaptation harmonieuse de tous les appareils qui le composent en particulier cardio-vasculaire, respiratoire, ostéo - articulaire, système neuro- musculaire.

2-2-1 APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

L'appareil cardio-vasculaire assure le transport de l'oxygène depuis le poumon jusqu'aux muscles. Le retentissement immédiat de la pratique sportive sur cet appareil s'explique par l'augmentation considérable des besoins de l'organisme en oxygène. La principale conséquence en est l'augmentation du débit cardiaque (**DC**). Celui-ci égal au produit de la fréquence cardiaque (**FC**) par le volume systolique (**VS**) :

$$(DC = FC \cdot V s).$$

Il est de 3,9 litres en moyenne chez l'homme au repos en position debout. Au cours de l'exercice, l'augmentation simultanée de la fréquence cardiaque et du volume d'éjection systolique font augmenter le débit cardiaque qui peut se

trouver multiplier par 5 voire 8. Des valeurs de plus de 40 litres par minute ont été observées chez des sujets particulièrement bien entraînés.(5)

La fréquence cardiaque (FC) s'élève régulièrement jusqu'à une valeur maximale en fonction de l'âge et donnée par la formule d'ASTRAND.

FC maxi théorique = 220 - nombre d'année d'âge.

Il semble que le sujet entraîné répond à l'effort d'abord par un accroissement de l'ondée systolique, puis secondairement par l'augmentation de la fréquence cardiaque.

Le sujet non entraîné répond surtout par une augmentation de la fréquence.

Le retentissement vasculaire de l'effort se manifeste aussi au niveau des circulations coronaires, générales et pulmonaires.

Au repos, le débit coronaire est à peu près 5% du débit cardiaque.

L'extraction coronaire en oxygène étant très élevée, l'augmentation des besoins en oxygène myocardique à l'exercice est couverte exclusivement par l'augmentation du débit coronaire. Ce dernier restant égal à 5% du débit cardiaque, il peut atteindre 1,5 à 2 litres par minute au cours de l'effort.

Une vasodilatation se produit dans le territoire du travail, favorise le métabolisme musculaire et provoque des modifications circulatoires qui se font essentiellement aux dépens des territoires splanchniques et rénaux.

La pression artérielle subit une augmentation de la différentielle, d'abord par l'élévation de la maxima, puis par une baisse de la minima, cette dernière correspond à l'extension du lit capillaire musculaire.

La ré ascension de la minima réduit initialement la pression artérielle différentielle et représente le premier signe d'appel de la fatigue.

L'abaissement secondaire de la maxima consacre l'installation de la fatigue et précède l'interruption de l'effort.

Au niveau de la circulation pulmonaire, le mécanisme essentiel est représenté par l'élévation de la pression systolique de l'artère pulmonaire qui détermine d'après DENOLIN cité par PLAS (2) l'ouverture des zones capillaires physiologiques normalement non fonctionnelles au repos.

2-2-2 APPAREIL RESPIRATOIRE

L'appareil respiratoire met à la disposition du système cardiovasculaire l'oxygène indispensable aux muscles.

L'augmentation considérable des besoins en oxygène du système musculaire au cours de l'exercice nécessite un accroissement parallèle des échanges gazeux entre le sang des capillaires pulmonaires et l'aire des alvéoles. Cette augmentation des échanges gazeux passe par un élargissement de la surface d'hématose et une augmentation du débit ventriculaire.

La surface de l'hématose correspond à l'aire des capillaires dans les poumons. Elle peut atteindre environ 100 mètres carrés chez un athlète à l'ouverture notamment, pendant l'effort des territoires pulmonaires normalement non fonctionnels au repos.

Le débit ventriculaire (**VP**) est égal au produit de la fréquence respiratoire (**F**) par le volume courant (**VC**).

$$\mathbf{VP = F \cdot VC}$$

La valeur est de 8 litres par minute dans les conditions basales ; elle s'élève fréquemment au dessus de 100 litres au cours de l'effort et peut atteindre des valeurs maximales de 180 à 200 litres.

Le caractère actif de l'expiration au cours de l'exercice, l'augmentation optimale de l'amplitude et de la fréquence des mouvements, explique cette adaptation. Le sujet entraîné répond à l'effort par un accroissement du volume d'air courant, puis secondairement par l'augmentation de la fréquence respiratoire. On

considère habituellement que l'appareil respiratoire met toujours à la disposition de l'organisme une quantité d'oxygène supérieure à ses besoins et qu'il ne consiste pas un facteur limitatif de l'exercice, tout au moins dans les conditions normoxiques et pour des sujets normaux.

2-2-3 SYSTEME OSTEOARTICULAIRE

La nécessité d'articulations solides et souples se conçoit facilement <<**La médecine du sport étant avant tout la médecine de l'homme sain en mouvement**>>. (CONSTANT ROUX) (2).

Pour faire la pratique sportive, il faut nécessairement une intégrité anatomique de l'os et des articulations.

2-2-3 SYSTEME NEUROMUSCULAIRE

L'appareil musculaire transforme l'énergie chimique en énergie mécanique et mouvement. L'origine principale de l'énergie utilisée est représentée par les hydrates de carbone et les graisses d'origine alimentaire. L'adénosine triphosphate (**ATP**) est le principal transformateur intercellulaire d'énergie chimique du muscle, en se dégradant en adénosine diphosphate (**ADP**). Ce processus est déclenché par l'influx nerveux.

La quantité d'ATP disponible à tout moment dans le muscle est très faible et ne peut maintenir une concentration musculaire que pendant une brève durée. Seule la ré synthèse rapide de l'ATP permet une activité sportive soutenue. Cette ré synthèse de l'ATP s'effectue par le muscle selon plusieurs voies métaboliques parfois utilisées simultanément et suivant des facteurs sur lesquels nous sommes fixés.

La quantité d'oxygène dont dispose le muscle représente la plus étudiée, sinon la plus importante de ces facteurs. Elle détermine dans quelle mesure les processus métaboliques vont se dérouler dans des conditions aérobies et anaérobies.

La phase aérobie de la contraction musculaire aboutit à la production d'ATP à partir de la décomposition du glycogène jusqu'au stade pyruvique, qui entre dans le cycle de KREBS pour donner finalement du gaz carbonique et de l'eau. (5)

La phase anaérobie de la contraction musculaire mobilise l'ATP venant de trois sources différentes :

- La première source est représentée par l'ATP immédiatement disponible dans le muscle sous forme de réserve. Cette quantité de l'énergie extrêmement limitée ne permet de maintenir une concentration musculaire maximum que pendant une demi-seconde.
- La deuxième source d'ATP est représentée par la résynthèse instantanée à partir de la créatine phosphate et de l'ADP. Elle permet le maintien de la contraction musculaire pendant quelques secondes. Cette voie métabolique intervient surtout dans la période initiale de l'activité musculaire car elle permet de fournir l'énergie beaucoup plus rapidement que ne le fait la glycolyse.
- La troisième source d'ATP est représentée par la ré synthèse à partir de la glycogénèse.

Celle-ci correspond à la décomposition du glycogène musculaire en acide pyruvique, puis s'il n'y a pas d'oxygène en acide lactique. Ce processus prolonge la faculté de contraction du muscle jusqu'à ce que l'accumulation d'acide lactique arrête son fonctionnement. (6)

Les processus aérobie et anaérobie de la contraction musculaire peuvent évoluer simultanément ou l'un prioritairement à l'autre en fonction de la quantité de l'oxygène disponible et suivant un mécanisme régulateur inconnu.

La glycolyse anaérobie fournit deux moles d'ATP pour une mole de pyruvose métabolisée en acide pyruvique, puis en acide lactique. Lorsque ce dernier n'est

pas formé, il se crée six moles d'ATP supplémentaire et l'entrée de l'acide pyruvique dans le cycle de KREBS fournit en plus trente moles d'ATP. L'énergie par la voie aérobie est donc 18 fois plus grande que celle fournie par voie anaérobie. L'énergie totale apportée au système utilisant les voies aérobies et anaérobies est de 38 moles d'ATP.

ASTRAND et RODAHL résumant ainsi les principales étapes de l'échange d'énergie dans la cellule musculaire :

PRODUCTION AEROBIE DE L'ENERGIE

1- Glycogène et acide gras libres +P+ADP+O₂→CO₂+H₂O+ATP.

ANAEROBIE

2 - ATP↔ADP+P+Energie libre

3 - Créatine phosphate +ATP↔Créatine +AT

4 - Glycogène ou glucose +ADP↔ Lactate +ATP

Dans cette représentation schématique aussi bien l'aspect quantitatif que l'efficacité des processus sont négligés. On note qu'au niveau du muscle, seules les réactions 2, 3 et 4 sont réversibles.

Ainsi donc, la réalisation de mouvements répétés (sauts, courses rapides, déplacement, smash) demandent des efforts intenses de durée plus ou moins brève. Tout cela nécessite des aptitudes musculaires et nerveuses très précises.

Les différentes contractions des muscles sollicités dans les passes, les attaques sont violentes et soudaines. Aussi il faut une intégrité musculaire et des attaches tendineuses de très bonne qualité. Ces différents mouvements peuvent constituer des lésions musculaires tendineuses et même osseuses si ces différents éléments ne sont pas bien préparés. Tous les muscles participent à l'effort, mais l'activité de certains est plus importante suivant la discipline sportive.

Son intégrité est une condition primordiale à la pratique du basket ball. Le système nerveux est à la base de toutes les qualités neuro musculaires et psychomotrices.

En football et en athlétisme (basket ball et autres), la qualité du recueil des informations sensibles (proprioceptives et extéroceptives) et sensorielles ainsi que la qualité des réponses motrices sont prépondérantes en compétitions.

2-2-4 MESURES HYGIÉNO-DIETETIQUES

L'hygiène du sportif est l'ensemble des principes et des pratiques mis en œuvre pour préserver, et améliorer son état de santé.

Cette définition est basée sur un concept de prévention dont les principes doivent être enseignés et dont les pratiques doivent être acquises par démonstration et apprentissage. Le maintien d'une bonne santé dépend en grande partie de l'observation des règles d'hygiène, les mesures d'hygiène générales, applicables partout et par tous étant distinctes des mesures d'hygiène spécifiques à un risque morbide particulier.

Le sportif, qu'il soit civil ou militaire, athlète de haut niveau ou simple pratiquant de loisir, est soumis à des règles d'hygiène (hygiène générale, hygiène individuelle, hygiène collective). Ces dernières peuvent être gérées avec profit grâce à une préparation raisonnée, la connaissance des principes d'hygiène individuelle étant alors un fondement préventif élémentaire.

De plus, certaines mesures doivent être adaptées en fonction de la discipline pratiquée, de la séquence vécue (l'apprentissage, l'entraînement, la compétition, la récupération, le repos) et des paramètres situationnels d'évolution.

Mais l'hygiène devrait être un concept de responsabilité individuelle et collective de chaque instant, résultat d'une empreinte éducative fondée parfois sur une démonstration scientifique, souvent sur une observation empirique mais renouvelée. En pratique le savoir du geste précis légitime, la réponse comportementale immédiate face à une situation attendue. Par ailleurs, la

compréhension des grandes notions d'hygiène facilite l'adaptation à l'imprévu. Dans le cadre sportif, la notion d'hygiène englobe l'hygiène corporelle, l'hygiène vestimentaire, l'hygiène mentale, l'hygiène de vie et l'hygiène alimentaire.

En pratique sportive, les nouveaux records exigent des sportifs de longues séances d'entraînement très intensives. Ce qui perturbe considérablement les processus métaboliques de l'organisme du pratiquant. Les ressources énergétiques dépensées par les efforts précédents sont reconstituées régulièrement et à temps opportun. Ce qui faciliterait la conquête des grands records sportifs. La reconstitution de ces ressources énergétiques dépensées nécessite un apport substantiel d'aliments et un bon choix des aliments afin que les normes et les principes de l'alimentation sportive soient respectés.

Au Mali, on pratique beaucoup le football le basket-ball et autres sports. Il serait rationnel de classer nos sportifs selon les dépenses énergétiques.

L'élaboration d'un régime alimentaire équilibré exige comme axe la formule suivante : Du point de vue énergétique, il est recommandé 14% de protides, 30% de lipides, et 56% de glucides. Sur la base de cette formule, on peut calculer la masse en gramme de chaque produit afin de constituer un régime alimentaire scientifiquement équilibré.

Les coefficients énergétiques étant : Protides 4,1Kcal/g, Lipides 9,3Kcal/g, et 3,75Kcal/g pour Glucides.

Selon les données modernes, pour satisfaire les besoins de l'organisme en protides, il est nécessaire que les protides de source animale constituent à peu près 60% du taux total de protéines dans la ration alimentaire.

Pour cela on respectera la proportion suivante :

$$\frac{n \text{ (Protéines animales)}}{N \text{ (protéines totales)}} \times 100 = 60\%$$

Les graisses végétales doivent constituer 25% de la quantité totale des graisses dans l'alimentation quotidienne :

$$\frac{\text{g (Graisses végétales)}}{\text{G (graisses totales)}} \times 100 = 25\%$$

La classification de SPLANTCHER P proposée par le professeur M. KONE (7), permet de grouper les sportifs en quatre catégories :

* **Groupe I** : Une dépense énergétique moyenne de 3800 à 4200 Kcal soit (50 à 60 Kcal/Kg).

Chez les dames :

- Jeux collectifs : volley, basket-ball, handball et Tennis de cour
- Athlétisme : les Sprints, les Sauts et les lancers
- Natation : les courtes distances

Chez les hommes :

- Lutte et boxe : les poids légers (jusqu'à 60 Kg)
- Athlétisme : Sprints et Sauts en hauteur
- Jeux collectifs : jeu de dames, jeu d'échecs, tennis de table et de cour.

Chez les hommes et les femmes :

- Gymnastiques, tennis de table et tennis de cour.
- L'alimentation comprendra : glucides 9 - 10 mg/Kg, protéines 2,0 - 2, 2 mg/Kg et graisses 1,5 mg/Kg.

Vu le caractère anaérobie du mouvement, il faut en plus l'ensemble des vitamines C, B1, B2, B15.

* **Groupe II** : Une dépense énergétique moyenne de 4200 - 4600 Kcal soit 60 - 80 Kcal/Kg.

Chez les dames : La nage de longue distance

Chez les hommes : - jeux collectifs : football, basket-ball, volley-ball et handball.

- Athlétisme : les sauts.
- Lutte et boxe : les poids moyens et les poids lourds
- Haltérophilie en catégorie << léger >>.

Alimentation : augmentation du taux de protéines 2,2 - 2,5 mg/Kg plus vitamines suscitées.

*** Groupe III :** Une dépense énergétique moyenne de 4600 - 5200 Kcal soit 60 - 80 Kcal/Kg.

- Athlétisme : les longs parcours, les lancers (poids, javelots et disque).
La natation longue distance.
- Boxe et lutte : poids lourds.

Alimentation : Glucides 10 - 11mg/kg, protéines 2,0 - 2,5 mg/kg, graisses 2,0 - 2,5 mg/kg plus vitamines G c, B, A, B2, et PP.

*** Groupe IV :** Une dépense énergétique 5200 - 6000 Kcal soit 70 - 90 Kcal/Kg

- Course de marathon, 50Km de marche et Sky, cyclisme long parcours.
- Poids lourds en Haltérophilie.

Chez les coureurs de marathon, la récupération étant très lente, il devient impératif de croître surtout le taux de glucides et compenser les protéines dépensées au cours de l'effort.

Alimentation : le besoin en éléments minéraux croît également, en particulier le sodium (**Na**) et le potassium (**K**) dont le besoin augmente de 20-25%.

Le besoin en phosphore croît ainsi que celui en calcium, **P** jusqu'à 2000 - 2500 mg et Ca 1200 mg

P1

—————
Ca 1,5

Eau :

Il est à noter qu'en période d'entraînement ou de travaux physiques intenses, le besoin en eau peut augmenter de 4 fois. Dans les conditions normales, l'homme absorbe 2 à 2,5 litres d'eau par jour en pays tempéré. Dans les pays chauds, les sportifs en périodes d'entraînement et les ouvriers dans les ateliers chauds absorbent environ 10 litres d'eau par jour.

2-3 APERÇU SUR LA TRAUMATOLOGIE

L'appareil locomoteur n'est doté que d'une faculté minime d'adaptation aux exigences imposées par l'activité physique sans éprouver de dommage.

2-3-1 Définition d'un traumatisme

Ensemble des lésions d'un tissu, d'un organe ou d'un segment de membre provoqué accidentellement par un agent extérieur et de troubles qui en résultent. Si les structures musculaires demeurent remarquablement plastiques tout au long de la vie il n'en va pas de même pour les autres éléments. Les tendons n'accompagnent plus le développement musculaire après le terme de la croissance. Les structures ostéomusculaires si elles sont plastiques au cours des premières années de la vie subissent par la suite les effets de contraintes excessives jusqu'à l'adolescence. Quelques remodelages peuvent encore se produire mais passée la deuxième décennie de la vie les éléments fibrocartilagineux présentent des affections. Les traumatismes sont classés en deux grands groupes :

- Traumatisme violent ou Macro traumatisme

- Microtraumatisme

2-3- 2 MACROTRAUMATISMES

Unique générateur d'un délabrement dans la congruence articulaire facteur d'usure précoce, c'est la traumatologie extrinsèque. Les causes sont souvent classiques, ce sont des impulsions ou réceptions au saut accélération ou décélération brutale à la course, tirs violents, axe de course, mouvement contrarié ou mouvement forcé ou alors chute sur une partie du corps.

Des facteurs favorisants existent et nécessitent une prévention particulière et efficace ce sont :

a) Le manque et les erreurs d'entraînement

b) Le manque et les erreurs d'échauffement

c) Le matériel inadapté

- les chaussures mal adaptées
- l'état des sols

d) Les erreurs hygiéno-diététiques

- insuffisance de sommeil en qualité et en quantité
- insuffisance de la réhydratation pendant et après l'effort
- les grosses erreurs alimentaires
- la prise d'anabolisant

e) Les causes individuelles

- le sexe
- l'âge : plus on vieillit, plus on est exposé aux traumatismes

2-3-2-1 Les lésions musculaires :

On les classe en deux tableaux cliniques :

- Les accidents musculaires sans lésions anatomiques
- Les accidents musculaires avec lésions anatomiques. Ils sont les plus

rencontrés dans les macros traumatismes.

2-3-2-1-1 La contusion : L'ensemble des lésions produites par un choc brutal sur des téguments entraînant une attrition des tissus sans qu'il y ait une plaie.

2-3-2-1-2 Le claquage : C'est un accident qui survient sans l'action d'un agent extérieur, seules quelques fibrilles musculaires sont rompues.

2-3-2-1-3 La déchirure musculaire :

C'est un degré de claquage un peu plus grave, car ici de nombreuses fibrilles musculaires sont rompues. On note même l'apparition d'un hématome et d'une ecchymose au niveau de la lésion.

2-3-2-1-4 La rupture musculaire :

C'est le stade le plus grave car le chef musculaire désinséré se rétracte constituant une tuméfaction au-dessus de l'encoche ou coup de hache qui traduit la solution de continuité musculaire.

2-3-2-1-5 La plaie :

Il s'agit d'une solution de continuité au niveau du tissu cutané musculaire. Elle est provoquée par un agent extrinsèque.

2-3-2-2 Les lésions ostéo articulaires :

Une articulation normale est constituée de surfaces osseuses solidarisées par les moyens d'union. Les moyens d'union sont constitués par les parties molles. Celles-ci se distinguent en partie molle interposée ou inter osseuse, et en partie molle placée autour des surfaces osseuses ou périphériques.

2-3-2-2-1 L'entorse : (du latin intoxicuer = tordre)

L'entorse englobe des lésions très différentes tant par leur expression que leur devenir.

Les anciens auteurs y voyaient le résultat d'un mouvement forcé n'ayant pas abouti à une luxation, d'une distorsion brusque avec élongation ou arrachement des ligaments, mais sans déplacement permanent des surfaces articulaires.

D'autres limitent l'entorse aux seules lésions des ligaments conséquence d'une distorsion articulaire allant de la simple élongation à la rupture partielle ou totale.

LERICHE s'oppose à la conception mécanique de l'entorse et évoque un déroulement physiopathologique d'accident au niveau des ligaments.

Cependant, des constatations opératoires et radiologiques montrent la réalité des lésions anatomiques de l'entorse. On peut ainsi concevoir deux types d'entorses :

** L'entorse simple : sans lésion de rupture, mais avec élongation des ligaments traduite par l'atteinte du système nerveux, avec prédominance du trouble vasomoteur. Le ligament étiré violemment ne reprend jamais sa valeur anatomique : c'est l'entorse PHYSIOPATHOGENIQUE.*

** L'entorse compliquée : Il y a une rupture partielle ou totale d'un ou de plusieurs faisceaux ligamentaires. Il s'y adjoint souvent une atteinte capsulaire et synoviale.*

Dans certains cas, le ligament ne cédant pas, arrache son insertion osseuse : c'est l'entorse GRAVE.

2-3-2-2-2 La luxation : (Du latin lux are = déboîter)

C'est le déboîtement ou le déplacement des surfaces articulaires normalement en contact.

Suivant l'importance du déplacement, on parle de luxation complète quand les surfaces articulaires perdent tout rapport entre elles, incomplète ou sub luxation quand elles ont encore un point de contact.

2-3-2-2-3 La fracture :

IL s'agit d'une solution de continuité osseuse. Elle peut se localiser aux insertions tendineuses ou ligamentaires. Dans certains cas, il s'agit de fracture des extrémités ou de véritable décollement épiphysaire.

2-3-2-2-4 La fracture luxation :

Pathologie invalidante pour le sportif, elle a peu de chance de reprendre sa place par la seule réduction orthopédique.

2-3- 3 MICROTRAUMATISMES :

Le microtraumatisme est une agression légère incapable d'être immédiatement vulnérable. Il le devient à longue échéance par sa répétition, à intervalles rapprochés : agression toujours identique à elle même, s'appliquant à un territoire limité toujours le même.

Le traumatisme n'est donc pas nécessairement caractérisé par une cause violente. Une action mécanique de faible portée, mais répétée comme se définit le microtraumatisme, peut provoquer des effets qui, par la suite d'un mécanisme cumulatif, appartiennent au domaine des traumatismes.

2-3-3-1 Les accidents musculaires sans lésion anatomique :

2-3-3-1-1 La crampe : Elle survient en plein effort comme une contracture douloureuse. Elle se définit classiquement comme une contracture musculaire involontaire paroxystique et douloureuse. Cette définition englobe beaucoup de connotation.

2-3-3-1-2 La contracture : Comme l'élongation, la contracture traduit un désordre histiochimique.

Pour ANDRIVET (1981), elle n'est que l'exagération d'un phénomène banal dû à un travail excessif : la courbature .Elle se traduit par une sensation désagréable plus que vraiment douloureux de la présence d'un muscle qui jusqu'alors s'intégrait bien dans la parfaite harmonie des coordinations motrices.

Le muscle est effectivement contracturé, sensible à la palpation et surtout douloureux et peu efficace au moment de l'activité sportive.

2-3-3-1-3 L'élongation : C'est le désordre le plus simple. La douleur est soudaine, entraînant une impotence fonctionnelle modérée. Souvent même la poursuite de la compétition est possible au prix d'une gêne douloureuse, responsable d'une diminution de la performance.

A l'examen clinique, le muscle est sensible plus que douloureux sur toute la totalité de sa longueur sans qu'il existe de maximum précis de sensibilité. Le muscle est indolore au repos, la douleur n'apparaît qu'avec la mobilisation active. Il n'existe qu'un dommage physiologique et pas de dégât anatomiques.

2-3-3-2 Les lésions tendineuses et ligamentaires :

Dans la pathologie traumatologique du sport, les tendinites et les ruptures tendineuses et les ligaments occupent une place de choix.

2-3-3-2-1 Les tendinites : Leur existence peut compromettre une saison sportive voire une carrière sportive. Reliant le muscle au levier osseux, le tendon est soumis à de fortes tensions d'autant plus importante que le muscle est puissant et la section tendineuse réduite.

Mal vascularisé, régénérant difficilement, le tendon est exposé à des détériorisations histologiques qui modifient sa texture et compromettent sa solidarité.

2-3-3-2-2 La périostose : Selon J GENETY, c'est une réaction osteopériostée parfois appelée à tort périostite. Elle est d'origine, soit traumatique directe, soit un processus indirect par irritation des insertions aponévrotiques lors de certains efforts. Son diagnostic est basé sur l'apparition d'une douleur au cours des efforts et de pratique sportive qui s'atténue progressivement en quelques jours de repos et réapparaît dès reprise. Elle est souvent cyclique.

2-3-3-2-3 Syndrome de Fabella : Décrit par Fabella, il s'agit d'une douleur dans le creux poplité au repos, disparaît dès la reprise de l'activité. L'inflammation des insertions musculaire au niveau de l'os sésamoïde de Fabella est la cause évoquée.

2-3-3-2-4 Syndrome méniscal : Décrit par GENETY, il apparaît rarement avant 15 ans. Le syndrome méniscal évolue par crises séparées par des intervalles libres de guérison apparente, comme l'ulcère de l'estomac. Plus le ménisque est atteint, plus le diagnostic est évident.

La manœuvre de Murray, le Grinding test d'Apley est douloureuse. Le cri méniscal de Oudart est présent.(2)

2-4 TRAITEMENT ET PREVENTION

2- 4-1 Traitement :

Le traitement d'un sportif demande beaucoup de dispositions pratiques à prendre. Il s'agit de mettre sur pied un homme qui doit être à son potentiel physique optimal.

2-4-1-1 Le traitement médical

2-4-1-1-1 Le traitement des pathologies musculaires sans lésion anatomique :

Il s'agit d'une pathologie presque spécifique du sport cela se comprend quand on sait que dans le monde sportif, les gestes sont rapides presque improvisés et il

impose des contraintes très importantes. Ce simple dépassement des qualités physiologiques (l'élasticité, la tonicité et la contractilité) demandait un repos de deux à trois jours avec un traitement facilitant la récupération.

- Glace le premier jour
- Massage doux (dès le 3^e jour)
- Bain chaud
- Pommade
- Physiothérapie
- Décontracturant (la thiocolchicoside, la mephenésine ou le camphre) (8)

2-4-1-1-2 Le traitement des pathologies musculaires avec lésion anatomique :

Le délai de cicatrisation des parties molles étant de 10 jours au minimum, le principe du traitement reposait sur cinq éléments :

- 1 - repos complet au moins 3 semaines
- 2 - limiter l'hématome : glace ou bandage compressif, anti inflammatoire et enzyme de résorption per os.
- 3 - myorelaxant et décontracturants per os
- 4 - Accélérer la cicatrisation ; d'où l'intérêt de la physiothérapie
- 5 - faire toujours une rééducation pour renforcer le muscle et vérifier une récurrence.

2-4-1-2 Le traitement orthopédique :

Il est adjoint au traitement médical dans la plupart des cas. La médication est basée sur les antalgiques, les anti inflammatoires et les décontracturants.

2-4-1-2-1 Les pathologies tendineuses et ligamentaires :

En dehors des cas graves, le strapping (contention adhésive) est le plus utilisé. Son principe repose sur :

- 1 - repos de 2 à 3 semaines

2 - médication : anti inflammatoire, antalgique et décontracturants

3- contention avec les bandes adhésives

4 - physiothérapie

5 - rééducation.

2-4-1-2-2 Les pathologies ostéoarticulaires :

Avec l'amélioration du plateau technique, beaucoup d'auteurs ont tendance à abandonner l'orthopédie au profit de la chirurgie. Néanmoins dans les pays moins développés elle reste incontournable dans les fractures sans déplacement, dans les entorses graves, dans les luxations, et dans les fractures avec déplacement minime. Le principe est le suivant :

- réduction sous anesthésie général en cas de déplacement ;
- contention avec des bandes plâtrées ;
- une médication : anti-inflammatoire non stéroïdien, antalgique et décontracturant ;
- physiothérapie ;
- rééducation.

2-4-1-3 Le traitement chirurgical :

Très rependu dans les pays développés, réalisé dans les conditions aseptiques, il reste la thérapie la plus efficace et la plus rapide dans la récupération du sportif.

Les fractures sont ostéosynthétisées avec différentes techniques telle que :

- le clou centromédullaire, la plaque vissée, le vissage etc ...

Les ruptures ligamentaires et tendineuses sont suturées soient sous arthroscopie ou à ciel ouvert avec succès.

2-4-2 Prévention

La prévention est la préoccupation principale du médecin et de l'entraîneur (9)

Elle a deux objectifs :

- Prévenir les traumatismes
- Améliorer les performances des sportifs.

CHRASTEK j. d'écrit que le médecin, le joueur, l'entraîneur et l'arbitre doivent contribuer à la mise en pratique des règles de la prévention.

Dans ce cas, il n'est pas logique de laisser aux seuls médecins de sport la responsabilité des traumatismes qui ne guérissent pas.

2-4-2-1 ROLE DU MEDECIN DU SPORT

C'est au médecin de sport qu'appartient le rôle décisif dans la lutte contre les traumatismes .Cette lutte commence par l'orientation puis la prévention .Il doit orienter vers une activité sportive correspondant le plus aux données physiques du sportif en tenant compte des contre-indications, même temporaires :

- Les hernies
- L'hypertension artérielle
- Une pathologie vulvulaire
- Les affections du rachis
- les affections de certaines articulations telle que : l'épaule, le genoux, le poignet, la cheville, le pied et la main.

Toutes pathologies tendineuses, dégénératives, cartilagineuses s'aggravent. Le médecin du sport doit s'attacher à rechercher et à dépister les facteurs de risque :

- métaboliques
- tabac
- alcool

Il est dommage que la tâche du médecin de sport s'arrête là où commence celle de l'entraîneur. S'il est des parties de la préparation où le médecin ne peut intervenir (la préparation tactique, l'élaboration d'une stratégie en fonction d'une

équipe donnée), il se doit en particulier de guider l'établissement d'un régime général comprenant le travail, l'alimentation, le sommeil et le repos. C'est lui qui doit obtenir une base médicale à l'entraînement : sa fréquence, sa durée, la progression dans l'effort en contrôlant les paramètres cliniques et biologiques. Le médecin a un rôle d'éducateur et de conseil. De ce fait, si on ne peut demander à tout médecin de sport d'être ancien champion, une connaissance théorique du sport et de ses servitudes est nécessaire. En effet, le rehaussement du niveau médical du sportif et de l'entraîneur, demande un enseignement de règle de l'autocontrôle.

Les connaissances nécessaires de premier secours et l'information des éducateurs sur les effets néfastes de certaines préparations, de certains gestes techniques incombent au médecin. Le médecin de sport doit être compétent, disponible et consciencieux.

2-4-2-2 Rôle des entraîneurs :

La préparation physique reste le soubassement dans la prévention des traumatismes. L'entraîneur doit établir des microcycles adaptés à l'objectif fixé en avance en début de la saison. Il doit tenir compte des bases physiologiques dans sa programmation. C'est à lui qu'incombe le développement des qualités techniques, des qualités tactiques et des qualités psychologiques des sportifs, ce qui joue un rôle important dans la prévention des traumatismes. L'entraîneur doit donner la priorité aux sportifs et non à la victoire. Une entente parfaite entre lui et le médecin de sport est toujours profitable aux acteurs.

2-4-2-3 Rôle des arbitres :

Les arbitres doivent veiller à l'application des règlements, notamment ceux concernant les conditions de jeu. Ils doivent empêcher le déroulement d'une rencontre si les conditions de sécurité ne sont pas requises à savoir : l'éloignement des spectateurs, l'état du terrain ou la piste (après).

Les arbitres peuvent proposer des modifications de règlement ou de jeu.

2-4-.2-4 Rôle du sportif :

La responsabilité du sportif dans la prévention des accidents est immense.

Une bonne hygiène de vie contribue considérablement à la prévention des traumatismes. Eviter tout ce qui peut nuire à la santé du sportif (alcool, tabac, insomnie etc ...).

Le déroulement des qualités physiques, techniques et des qualités psychologiques demande une adhésion parfaite du sportif.

Quelqu'un qui n'a jamais fait de haute compétition, ne peut imaginer ce que c'est la concentration. Cette citation illustre l'importance que prend l'aspect psychologique de la préparation du sportif.

2-4-.2-5 Autres rôles

2-4-2-.5-1 Le terrain :

Après la CAN 2002 beaucoup de région en plus de Bamako ont eu des terrains gazonnés, mais restent encore nombreux les terrains municipales qui n'ont pas encore bénéficié de gazon ; ce qui est prépondérant dans la survenue des traumatismes par la présence de cailloux sur le terrain.

4.2.5.2 Le public

Il faut pouvoir empêcher l'entrée des spectateurs sur l'aire de jeu.

Au Mali, souvent le public est très près des joueurs, la plupart des terrains sont en plein air .L'influence du public est donc grande et peut contribuer à modifier l'issue d'une rencontre et même être à l'origine d'accidents graves.

4.2.5.3 L'équipement :

En dehors de son apport psychologique, l'équipement de bonne qualité peut prévenir les traumatismes. L'état des chaussures peut favoriser :

- des déformations du pied (usure inégale du talon)
- des entorses (si les dents sont trop longues)
- des troubles de la statique
- une prédominance fonctionnelle d'une jambe par rapport à l'autre.

En temps froid ou humide, le sportif doit porter le survêtement pendant l'échauffement à la mi-temps et à la fin d'une rencontre.

METHODOLOGIE

III – METHODOLOGIE

MATERIELS ET METHODES

1 - Cadre d'étude

1-1- Cadre géographique :

Notre étude s'est déroulée à BAMAKO, dans les clubs de Football et de Basketball de l'ASCI (Association Sportive de la Commune I).

Les joueurs ont été suivis sur les terrains d'entraînement et de compétitions.

Tous les cas de traumatismes ont été traités sur les terrains d'entraînement, de compétition les ASACO l'Hôpital de Kati, et chez les tradipraticiens.

1-1-1 L'Association Sportive de la Commune I de Football : (AS C-I)

Situation géographique :

Le siège se trouve dans l'enceinte du terrain d'entraînement qui est situé en commune I dans le district de Bamako dans le quartier de DJIELIBOUGOU.

IL est limité par :

- L'ASACODJE et le centre AMALDEME à l'Est ;
- Le lycée KALANSO et NANY SIMPARA faisant frontière entre FADJIGUILA et DJIELIBOUGOU à l'Ouest ;
- L'espace de loisir le DAIMOU au Nord ;
- La grande Mosquée du vendredi au Sud ;

Les infrastructures de L'AS C-I

- Un terrain d'entraînement non gazonné.

L'administration se compose comme suite ;

- Un président,
- Trois vices présidents,
- Un secrétaire général et son adjoint,

- Un trésorier,
- Un membre d'organisation,
- Un commissaire aux comptes,
- Des responsables disciplinaires.

La commission santé

Les diagnostics étaient posés par un médecin du centre de santé et par un des médecins expérimentés en médecine du sport.

Un personnel sortant de la croix rouge pour le suivi des joueurs.

Les entraîneurs au nombre de deux : un entraîneur technique et un préparateur.

Les joueurs au nombre de 90 (seniors, juniors, cadets) tous amateurs.

Activités de l'AS C-I

- Football, basketball masculins et féminins.

Entraînements compétitions :

Les entraînements se déroulent du Lundi au Vendredi de 16h00 à 18h 30mn et les matchs de compétitions se déroulent pour la plupart les samedis et les dimanches et exceptionnellement les autres jours.

1-1-2 L'Association Sportive de la Commune I de basket Ball

Situation géographique

Le siège se trouve dans l'enceinte du terrain d'entraînement qui est situé en commune I dans le district de Bamako dans le quartier de DJIELIBOUGOU.

Infrastructures

Deux terrains d'entraînement

L'administration

Partage la même administration que l'AS C-I de foot Ball

La commission santé

Les diagnostics étaient posés par un médecin du centre de santé et par un des médecins expérimentés en médecine du sport.

Les entraîneurs

Un seul entraîneur pour (seniors, juniors, cadets, minimes) et deux stagiaires.
Les joueurs au nombre de 127 (hommes = 75 et femmes = 52) composés de (seniors, juniors, cadets, minimes).

Activité : basket Ball

Entraînements et compétitions

Les entraînements se déroulent du lundi au vendredi de 16h00 à 18h30mn et les matchs de compétitions se déroulent la plupart les samedis et les dimanches exceptionnellement les autres jours.

1-2 Cadre temporel :

Dans cette partie, notre étude consiste à délimiter l'intervalle de temps pendant lequel nous travaillerons.

Nous avons commencé notre étude au début du mois de février 2006 et nous avons terminé en Août 2006 soit une période de 7 mois pour mener notre étude à terme.

2- MATERIELS :

Notre étude a porté sur 217 patients qui pratiquent le football et le basketball, répartis dans deux disciplines différentes participant au championnat de première division et de deuxième division.

Nous avons utilisé :

- Une fiche d'enquête sous forme de questionnaire,

- Une pèse personne,
- Un mètre ruban,
- Les logiciels WORLD, EXCEL, EPI info 6

*** Critères d'inclusion :**

Ont été inclus tous les cas de lésions traumatiques au cours des séances d'entraînement et pendant les matchs de compétitions et pour lesquels les joueurs ont consulté.

*** Critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus dans cette étude les lésions traumatiques survenues en dehors des séances d'entraînement des matchs de compétitions.

3 - Type d'étude :

IL s'agissait d'une étude prospective sur 7 mois (février 2006 - Août 2006).

Nos données ont été recueillies et consignées sur les fiches d'enquêtes individuelles à partir d'éléments suivants :

- Interrogatoire des joueurs,
- La mensuration,
- La pesée.

TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été traitées et saisies sur WORLD, EXCEL, et analysées par le logiciel EPI info 6

RESULTATS

Tableau I : Répartition, selon l'âge, des footballeurs de L'ASCI ayant présenté des traumatismes pendant l'étude :

Tranche d'âge en année	Footballeurs	Pourcentage %
16 -20	48	53,34
21 -25	30	33,33
26 -30	12	13,33
Total	90	100

La Tranche d'âge de 16 - 20 ans a été la plus touchée avec 53,34%.

La Tranche d'âge la moins touchée est celle de 26 - 30 ans avec 13,33%.

Tableau II : Répartition, selon la profession des footballeurs de L'ASCI ayant présenté des traumatismes pendant l'étude.

Profession	Nombre	Pourcentage %
Sans profession	7	7,78
Elèves- Etudiants	61	67,78
Commerçants	6	6,66
Ouvriers	7	7,78
Chauffeurs	1	1,11
Administrateurs	8	8,89
Total	90	100

Les footballeurs élèves - étudiants ont été les plus touchés avec 67,78 %.

Tableau III : Répartition, selon l'heure de sommeil, des footballeurs de l'ASCI ayant présenté des traumatismes pendant l'étude.

Heure de sommeil	Footballeurs	Fréquence %
20heures – 22heures	19	21,11
22heures -23heures	57	63,34
00heures- 02heures	14	15,55
Total	90	100

Les footballeurs qui se couchaient entre 22h-23h ont été les plus touchés 63,34%.

Tableau IV : Répartition, selon le poste de jeu, des footballeurs de l'ASCI ayant présenté des traumatismes pendant l'étude.

Poste de jeu	Footballeurs	Pourcentage %
Défenseur	25	27,78
Attaquant	42	46,66
Milieu de terrain	19	21,11
Gardien	4	4,45
Total	90	100

Les attaquants ont été les plus touchés avec 46,66%. Les gardiens de but ont été les moins touchés avec 4,45 %.

Tableau V : Répartition, selon l'ancienneté de la licence, des footballeurs de l'ASCI ayant présenté des traumatismes pendant l'étude.

Ancienneté de la licence en année	Nombre de footballeurs	Pourcentage %
1	34	37,78
2	19	21,11
3	16	17,76
4	7	7,78
5	9	10
6	5	5,56
Total	90	100

Les joueurs licenciés seulement depuis 1an ont été les plus touchés avec 37,78%. La fréquence des traumatismes baissant avec l'ancienneté du joueur dans l'équipe.

Tableau VI : Répartition selon le type de matchs, des lésions traumatiques des footballeurs de l'ASCI pendant l'étude.

Type de matchs	Nombre de cas	Fréquence %
Matchs de compétition	12	13,33
Matchs d'entraînement	78	86,67
Total	90	100

Les lésions ont été plus fréquentes au cours des matchs d'entraînements avec 86,67 %.

Tableau VII : Répartition, selon la nature des lésions traumatiques des footballeurs de l'ASCI pendant l'étude.

Nature de la lésion	Nombre de cas	Pourcentage%
Plaie	33	29,46
Contusions	21	18,75
Élongations	3	2,68
Claquages	1	0,90
Tendinites	2	1,79
Luxations	4	3,57
Entorses	19	16,96
Crampes	27	24,10
Fractures	2	1,79
Total	112	100

Les plaies ont été les plus fréquentes avec 29,46 % suivies des crampes.

Tableau VIII : Répartition, selon le poste occupé, le type de traumatisme rencontré chez les footballeurs de l'ASCI.

Type de traumatisme /poste occupé	Defenseur	Attaquant	Milieux-terrain	Gardien
Plaies	9,82 %	11,61 %	5,35 %	2,68 %
Contusions	1,78 %	12,50 %	2,68 %	1,78 %
Elongations	1,78 %	0	0,9 %	0
Claquages	0	0,9 %	0	0
Tendinites	0,9 %	0,9 %	0	0
Entorses	3,57 %	6,25 %	5,35 %	1,78 %
Luxations	0,9 %	1,78 %	0,9 %	0
Crampes	7,14 %	10,71 %	6,25 %	0
Fractures	0,9%	0,9 %	0	0

Chez les défenseurs les plaies ont été les plus fréquentes avec 9,82% puis les crampes 7,14 %.

Chez les attaquants les contusions ont été les plus fréquentes avec 12,50%, puis les plaies 11,61 %, les crampes 10,71 %, les entorses 6,25 %.

Chez les milieux de terrain les crampes ont été les plus fréquentes avec 6,25 % puis les plaies 5,35 %.

Les lésions ont été les moins fréquentes chez les gardiens de but, 2,68 % pour les plaies et 1,78 % chacun pour les contusions et les entorses.

Tableau IX : Répartition, selon le siège des lésions traumatiques des footballeurs l'ASCI pendant l'étude.

Siège	Nombre de cas	Pourcentage %
Tête	3	2,31
Cou	1	0,77
Thorax	26	20
Abdomen	2	1,54
Cuisse	15	11,53
Genou	22	16,92
Jambe	39	30
Cheville	22	16,92
Total	130	100

Les membres inférieurs ont été les plus touchés avec 75,37 % et la jambe a été la plus touchée avec 30 %.

Tableau X : Répartition selon l'âge, des basketteurs de l'ASCI ayant présenté des traumatismes pendant l'étude.

Tranche d'âge en année	Basketteurs	Pourcentage %
14 – 18	91	71,65
19 – 23	26	20,47
24 – 28	8	6,30
29 – 33	2	1,58
Total	127	100

La tranche d'âge de 14 -18 ans a été la plus touchée avec 71,65 %. La Tranche d'âge de 29 - 33 ans a été la moins touchée avec 1,58 %.

Tableau XI : Répartition, selon la profession, des basketteurs de l'ASCI ayant présenté des traumatismes pendant l'étude.

Profession	Nombre	Pourcentage %
Sans profession	4	3,15
Élèves - Etudiants	117	92,13
Commerçants	2	1,57
Ouvriers	1	0,79
Chauffeurs	2	1,57
Administrateurs	1	0,79
Total	127	100

Les basketteurs élèves- étudiants ont été les plus touchés avec 92,13 %.

Tableau XII : Répartition selon l'heure de sommeil, des Basketteurs de l'ASCI ayant présenté des traumatismes pendant l'étude.

Poste de jeu	Basketteurs	Pourcentage %
20 heures-22heures	77	60,63
22 heures-23 heures	48	37,80
00 heures – 02 heures	2	1,58
Total	127	100

Les basketteurs qui se couchaient entre 20heures - 22heures ont été les plus touchés avec 60,63 %.

Tableau XIII : Répartition, selon le poste de jeu, des basketteurs de l'ASCI ayant présenté des traumatismes pendant l'étude.

Poste de jeu	Basketteurs	Pourcentage %
Meneurs	32	25,20
Ailiers	66	51,97
Pivots	29	22,83
Total	127	100

Les ailiers ont été les plus touchés avec 51,97 %. Les pivots ont été les moins touchés avec 22,83 %.

Tableau XIV : Répartition selon l'ancienneté de la licence des basketteurs de l'ASCI ayant présenté des traumatismes pendant l'étude.

Ancienneté de la licence en année	Nombre de basketteurs	Pourcentage
1	28	22,04
2	28	22,04
3	35	27,56
4	17	13,39
5	12	9,45
6	7	5,52
Total	127	100

Les basketteurs ayant une licence de 3ans ont été les plus touchés avec 27,56 %.

Tableau XV : Répartition, selon le type de matchs, des lésions traumatiques des basketteurs de l'ASCI pendant l'étude.

Type de matchs	Nombre	Fréquence%
Matchs de compétitions	19	14,96
Matchs entraînements	108	85,04
Total	127	100

Les lésions traumatiques ont été plus fréquentes au cours des matchs d'entraînements avec 85,04 %

Tableau XVI : Répartition, selon la nature des lésions traumatiques des basketteurs l'ASCI pendant l'étude.

Nature de la lésion	Nombre	Pourcentage %
Plaie	31	20,67
Contusions	5	3,33
Elongations	4	2,67
Claquages	2	1,33
Entorses	90	60
Fractures	5	3,33
Crampes	10	6,67
Tendinites	3	2
Total	150	100

Les entorses ont été les plus fréquentes avec 60%.

Tableau XVII : Répartition, selon le poste occupé, le type de traumatisme rencontré chez les basketteurs de l'ASCI.

Type de traumatisme /p oste occupé	Meneurs	Ailiers	Pivots
Plaies	6,66 %	8,66 %	5,33 %
Contusions	0,66 %	2 %	0,66 %
Elongations	0	2 %	0,66 %
Claquages	0,66 %	0,66 %	0
Tendinites	0,66 %	1,33 %	0
Entorses	16,66 %	31,33 %	12 %
Crampes	3,33 %	2,66 %	0,66 %
Fractures	0,66 %	2,66 %	0

Les entorses ont été les plus fréquentes au niveau des trois postes occupés 31,33%chez les ailiers, 16,66% chez les meneurs, et 12% chez les pivots.

Les plaies 8,66% chez les ailiers, 6,66% chez les meneurs, 5,33% chez les pivots.

Tableau XVIII : Répartition selon le siège des lésions traumatiques des basketteurs de l'ASCI pendant l'étude.

Siège	Nombre	Pourcentage %
Tête	2	1,41
Cou	3	2,11
Thorax	52	36,61
Abdomen	4	2,82
Cuisse	16	11,27
Genou	28	19,72
Jambe	15	10,56
Cheville	22	15,50
Total	142	100

Le thorax (membres supérieurs) a été le plus touché avec 36,61 %.

Tableau XIX : Répartition selon le sexe de la nature des lésions traumatiques des basketteurs de l'ASCI pendant l'étude.

Lésion	Hommes	Fréquence %	Femmes	Fréquence %
Plaie	18	20,45	13	20,97
Contusions	3	3,41	2	3,23
Elongations	2	2,27	2	3,23
Claquages	1	1,14	1	1,61
Entorses	54	61,36	36	58,06
Fractures	4	4,55	1	1,61
Crampes	4	4,55	6	9,67
Tendinites	2	2,27	1	1,61
Total	88	100	62	100

Les entorses ont été les plus fréquentes chez les Basketteurs de sexe masculin avec 61,36 % siégeant au niveau des articulations inter phalangiennes.

Les entorses ont été les plus fréquentes chez les basketteurs de sexe féminin avec 58,06% siégeant au niveau des articulations inter phalangiennes.

Tableau XX : Répartition selon le sexe le siège des lésions traumatiques des basketteurs de L'ASCI pendant l'étude.

Siège	Hommes	Fréquence %	Femmes	Fréquence %
Tête	1	1,16	1	1,78
Thorax	27	31,39	29	51,79
Abdomen	2	2,32	1	1,78
Cuisse	13	15,16	3	5,36
Genou	19	22,09	9	16,07
Jambe	10	11,61	5	8,93
Cheville	14	16,27	8	14,29
Total	86	100	56	100

Le thorax (membre supérieur) a été le plus touché chez les hommes avec 31,39 % ainsi que chez les femmes avec 51,79 %.

TRAITEMENT

Le diagnostic et le traitement ont été proposés par la collaboration de quelques collègues internes et des médecins expérimentés en médecine du sport.

Les méthodes de traitement

Les méthodes de traitement ont été les suivantes :

- médical
- chirurgical
- traditionnel.

Moyens de traitement

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont été les plus utilisés 217 cas soit 100%.

Le diclofenac a été la molécule la plus utilisée en raison de 150mg/j (soit 50mg 3fois /j). La durée du traitement était d'une semaine.

* Les antalgiques ont été utilisés dans 105 cas. Le paracétamol et l'aspirine étaient utilisés.

Le paracétamol 500mg 2cp 2fois/j pendant une semaine (renouvelable) a été plus utilisé que l'aspirine (2 comprimés 2 fois /jour).

Le repos a été seulement ordonné dans 98 cas où le gène fonctionnel a été important.

La glace a été appliquée dans 40 cas.

Les antibiotiques ont été utilisés dans tous les cas de plaies 64cas, amoxicilline 500mg 2 gelules 2fois/jour.

LA PLAIE

Cette solution de continuité cutanéomusculaire a été traitée avec :

- un antiseptique (betadine)

- un antibiotique (amoxicilline 500mg 2gels 2fois /j)
- Pansement avec compresse et sparadrap renouvelable tous les 2jours.

CONTUSION

Nous avons traité la contusion avec :

- La glace appliquée trois fois/j
- Les antalgiques (paracétamol 500mg 2gels 2fois/j et aspirine 500mg 2cp 2fois/j).
- Les anti-inflammatoires par voie orale et locale (diclofenac 50mg 1cp 3fois/j, voltarène emulgel 1application 3fois/j).
- Le repos selon l'importance de la contusion :pas de repos pour les contusions simples et 3à10jours pour les contusions appuyées.

L'ELONGATION

A été traitée avec :

- La glace appliquée 3fois/j pendant 10mn.
- Les antalgiques (paracétamol, aspirine 2cp 2fois/j).
- Les anti-inflammatoires : diclofenac 50mg 1cp 3fois/j par voie orale et voltarène gel 2applications/j pendant une semaine.
- Le repos pendant 10jours.

CRAMPES

Ont été traitées avec la glace en application pendant 5-10mn.

CLAQUAGES

Ont été traités de la même manière avec repos (4à12semaines)

LUXATIONS

Seulement 2 cas ont été traités au sein du club en collaboration avec certains ASACO :

- Réduction sans anesthésie
- Bandage,
- Anti-inflammatoire diclofenac 50mg 1cp 3fois/j pendant une semaine, paracétamol 500- fois/j, voltarène gel 1app 2fois/j, repos.

ENTORSES

Traités de la même manière que les luxations 95% cas.

TENDINITES

Ont été traitées par :

- Repos de 2 à 3 semaines
- Anti-inflammatoire diclofenac 50mg 1cp 3fois/j
- Antalgiques paracétamol 500mg 2cp 2fois/j.

Les fractures aux nombres de 7 :

1 cas traité à l'hôpital de Kati (un basketteur), 6 cas traités traditionnellement dont 5 cas chez les basketteurs.

Les tendinites (5 cas), luxations (2 cas), entorses graves et récidivantes (6 cas) ont été prises en charges par certains centres de santé de la commune et par les tradipraticiens .

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Notre étude sur le suivi des sportifs traumatisés en commune I s'est déroulée au sein des deux associations sportives (Football et basket Ball) de deuxième et première division nationale.

Ces associations sportives nous ont semblé être le cadre approprié pour mener cette étude parce que là on accède plus facilement aux joueurs.

1- SUR LE PLAN EPIDEMIOLOGIQUE ET SOCIAL

- L'AGE

Les lésions traumatiques ont été prédominantes dans les tranches d'âge de 16-20 ans chez les footballeurs et de 14 -18 ans chez les basketteurs. C'est le moment décisif pour les performances en général.

À cet âge, les joueurs manquent de technicités, de maîtrises et peu d'expériences. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que nos sportifs ne sont pas formés dans les établissements sportifs.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de données comparatives.

- LA PROFESSION

Les joueurs élèves- étudiants ont été les plus touchés (67,78 %) chez les footballeurs et chez les basketteurs (92,13 %). Ceci pourrait s'expliquer par leur représentativité dans l'échantillon examiné.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de données comparatives.

- L'HEURE DE SOMMEIL

La majorité de nos footballeurs 63,34 % et nos basketteurs 60,63 % dormaient aux premières heures du soir. Ceci pourrait s'expliquer par la profession qu'exercent nos joueurs. Les autres joueurs qui dormaient après les premières heures du soir ont aussi présenté des lésions.

À noter que RENE GUILLET et Coll (11) ont trouvé que le sommeil et le repos insuffisant favorisent la survenue des lésions traumatiques (musculaires).

- LE POSTE DE JEU ET LE TYPE DE TRAUMATISME

Les attaquants footballeurs (46,66 %) et les ailiers basketteurs (51,97 %) étaient les plus touchés. Ceci pourrait s'expliquer par la rudesse du jeu au niveau de ces deux postes.

SANGARE A. (12) a trouvé dans son étude que les attaquants étaient les plus touchés et KEITA S. (15) a trouvé que 59,6% des défenseurs étaient les plus touchés dans son étude (cas des footballeurs). Les défenseurs représentaient 9,82% des plaies, les attaquants 12,50% des contusions, les milieux de terrain 6,25% des crampes, les gardiens de but 2,68% des plaies.

Dans le basket-ball, les entorses étaient plus fréquentes au niveau des trois postes : meneurs 16,66%, ailiers 31,33%, pivots 12%.

Cette différence pourrait s'expliquer par la tactique du jeu adoptée par nos entraîneurs basés sur <<le faux ailier>>.

Nous n'avons pas trouvé de données comparatives dans le cas de basket-ball.

- L'AGE DE LA LICENCE

Les lésions sont survenues à tous âges de la licence.

Les extrêmes étaient de 1an et 6ans dans les deux disciplines.

Les footballeurs ayant une licence de 1an ont été les plus touchés. Ceci pourrait s'expliquer par l'inexpérience, le manque de maîtrise et de technicité des joueurs.

Les basketteurs ayant une licence de 3ans ont été les plus touchés. Ceci pourrait s'expliquer par la tactique du jeu menée par l'entraîneur où les pivots et les meneurs sont considérés comme faux ailiers.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de données comparatives à ce propos.

- LE TYPE DE MATCHS

Les lésions sont survenues aussi bien pendant les matchs d'entraînements que les matchs de compétitions.

Elles ont été plus fréquentes pendant les matchs d'entraînements 86,67 % chez les footballeurs et 85,04 % chez les basketteurs.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces matchs d'entraînements étaient beaucoup ambitieux pour préparer les compétitions puis que la saison sportive au Mali n'est pas codifiée.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de données comparatives.

- LA NATURE DE LESION

Les plaies ont été les lésions les plus fréquentes avec 29,46 % chez les footballeurs, et chez les basketteurs, les entorses ont été les plus fréquentes avec 60 % en globalité.

Chez les basketteurs, selon le sexe, les entorses ont été de 65,85 % pour les hommes et 58,06 % pour les femmes.

Ceci pourrait s'expliquer par notre choix d'étude : le football et basket-ball, sport collectif de contact.

BEATRICE NANDJUI et Coll (13) ; J RODINEAU (14) ont trouvé que les contusions des muscles étaient les traumatismes les plus fréquents au cours de la pratique des sports ainsi que l'étude faite par Sammuel (15) en 2005 qui trouve 51,1%.

Notre chiffre 29,64 % s'explique par l'état du terrain non gazonné pour les pratiquants de football.

Pour le basketball, nous n'avons pas trouvé dans la littérature de données comparatives.

- LE SIEGE

Nous avons trouvé 75,37 % des lésions au niveau des membres inférieurs chez les footballeurs. Cela s'explique par le fait que les membres inférieurs jouent un grand rôle dans le football. Ce résultat est conforme à celui de Jean GENETY et Coll (16) qui trouve 90 % des lésions aux membres inférieurs et à celui de Sammuel (15) qui trouve 87,20 %.

Nous avons trouvé 36,61 % des lésions au niveau du thorax (membre supérieure) chez les basketteurs de sexe confondu ; 31,39 % chez les hommes et 51,79 % chez les femmes, cela s'explique par le fait que les membres supérieurs jouent un grand rôle dans le basket-ball.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de données comparatives.

2- LE TRAITEMENT

Tous les cas ont été traités sur les terrains d'entraînements de compétitions 91,25 % des cas, donc nous étions confrontés à un problème d'aseptie, les centres de santé (ASACO), hôpital de Kati, les tradipraticiens(8,75%).

Ceci pourrait s'expliquer par les moyens financiers très limités de nos clubs pour des consultations spécialisées d'une part et d'autre part par le manque d'infrastructures pour la prise en charge du sportif blessé au sein de nos clubs.

Les traitements médicaux et traditionnels ont été les méthodes utilisées.

Ceci pourrait s'expliquer par la rareté des lésions graves au cours de notre étude. Mais aussi par le souci, du personnel soignant, de soulager la douleur plus vite que possible.

L'absorption des médicaments est très répandue dans ce milieu sportif.

Ceci pourrait s'expliquer par la prise en charge non adéquate de nos joueurs. Ne disposant pas d'infrastructures et d'équipements médicaux, les consultations et les prescriptions sont inadéquates.

L'association paracétamol + diclofenac a été la plus utilisée.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ce sont deux médicaments moins chers sur le marché donc plus accessibles ; mais n'est pas sans danger. Le repos était difficile à observer.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI – CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1-Conclusion :

Notre étude sur les traumatismes du sportif au sein des clubs de football de deuxième division et de basket-ball de première division de l'Association sportive de la commune I du District de Bamako était une étude prospective de Février 2006 à Août 2006.

Les lésions ont été multiples et diverses au cours de notre travail.

Les plaies ont été les plus fréquentes chez les footballeurs avec 29,46 %.

Les entorses ont été les plus fréquentes chez les basketteurs avec 60 %.

Les attaquants ont été les plus touchés 46,66 % chez les footballeurs.

Les ailiers ont été les plus touchés 51,97 % chez les basketteurs.

Les footballeurs et basketteurs élèves-étudiants ont été les plus touchés 67,78 % et 92,13%.

Les lésions ont été les plus fréquentes au cours des matchs d'entraînements.

Elles sont survenues à tous les âges de la licence, mais étaient plus fréquentes chez les footballeurs ayant une licence depuis 1an et chez les basketteurs ayant une licence de 3 ans.

Les membres inférieurs ont été les plus touchés 75,37 % et la jambe a été la plus touchée 30 % chez les footballeurs.

Les membres supérieurs ont été les plus touchés 36,61 % chez les basketteurs.

Le traitement médical a été utilisé dans 91,25 % des cas.

La médication était basée sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les antalgiques. L'association paracétamol + diclofenac a été la plus utilisée.

Ce travail sur les traumatismes des sportifs nous a permis de déceler le manque de prise en charge adéquate des traumatismes des sportifs de basket-ball et football de l'Association sportive de la commune I du District de Bamako de même qu'un manque de littérature pour ce type d'étude.

2-RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude des recommandations sont proposées et s'adressent :

AU MINISTERE DE LA SANTE

- Assurer la formation initiale et continue de spécialistes en traumatologie, et en traumatologie du sport,
- Créer un centre médico-sportif hospitalier,
- Favoriser la formation de spécialistes en médecine du sport.

AU MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DU SPORT

- Rendre obligatoire la prise en charge de la santé des sportifs par les clubs,
- Rendre obligatoire la couverture médicale des tournois et compétitions sportifs quel que soit le lieu ou le niveau,
- Favoriser la formation initiale et continue et le recyclage des encadreur sportifs,

Rendre obligatoire le contrôle médico-sportif et la surveillance d'athlètes de haut niveau fait par les spécialistes.

AUX SPORTIFS

- Mener une vie sportive saine et être ambitieux,
- Faire valoir l'esprit sportif sur le terrain,
- Chercher à s'instruire,
- Respecter les consignes données par l'agent médical.

AUX ENTRAINEURS

- Prendre en compte le sportif et non la victoire,
- Respecter les consignes de l'agent médical,

- Tenir compte des bases physiologiques.

AUX DIRIGEANTS DES CLUBS

- Créer une infirmerie pour les sportifs,
- Construire un internat, et surveiller les sportifs,
- Éduquer et informer les sportifs régulièrement,
- Inculquer aux sportifs le fair-play.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1 - DAH C

Contribution à l'étude de la traumatologie du sport en Côte d'Ivoire, Médecine Mémoire 1999.

2 - DIAKITE A.

Profil physiologique dans le sport d'élite au Mali. Thèse de médecine, 1999.

3 - RODINEAU J, DUREY A

Le traitement médical des lésions musculaires, 4^e journée nationale de la médecine de ré éducation. JAMA 1990 (suppl) : 20 - 2.

4 - Guillet R, GENETY J, GUEDJ B journal Revue édition, 1984

5 - CHRARSTEK

L'influence du volley-ball de compétition sur l'appareil locomoteur. Médecine éducative physique sport 1964. P.20 - 40.

6 - GREON H L S I. COHENG KURLAND

Fortal myocardial infarction in marathon racing Run of inters méd.

7 - KONE M.

Recommandation pour l'alimentation des sportifs Maliens .Rapport présenté au Ministère de la jeunesse des arts et de la culture (MJSAC) ,1986.

8 - SANGARE A.

Bilan traumatologie du championnat en Côte d'Ivoire au cours de la saison 1982-1983 (handball).

9 - WEISS Johnson CR-J-R WHEELEK D.C

Stress fractures of the femoral shaft in athletes more common than expected.

A New clinical test American journal of sports medicine, ISSN 0363. 54_ 65
USA 1994 vol 22 N°2 PP248-- 256

10 - KONE M.

Définition sur la médecine du sport 2006.

11 - Guillet R, GENETY J., GUEDJ E.BRUNET

Médecine du sport, quatrième édition, 1984.

12 - SANGARE A.

Suivi du sportif d'élite traumatisé dans le district de Bamako en athlétisme et en football.

Thèse de médecine ,1996.

13 - NANJUI BEATRICE

Rééducation dans les lésions musculaires.

Cours de formation continue en médecine du sport. juin 2002.

14-RODINEAU J

Les lésions musculaires.

Publication des laboratoires BESINS-ISCOVESCO.5, Rue du Bourg l'Ablé-
75003 Paris France.

15-KEITA S.

Lésions musculaires traumatiques chez les footballeurs de sexe masculin de première division à Bamako.

16-GENETY J., BRUNET GUEDJ ELISABETH.

Traumatologie du sport en pratique médicale courante, quatrième édition, 1991.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE N°.....

I -IDENTITE DU MALADE

NOM

Prénoms.....

Age.....

Sexe

Marié Divorcé Célibataire Autre

Ethnie :

Profession :.....

Scolarisé : OUI Non

Niveau d'étude : Fondamentale Secondaire Supérieur

Nationalité :

Club :

Discipline :

Taille :

Poids :

Adresse :

II- HABITUDE HYGIENO DIETETIQUE

Nombre de repas par jour

Sort-il le soir ? Oui Non

Heure de sommeil

20h 00 – 22h 00 22h 00 – 24h 00 24h 00 – 02h 00 après 02h 00

III- LESIONS TRAUMATIQUES

PLAIE

Localisation : membres supérieurs membres inférieurs

Siège

Contusion

Localisation : membres supérieurs membres inférieurs

Siège

Elongation

Localisation : membres supérieurs membres inférieurs

Siège

Claquage

Localisation : membres supérieurs membres inférieurs

Siège

Rupture

Localisation : membres supérieurs membres inférieurs

Siège

Luxation

Localisation : membres supérieurs membres inférieurs

Siège

Entorse

Localisation : membres supérieurs membres inférieurs

Siège

Fracture

Localisation : membres supérieurs membres inférieurs

Siège

Crampe

Localisation : membres supérieurs membres inférieurs

Siège

AUTRES LESIONS

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

IV- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Radiographie standard :

Echographie :

Scanner :

Biologie :

Autres :

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

V- PRISE EN CHARGE (TRAITEMENT

Lieu : club hôpital centre de santé

Moyens : repos glace antalgique

Anti – inflammatoire massage chirurgie

AUTRES :

.....
.....

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : MARIKO

Prénom : Bourahima Tiéblé

Titre de la thèse : Suivi des sportifs traumatisés des équipes de football et de basket-ball en commune I du district de Bamako.

Année : 2006-2007

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali.

Secteur d'intérêt : Médecine du sport-Traumatologie.

Résumé :

Il s'agissait d'une étude prospective sur 6mois (février 2006-juillet 2006) portant sur le suivi des sportifs traumatisés 90 cas en foot Ball et 127 cas en basket Ball au sein des deux clubs de deuxième et première division de la commune I du district de Bamako,

Dans cette étude ; il ressort que :

Les lésions traumatiques ont été multiples et diverses. Elles ont été nombreuses au cours des matchs d'entraînements et plus fréquentes chez les footballeurs ayant une licence de 1an. Les plaies ont été les plus fréquentes. Les membres inférieurs ont été les plus touchés et la jambe fréquemment atteinte.

Les lésions ont été nombreuses chez les basketteurs ayant une licence de 3ans. Les entorses ont été les plus fréquentes .Les membres supérieurs ont été les plus touchés.

Mots clés : lésions, traumatiques, sport, football, basketball.

SERMEMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et jure au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion de nation de race de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.