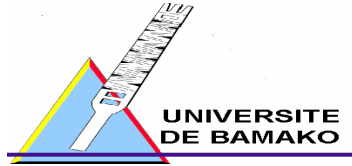


**Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Foi
Scientifique**

**République du Mali
Un Peuple – Un But – Une**



**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE**

Année Universitaire 2009-2010

N°...../

TITRE

**SUIVI MEDICAL DES FOOTBALLEURS DE
L'ASSOCIATION SPORTIVE DJIKI DE
DEUXIEME DIVISION DE LA COMMUNE VI
DE BAMAKO**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le..../..../ 2010
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie de Bamako**

Par Mr :Seydou Sanamory KANTE

**Pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

JURY

Président : Pr Tieman COULIBALY

Membre : Pr Soukalo DAO

CO-Directeur : Dr Issa DIALLO

Directeur : Pr. Mamadou KONE

Au nom d'Allah, le tout miséricordieux, le très miséricordieux

Louange a Allah, seigneur de l'univers

Le tout miséricordieux, le très miséricordieux

Maître du jour de la rétribution

C'est toi seul que nous adorons et c'est toi seul dont nous
implorons secours

Guide-nous sur le droit chemin

Le chemin de ceux que tu as comblé de faveurs non pas ceux
qui ont encouru ta colère ni des égarés

Amen

I Fatina (sourate 1)

DEDICACE

- **A Allah**

Le tout puissant qui m'a permis la réalisation de ce travail

- **A mon père Sanamory Kanté et à ma mère Ramatou Sinayogo**

Ce travail est le fruit de vos longues années de patience et de sacrifice. Vos incessantes bénédictions m'ont guidé et soutenu tout au long de ma vie et mes études.

Votre souci d'amour de travail bienfait et d'une famille unie restera perceptible en nous

Puisse Allah m'aider à vous satisfaire d'avantage par ce modeste travail.

- **A mon grand frère : Amidou Kanté**

Votre soutien n'a jamais fait défaut. Ce travail est aussi le votre.

Que les liens fraternels nous resserrent d'avantage

- **A Madame Coulibaly Fatoumata Bintou CAMARA,**
épouse exemplaire

C'est une mention spéciale que je t'accorde volontier, car tu as été le premier maillon pour la réalisation de ce travail.

Tu as été là lorsque je ressentais le besoin de me confier. Ces quelques lignes ne suffiront pas pour résumer tout ce que tu as fait pour moi. Ce travail est véritablement le tiens, reçois ici toute ma reconnaissance. Que le tout puissant (Allah) Te rend tout le bien que tu as fait. Amen.

- **La famille N'Daou : Bakary et Maïmouna Traoré**

Vous m'avez accueilli a bras ouvert et m'avez soutenu tout au long de mes études. Vous étiez là toujours pour me conseiller et me remonter le moral. Je vous dis du fond du cœur un sincère merci.

- **A Simone Diallo et son époux César Sidibé**

Vous m'avez pris comme votre fils. Vous étiez toujours à mes côtés pendant des moments difficiles. Merci pour le soutien moral, matériel et financier et pour l'aide à l'élaboration de ce travail.

Je suis très reconnaissant. Que Dieu vous prête succès, longue vie et renforce le cousinage à plaisanterie. Amen

- **A Feu Moussa Diakité et toute sa famille**

Vous m'avez aidé à surmonter les moments difficiles de ma vie et de mes études. Merci beaucoup, que ton âme repose en paix. Amen.

REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements :

- **Au corps professoral et à tout le personnel de la FMPOS**, en plus du savoir, vous nous avez appris le savoir faire et le savoir être. Nous sommes très fiers d'avoir été un de vos apprenant, trouvez ici l'expression de tout notre gratitude.

- **A mes promotionnaire : Fancé Diarra, Sory Coulibaly, Mamadou Diakité, Souleymane Sanogo, Lassine Ballo.**

Le souvenir des moments passés avec vous restera pour toujours gravé dans ma mémoire. Que Dieu vous prête succès et longue vie. Merci pour tous.

- **A mes amis : Mamadou Magassouba, Alhassane Diakité, Yacouba Koné, Soukalo Diakité.**

Je garderai le souvenir des bons amis avec lesquelles, j'ai passé le moment le plus marquant de ma vie, courage et bonne chance dans la vie professionnelle.

- **Les entraîneurs, les dirigeants et les joueurs de l'AS Djiki**

Aujourd'hui est venu le jours de vous remercier de votre collaboration, votre gentillesse

Recevez ici toute ma gratitude.

- **Au Dr Sanogo Awa Sangaré du Cabinet Tata Sylla**

Je saisi l'occasion pour réitérer toute ma reconnaissance et mes souhaits de bonheur. Que Dieu te donne tout ce que tu veux.

- **A ma Tante Kamissou Traoré**

Merci pour le soutien, vous avez été pour moi une seconde famille, ce travail est le vôtre.

Que Dieu vous accorde sa grâce.

- **A mon oncle Mamady Namory Traoré, Directeur National de la Santé**

Merci pour votre implication personnelle dans la bonne marche de ce travail

Recevez ici mes sincères remerciements.

- **Au Jumeau fousseyni Guissé, interne en Traumatologie du CHU-GT**

Merci pour tout le service rendu tant au Gabriel Touré et à la Clinique Serment, reçoit ici toute gratitude et reconnaissance.

Que Dieu exhausse nos vœux

- **A tous ce qui ont contribué à la réalisation de ce travail.**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

▪ A notre maître et président du Jury : Professeur Tieman Coulibaly

- Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique à l'Hôpital Gabriel Touré ;
- Chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital Gabriel Touré
- Maître de conférence en chirurgie orthopédique et traumatologique à la FMPOS ;
- Membre de la société Malienne et chirurgie orthopédique et traumatologique (SOMACOT).

Cher maître, nous vous remercions d'avoir accepté de présider ce jury malgré vos multitudes occupations, votre ouverture d'esprit de gentillesse, votre simplicité et votre humanisme font de vous un homme exceptionnel.

Votre présence dans ce jury nous fait énormément plaisir et nous vous prions de recevoir nos vifs remerciements.

A notre Maître et juge : Professeur Soukalo Dao

- Maître de conférence à la FMPOS
- Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la FMPOS
- Investigateur clinique au SEREFO sur la tuberculose et VIH.

C'est un honneur considérable et un réel plaisir de vous voir accepter de siéger dans ce jury.

Votre humanisme, votre abord facile et surtout votre rigueur scientifique nous ont comblé au cours de notre formation.

Vous resterez pour nous un maître exemplaire.

Veillez, trouver dans ce modeste travail, le témoignage de notre sincère reconnaissance.

▪ **A notre Maître et Co-Directeur : Docteur Issa Diallo**

- Conseiller gouvernemental local de l'ONG « les voix du Mali » projet de plaider pour la lutte contre le paludisme.
- Trésorier général du collège Malien de la réflexion sur la médecine du sport
- Professeur d'état de karaté do-shotokan
- Membre fondateur et 1^{er} président du comité universitaire pour la coordination des Arts martiaux à la faculté de médecine (CUCAM/FMPOS).

Cher maître

Vous avez été l'un des premiers à faire une thèse de médecine en sport de combat.

Nous sommes sincèrement touché par votre sympathie, et l'accueil chaleureux que vous nous avez réservé.

Nous vous remercions pour le grand honneur que vous nous avez faite en acceptant de siéger à ce jury malgré vos multiples tâches.

Recevez ici cher maître l'expression de nos sentiments de profonde gratitude.

▪ **A notre maître et directeur de thèse : Professeur Mamadou Koné**

- Professeur de Médecine, Médecin du sport, physiologiste à la FMPOS
- Directeur adjoint du CNOU du Mali
- Membre du comité scientifique international de la revue française de médecine du sport (MEDISP)
- Membre du groupement latin et méditerranéen de médecine du sport
- Secrétaire général de la fédération malienne de 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, votre disponibilité permanente font de vous un maître apprécié et exceptionnel. Nous sommes fiers d'être compté parmi vos élèves.

Soyez rassuré cher maître de notre profonde gratuité et de l'attachement fidèle.

Que Dieu réalise vos vœux !

LES ABREVIATIONS

- **A.I.N.S :** anti-inflammatoire non stéroïdien
-
- **A.T.B :** antibiotique
-
- **Appl :** application
-
- **ANIASCO :** association de santé communautaire de Niamakoro
-
- **C.T.A :** combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
-
- **C.E.S :** certificat d'étude spécialisée
-
- **C.A.C :** cuillerée à café
-
- **Cp :** comprimé
-
- **/j :** par jour
-
- **% :** pourcentage

- gel : gélule
- IV : intraveineuse
- nbre : nombre
- Per os : par voie orale
- FMPOS : faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie
- As : Association

SOMMAIRE

1^{ère}	Partie : Introduction et Objectifs.....	
..1		
	I. Introduction.....	
2	
	II. Objectifs.....	
	3	
2^{ème}	Partie :	
Généralités.....	4	
	I. Définition de la médecine du sport.....	5
	II. Aperçu sur la médecine du sport.....	6
	III. Physiologie de l'activité sportive.....	9
	IV. Définition de quelques pathologies traumatiques du sportif.....	14

V.	Définition de quelques pathologies infectieuses diagnostiquées	
	au cours de la saison sportive.....	15

3^{ème} Partie : Matériels et méthodes.....16

- cadre d'étude.....	
17	
- type d'étude.....	17
- période.....	17
- population.....	18
	d'étude

4^{ème} Partie : Résultats.....19

I.	caractéristiques démographiques.....	20	socio-
II.	aspects cliniques.....	21	

5^{ème} Partie : Commentaires de discussions.....31

I.	Caractéristique socio-démographiques.....	32
II.	Aspects cliniques.....	32
III.	Traitements.....	35
IV.	Evolution.....	35

6^{ème} Partie : Conclusion et recommandations.....36

I.	Conclusion.....	37
II.	Recommandation.....	38

Bibliographie

Annexes

1^{ère} Partie

INTRODUCTION ET OBJECTIFS

INTRODUCTION

Les évènements sportifs ont une couverture médiatique mondiale. Les personnes de tous les âges et de tous sexes s'exercent à diverses pratiques sportives, cela permet de préparer le corps de manière à le rendre plus sain plus actif ; plus productif mais le sport de compétition implique une idée de dépassement de soi et de risque c'est-à-dire l'accident.

Si la pratique sportive est bénéfique elle n'est pas sans dommage pour l'organisme (possibilité de Traumatisme laissant des séquelles temporaires ou définitives et quelque fois dans le cas extrêmes aboutir à une issue fatale).

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 généralement les gouvernements, les organismes nationaux et internationaux qui ont la charge de la Santé publique » **(1)**.

Au Mali aucune structure médicale ne s'occupe réellement des sportifs sur le plan scientifique relative à la surveillance médicale des footballeurs qui sont recrutés parmi les scolaires, les chômeurs et quelques militaires qui pratiquent le sport de haut niveau (sport d'élite).

Le sport est une des activités socio-récréatives les plus mobilisantes de notre époque. Il est pratiqué par beaucoup de personnes qui n'ont pas accès à la santé et à l'éducation. Ainsi tous les pays doivent s'efforcer de donner une audience plus large au sport en impliquant d'avantage les médias : télé, radio et journaux spécialisés.

Sur le plan sportif, le Mali est confronté aux sérieux problèmes d'insuffisances en performance des équipes tant nationale qu'au niveau des clubs sur l'échiquier africain et mondial.

Les disciplines d'arts martiaux tels que le karaté, le taekwondo, le judo et le basket ball sont les principales disciplines qui font honneur au pays en ramenant chaque année des médailles (or, argent, bronze).

Les programmes d'entraînement, s'ils existent ne sont pas toujours respectés.

Les compétitions souvent inopinées

La préparation insuffisante, tout cela concourt 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 des meilleurs résultats.

La plupart des agents médicaux des clubs et associations ne sont que des aides soignants

Cette situation nous préoccupe, c'est ainsi que nous avons souhaité apporter notre contribution au développement du sport et du football en général **(11)**. D'où le choix de notre thème «suivi médical des footballeurs de l'association sportive Djiki de deuxième division de la commune VI de Bamako ».

I. OBJECTIFS

1. Objectif général

Suivi médical des footballeurs de l'association sportive Djiki de deuxième division de la commune VI de Bamako.

2. Objectif spécifique

2.1. Déterminer les pathologies les plus courantes dont souffrent les sportifs

2.2. Identifier les accidents sportifs chez les athlètes de l'association sportive Djiki

2.3. Déterminer la capacité du club à prendre en charge les problèmes de santé de ses sportifs

2^{ème} Partie

GENERALITES

I. Définition de la médecine du sport

Le professeur Chailley Bert a défini la médecine du sport en disant qu'elle visait à sélectionner, orienter, surveiller et traiter les sportifs. Étant donné que tous les sportifs et toutes les sportives quelque soit leur âge ne sont pas autorisés à pratiquer le sport en compétition que s'ils sont reconnus capables de supporter les efforts qu'il exige (17).

Nous avons jugé opportun de développer ici une définition de la notion de sport tant utilisée et souvent à mauvais échéant.

Plusieurs auteurs ont tenté de donner une définition au sport, sous le vocable « sport » se cache une multitude d'activités dont il est nécessaire d'établir une distinction fondamentale entre les activités physiques selon le niveau de leur pratique. Tout en spécifiant qu'il ne devrait pas y avoir de cloisons mais des passerelles entre les différentes catégories définies.

Parmi les formes on distingue :

- 🏆 La pratique éducative sportive
- 🏆 Le sport de masse à caractère récréatif
- 🏆 Le sport pour la santé
- 🏆 Le sport de performance
- 🏆 Le sport de haute performance ou sport d'élite
- 🏆 La thérapie par le mouvement (2)

1. La pratique éducative sportive :

C'est le domaine scolaire. Elle s'adresse à l'enfant afin de lui permettre de s'exprimer pleinement avec son corps.

2. Le sport de masse à caractère récréatif :

Le sport de masse implique une grande partie de la population qui devant ses temps libres pratique une discipline sportive.

Dans le sport de masse la recherche de la performance et le niveau atteint n'ont pas d'importance. On y recherche seulement la santé mais le mouvement, le jeu et/ou des contacts sociaux.

3. Le sport pour la santé :

Ce sport est caractérisé par des exercices corporels et des entraînements physiques qui permettent d'améliorer la santé. Dans ce cas nous pouvons aussi inclure tout ce qui concerne les aspects préventifs, thérapeutiques et de réhabilitation des activités sportives

4. Le sport de performance :

Il est caractérisé par le fait que l'objectif à atteindre est la meilleure performance personnelle possible dans une discipline sportive.

Dans le sport de performance, le plaisir de l'effort et/ou du jeu à une importance, cependant c'est la performance qui occupe le premier plan.

5. Le sport de haute performance ou sport d'élite :

C'est le sport pratiqué par tous ceux qui veulent exploiter un maximum de leurs possibilités physiques quantitatives et qualitatives (7).

C'est le sport de compétition qui est pratiqué au niveau régional, national et international avec pour objectif la plus haute performance possible.

6. La thérapie par le mouvement :

C'est le traitement par le mouvement de certaines maladies et douleurs par l'intermédiaire de l'activité musculaire.

Cet aspect se réfère plus à la pratique de la gymnastique curative.

II. Aperçu sur la médecine du sport :

La connaissance approfondie des lois régissant les modifications morphologiques et fonctionnelles du sport est indispensable au Médecin 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 sportif et toutes les 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 systémique fondé sur les 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 « Médecine 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 de l'éducation physique sportive.

Elle s'occupe du processus de modification fonctionnelle dans l'organisme (l'adaptation pendant l'exercice et de récupération après l'exercice dans les délais prescrits comme normes en fonction de l'âge et du sexe (3). Elle permet aux entraîneurs et spécialistes d'utiliser de façon rationnelle les exercices physiques pour un développement harmonieux de l'organisme, améliorer la santé, la capacité de travail et de 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 et un régime d'entraînement non approprié.

Elle élabore les moyens de prophylaxie des soins et la réhabilitation des méthodes de diagnostic précis de l'état fonctionnel.

Exemples : les épreuves VO2 max, le Test de Pwc 170.

La médecine du sport est liée aux autres spécialistes 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. (9)

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

La médecine du sport a permis l'évolution et l'amélioration de développement autogénique, l'inertie et la réaction de l'organisme aux charges sportives, le diagnostic fonctionnel, les états d'extrêmes, la réhabilitation fonctionnelle ainsi que la prophylaxie des maladies cardiovasculaires 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 les situations de sollicitations extrêmes (10).

1. Contre-indication à la pratique du sport :

1.1. Chez l'enfant et l'adolescent

Exceptionnelles : hypertension artérielle, souffle non organique, coarctation aortique insuffisance mitrale, rétrécissement aortique congénital (4).

1.2. Chez l'adulte

Avant 40 ans : cardiopathie congénitale mécanique anévrisme fibrillation ventriculaire et autres...

Après 40 ans : cardiopathie ischémique, HTA un angor, un infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque quel que soit l'origine.

2. Le contrôle médico-sportif :

Considéré comme un volet fondamental de la médecine du sport ; Il est actuellement réorganisé par les instances officielles qui ont la charge (5).

2.1. Le contrôle médical en matière d'éducation physique et sportive :

Il s'intéresse aux élèves des établissements d'enseignement des 1^{er} et 2^{ème} cycles public et privés et les élèves et étudiants adhérant aux associations habituelles a participer à l'organisation de la pratique et de l'initiation sportive. Elle a pour objet :

- a. De dépister les affections contre-indiquant la pratique de l'éducation sportive ;
- b. D'assurer l'orientation sportive en fonction des prédispositions et des disponibilités ;
- c. De classer les intéressés dans l'un des groupes d'aptitudes.

2.2. La classification médico-sportive

Groupe 1 : Sujets particulièrement robustes autorisés à la pratique des sports de compétition et susceptibles d'être surclassés.

Groupe 2 : Sujets moyens par lesquels la pratique de certains sports violents doit être prescrite. Le certificat devra comprendre la liste des sports compatibles avec la meilleure santé et le maximum de sécurité.

Groupe 3 : Sujets ordinairement robustes momentanément en baisse de force à la suite d'un épisode morphologique ou bien sujets déficients en dessous de la normale présentant des troubles du maintien pour lesquelles sera posé l'indication d'une rééducation physique ou enfin sujet présentant des déficiences psychomotrices relatives qui devaient bénéficier d'une éducation physique spécialisée.

Groupe 4 : Sujets inaptes temporairement ou définitivement :

- Ces conclusions font l'objet d'extrait porté sur un volet sportif ;
- Sont spécialement qualifiés pour effectuer ce contrôle, les médecins de santé Scolaire et les médecins titulaires du CES de biologie et de médecine du sport.

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

2.3. Le contrôle médical préalable à la compétition sportive

Il intéresse tous les licenciés des différentes fédérations sportives

Il a pour objet :

- de dépister les affections contre-indiquant l'activité sportive ;
- d'exploiter les aptitudes ;
- de classer les intéressés dans un groupe d'aptitudes définies ci-dessus ;
- de livrer un certificat d'aptitude.

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

2.4. Les responsabilités des fédérations sportives

Les fédérations sportives délivrent les licences. Elles assurent à leur membre les contrôles médicaux adaptés aux exercices physiques et sportifs pratiques.

Chaque fédération établit un règlement approuvé par le Ministre de la Santé, du Sport 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.

2.5. Le certificat médical d'aptitude

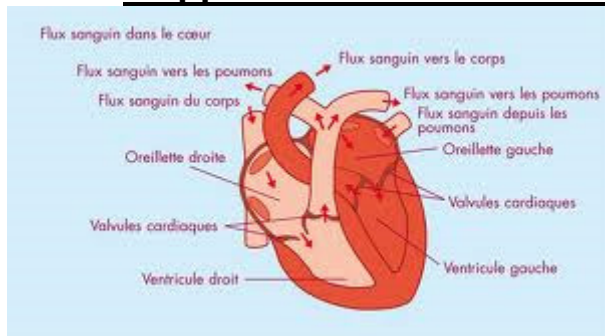
Les certificats médicaux sont distribués au Mali sans visite médicale. D'après Diakité A. la participation aux compétitions sportives est subordonnée à la présentation d'un certificat médical d'aptitude qui doit être renouvelé annuellement mention devant être faite sur la licence.

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.

III. PHYSIOLOGIE DE L'ACTIVITE SPORTIVE :

La pratique sportive sollicite l'organisme dans son ensemble et demande une adaptation harmonieuse de tous les appareils qui la composent en particulier cardio-vasculaire, respiratoire, ostéo-articulaire, système neuro-musculaire (8).

1. L'appareil cardio-vasculaire :



L'appareil cardio-vasculaire assure le transport de l'oxygène depuis les poumons 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 une augmentation du débit cardiaque (**DC**). Celui-ci égale au produit de la fréquence cardiaque (**FC**) par le volume systolique.

$$\text{DC} : \text{FC} \times \text{VS}$$

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 multiplié par 5 voir 8. Des valeurs de 40 litres par minute ont été observées chez des sujets bien entraînés (6).

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

$$\text{FC max théorique} : 220 - \text{Nombre d'année d'âge}$$

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

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

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

Au repos le débit coronaire est d'a peu près 5% du débit cardiaque l'extraction coronaire en oxygène étant très élevé, l'augmentation des besoins en oxygène myocardique à l'exercice est couverte exclusivement par une augmentation du débit coronaire. Le dernier restant à 5% du débit cardiaque, il peut atteindre 1,5 à 2 litres par minute au cours de l'effort.

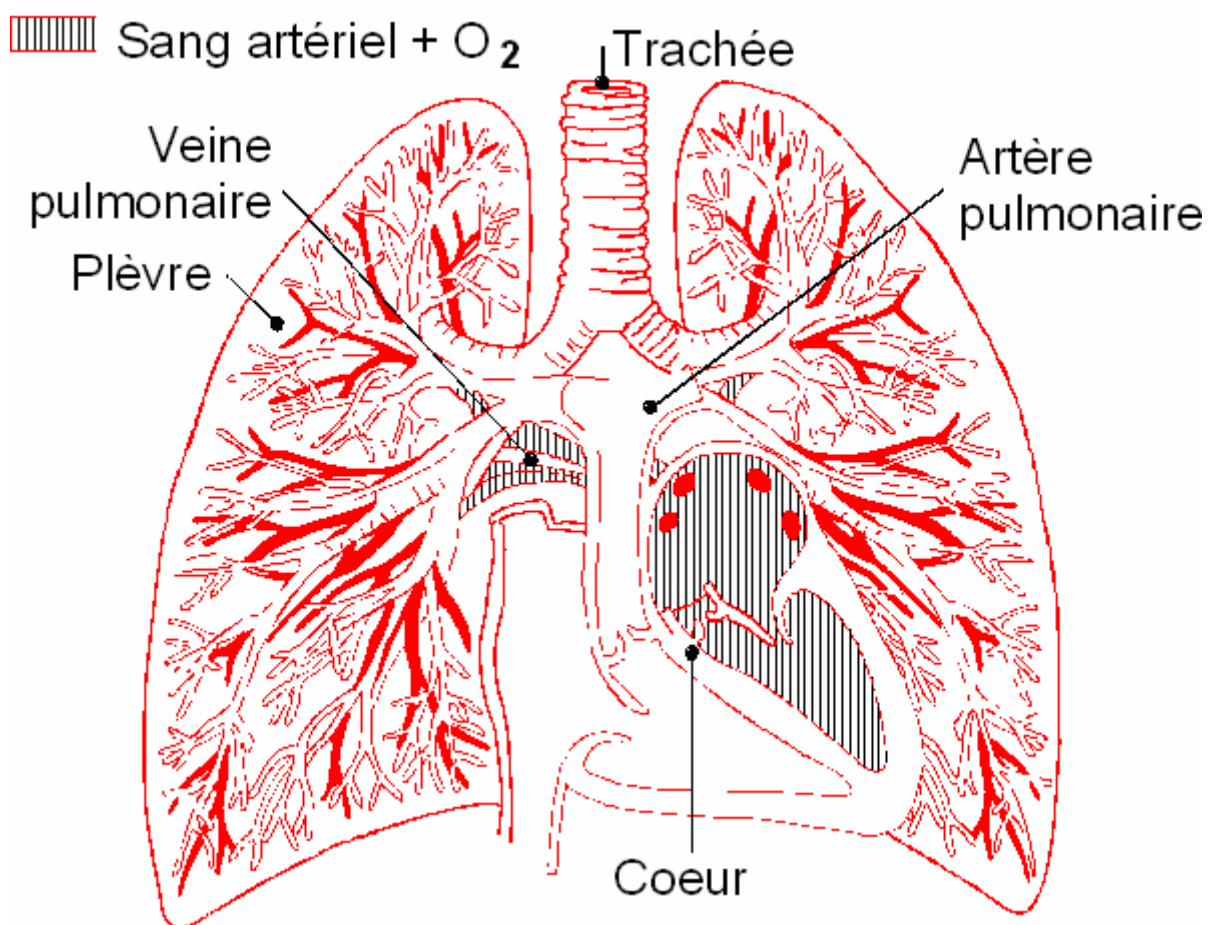
Une vasodilatation se produit dans le territoire du travail, favorise le métabolisme musculaire et provoque des motivations circulatoires qui se font essentiellement aux dépens des territoires splanchniques et rénaux.

La pression artérielle subit une augmentation de la différentielle d'abord par élévation de la maxima (pression artérielle systolique) puis une baisse de la minima (pression artérielle diastolique).

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 et précède l'interruption de l'effort.

Au niveau de la circulation pulmonaire, le mécanisme essentiel est représenté par une 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-Appariel respiratoire :



L'appareil respiratoire met à la disposition du système cardio-vasculaire 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'hémostase et une augmentation du débit ventriculaire.

La surface d'hémostase correspond à l'aire des capillaires dans les poumons. Elle peut atteindre environ 100 mètres carrés (100m²) 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 par le volume courant (**VC**).

$$VP : F \times VC$$

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 expliquent cette adaptation.

Le sujet entraîné répond à l'effort par un accroissement du volume d'aire courante puis secondairement par l'augmentation de la fréquence respiratoire.

On considère que l'appareil respiratoire met toujours à la disposition de l'organisme une quantité d'oxygène supérieur 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.

3- Le système osteo-articulaire



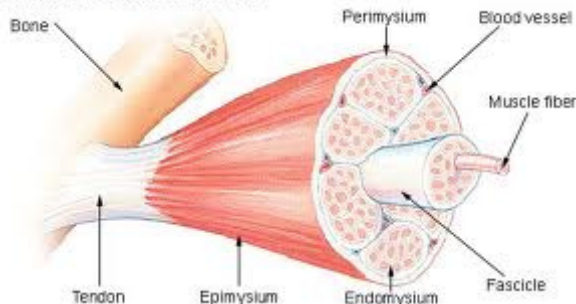
La nécessité d'articulation solide et souple ne conçoit facilement «La médecine de sport étant avant tout la médecine de l'homme sain en mouvement» **Constant Roux (2)**.

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

4. Le système 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 carbones ou des graisses d'origines alimentaires.

Structure of a Skeletal Muscle



L'adénine 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 contraction musculaire que pendant une brève durée. Seule la synthèse rapide d'ATP permet une activité sportive soutenue. Cette re-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 (6).

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

- a. La première source représentée par l'ATP immédiatement disponible dans le muscle sous forme de réserve. Cette quantité de l'énergie entièrement limitée ne permet pas de maintenir une contraction musculaire maximum que pendant une demi-seconde.
- b. La deuxième source d'ATP est représentée par la présynthèse instantanée à partir de la créatine phosphate et de l'ADP.

Elle permet le maintien de la concentration 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.

- c. La troisième source d'ATP est représentée par la présynthèse à partir de la glycogénèse. Celle-ci correspond à la décomposition du glycogène musculaire en acide pyruvique, puis n'y a pas d'oxygène en acide lactique. Ce processus prolonge la facilité de contraction du

muscle jusqu'à ce que l'accumulation d'acide lactique arrête son fonctionnement **(12)**.

Le processus aérobie et anaérobie de la contraction musculaire peut 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 aérobie fournit deux **(2)** moles d'ATP pour une **(1)** mole de pyruvate métabolisé en acide pyruvique, puis en acide lactique.

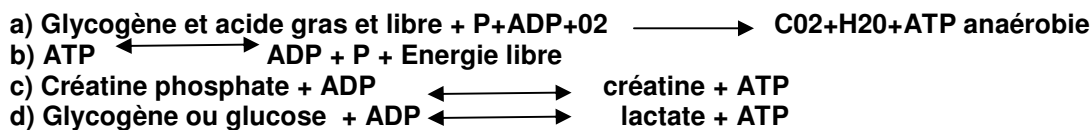
Lorsque ce dernier n'est pas formé, il se forme six (6) moles d'ATP supplémentaires et l'entrée de l'acide pyruvique dans le cycle de KREBS fournit en plus trente moles d'ATP.

L'énergie pour la voie aérobie est donc 18 fois plus grande que celle fournie par la voie anaérobie.

L'énergie totale apportée au système utilisant les voies aérobiques et anaérobiques est de 38 moles d'ATP.

Astrand et Rodahl résument ainsi la principale étape de l'échange d'énergie dans les cellules musculaires.

Production aérobie de l'énergie :



Dans cette représentation schématique aussi bien l'aspect quantitatif des processus est négligé. On note qu'au niveau du muscle seul les réactions **b**, **c** et **d** sont réversibles.

Ainsi donc, la réalisation des 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 football. Le système nerveux est à la base de toutes les qualités neuromusculaires et psychomotrices. En football et en athlétisme (basket et autres) la qualité du recueil des informations sensibles (proprioceptives et extéroceptives) et sensorielles ainsi que la qualité des réponses motrices sont prépondérantes en compétition.

IV. DEFINITION DE QUELQUES PATHOLOGIES TRAUMATIQUES DU SPORTIF

1. Les lésions musculaires

- a. La contusion** : on appelle contusion l'ensemble des lésions produites par un choc brutal sur les téguments entraînant une attrition des Tissus sans qu'il ait une plaie.
- b. Le cloquage ou déchirure partielle des fibres musculaires** : c'est la rupture de quelques fibres musculaires avec rétraction de celle-ci sans atteinte de l'intégrité anatomique du muscle, les lésions histologiques sont patentes.
- c. 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.
- d. Le crampe** : c'est une contraction soudaine, intense, douloureuse, transitoire et spontanée d'un muscle de durée variable et toujours résolutive. Théoriquement il n'y a pas d'atteinte anatomique de la fibre musculaire.
- e. La contracture** : c'est une contraction douloureuse, permanente inconsciente et involontaire d'une partie de tout le muscle ou de plusieurs qui ne diminue pas avec le repos et crée une limitation douloureuse du mouvement. Théoriquement elle est sans lésion anatomique.
- f. Elongation musculaire** : désorganisation macromoléculaire de la myofibrille sans lésions histologique de la cellule.

2. Les lésions ostéo – articulaires :

- a. L'entorse** : ce sont des lésions articulaires consécutives à un déboîtement incomplet et passager. L'entorse est de mécanisme toujours indirect et de rencontre au niveau de toutes les articulations et plus particulièrement au niveau de la cheville, de l'épaule et du genou.
- b. La luxation** : c'est une lésion articulaire dans laquelle il y a toujours un déboîtement complet et permanent, ce déboîtement persiste jusqu'au geste thérapeutique.
- c. La fracture** : c'est la rupture traumatique ou spontanée de la continuité d'un os.

3. Les autres lésions

- a. Hydarthrose** : c'est un épanchement liquidien sérieux dans une articulation lié à une inflammation de la synoviale.
- b. La plaie** : c'est une solution de continuité au niveau du recouvrement cutané ou au niveau de la peau.
- c. La tendinite** : c'est une inflammation d'un tendon et d'origine traumatique ou rhumatismale.

V. DEFINITIONS DES PATHOLOGIES INFECTIEUSES DIAGNOSTIQUES AU COURS DE LA SAISON

1. **Le paludisme** : c'est une maladie fébrile parasitaire endémique et cosmopolite due à un protozoaire sporozoaire hémospordie du genre plasmodium (espèce P. falciparum, P. vivax, P.ovalé, P. malaria) transmise par la piqûre de la femelle hématophage d'un moustique du genre Anophèle (19).
2. **La carie dentaire** : c'est une maladie infectieuse qui attaque les tissus durs de la dent. Elle les ramollit puis les détruit.
3. **Panaris** : c'est une infection aigue des doigts quel que soient sa nature et son mode de propagation pouvant atteindre tous les éléments consécutifs du doigt.
4. **Le Furoncle** : c'est une inflammation cutanée circonscrite due le plus souvent au staphylocoque doré débutant au niveau d'un appareil pulosebacé.
5. **La grippe** : c'est une maladie infectieuse et contagieuse due au Myxovirus influence A, B et C évoluant sous la forme de grandes pandémies entrecoupées de petites épidémies saisonnières localisées et dont la gravité varie en fonction de l'épidémiologie.
6. **La bronchite aigue** : c'est une inflammation aigue des bronches et/ou des bronchioles d'origine infectieuse le plus souvent virale rarement bactérienne.
7. **L'épistaxis** : c'est une hémorragie en provenance du nez.
8. **L'angine** : c'est une inflammation aigue de l'oropharynx secondaire à l'inhalation de microorganismes viraux ou bactériens.
9. **La fièvre typhoïde** : c'est une infection provoquée par les Salmonella typhi et paratyphi A et B.

3^{ème} Partie

MATERIELS ET METHODES

1. Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le district de Bamako. Les joueurs ont été suivis sur leur terrain d'entraînement au complexe sportif de Niamakoro et pendant leur déplacement au cours des matchs amicaux ou du championnat dans les différentes communes de Bamako. Tous les cas de traumatisme ont été traités sur le terrain d'entraînement, de compétition et les pathologies infectieuses à ANIASCO.

▪ **Situation géographique du terrain :**

Le terrain se trouve dans l'enceinte du complexe sportif limité

- Au nord par la route nationale 30 mètres
- Au sud par la zone aéroportuaire
- A l'est par la mosquée « Sunnite » et Faladié
- A l'ouest par l'ANIASCO et le nouveau marché

▪ **Les infrastructures d'AS Djiki :**

Un terrain d'entraînement non gazonné

▪ **L'administration se compose comme suite :**

- Un président
- Deux vices présidents

- Un secrétaire général
- Un trésorier
- Un membre d'organisation
- Un commissaire aux comptes
- Des responsables disciplinaires

2 .La commission de santé

Elle était constituée par un infirmier prescripteur et un aide soignant

3. Les entraîneurs

Deux entraîneurs techniques et deux préparateurs physiques (un pour les seniors et espoirs et un pour juniors et cadets)

4. Les joueurs :

Au nombre de 45(seniors, juniors cadets) tous amateurs

5. Les activités :

Football masculin

6. type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective portant sur les footballeurs de deuxième division de la commune VI de Bamako

7. Période d'étude :

Notre étude a couvert une saison sportive de 7 mois de février 2009 à Août 2009

8. Population d'étude :

Les 45 footballeurs de sexe masculin qui ont joués dans l'équipe junior et senior du club de deuxième division de la commune VI ont constitués notre population d'étude.

9. Echantillonnage

Notre échantillonnage était exhaustif et a porté sur les 45 footballeurs :

- **critères d'inclusion** : ont été inclus dans notre étude tous les footballeurs qui ont eu une licence en cours de validité et suivi les entraînements ;
- **critères de non inclusion** : n'ont pas été inclus dans cette étude les lésions traumatiques survenues en dehors des séances d'entraînement ou de match de compétition.

10. Entraînement

Les entraînements se déroulaient du lundi au vendredi de 16h à 18h30.

11. Compétition

Les compétitions se déroulaient pour la plupart les samedis et exceptionnellement les autres jours

12. Support des données :

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

- interrogatoire des joueurs
- examen clinique du joueur
- examen complémentaire
- voir annexe

13. Collecte des données

Elle a été effectuée en suivant les joueurs de ce club tous les jours pendant toute la saison. Tous les cas étaient consignés dans le registre élaboré pour la circonstance

14. ASPECTS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES

Les dirigeants étaient informés de l'intérêt et de l'objectif de l'étude. Les consentements éclairés de chaque joueur ont été recherchés et obtenus avant de remplir la fiche d'enquête, la confidentialité a été garantie

15. Traitement et analyse des données

Les données ont été saisies sur Microsoft Word Excel

Le traitement et l'analyse ont été réalisés sur EPI info. Version 6

4^{ème} Partie

RESULTATS

I. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Tableau I : Répartition des joueurs selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Nombre	%
12 -16	16	35,56
17 - 21	26	57,78
22 - 26	2	4,44
27 - 31	1	2,22
Total	45	100

La tranche d'âge de 17-21 ans a été la plus représentée avec 57,78% avec des âges extrêmes allant de 15 à 28 et une moyenne d'âge de 17,67 ans.

Tableau II : Répartition des joueurs selon leur principale activité

Activités	Nombres	%
Elève	18	40
Etudiant	12	26, 27
Commerçant	6	13, 33
Soudeur	2	4, 44
Ouvrier	2	4, 44
Tailleur	2	4, 44
Boulangier	1	2, 22
Photographe	1	2, 22
Enseignant	1	2, 22
Total	45	100

Les élèves ont été les plus nombreux avec 40% suivi des étudiants 26, 67%.

Tableau III : Répartition des joueurs selon le niveau d'instruction

Niveau	Nombres	%
Primaire	26	57,78
Secondaire	8	17,78
Illétré	6	13, 33
Supérieur	5	11,11
Total	45	100

Dans cette équipe les joueurs qui avaient un niveau d'étude primaire étaient les plus nombreux avec 57,78%.

Tableau IV : Répartition des joueurs selon le poste occupé

Poste	Nombres	%
Milieu	12	26,67
Attaquant	10	22,22
Défenseur	9	20
Latéral	6	13,33
Gardien	4	8,8
Ailier	4	8,89
Total	45	100

Les milieux de terrain ont été les plus nombreux avec 12 joueurs suivis des attaquants avec 10 joueurs avec respectivement 26,67 % et 22,22 %.

Tableau V : Répartition des joueurs selon le nombre d'année de compétition

Nombres années	Effectifs	Pourcents
2	23	51,11
1	16	35,56
3	4	8,89
4	2	4,44
Total	45	100

Les joueurs qui étaient à leurs deuxièmes années de compétition ont été les plus nombreux avec 51,11%

II. LES ASPECTS CLINIQUES

Tableau 1 : Accidents sportifs rencontrés au cours du mois de février et leur prise en charge

Date	Identité	Lésion	Traitement	Evolution
05	Joueur n°16	Plaie	Pansement ATB	Bonne au bout de 7 jours
05	Joueur n°10	Contusion	La glace AINS antalgique	Bonne au bout de 7 jours
05	Joueur n°8	Entorse	Réduction, bandage, AINS, antalgique	Bonne au bout de 14 jours
05	Joueur n°10	Entorse	Réduction, bandage, antalgique, AINS	Bonne au bout de 14 jours
08	Joueur n°11	Epistaxis	Tamponnement ATB	Bonne au bout de 7 jours
08	Joueur n°1	Contusion	La glace, AINS antalgique	Bonne au bout de 7 jours
08	Joueur n°15	Contracture abominable	La glace	Bonne au bout de 7 jours
21	Joueur n°10	Contusion	La glace, AINS antalgique	Bonne au bout de 7 jours
21	Joueur n°12	Plaie	Pansement, ATB	Bonne au bout de 7 jours
21	Joueur n°9	Entorse	Réduction, bandage antalgique, AINS	Bonne au bout de 14 jours
26	Joueur n°9	Contusion	La glace, antalgique AINS	Bonne au bout de 7 jours
26	Joueur n°1	Plaie	Pansement ATB	Bonne au bout de 7 jours
26	Joueur n°9	Plaie	Pansement ATB	Bonne au bout de 7 jours
28	Joueur n°15	Contusion	La glace, AINS, antalgique	Bonne au bout de 7 jours

Au cours du mois de Février nous avons enregistré 14 accidents sportifs composés de 5 cas de contusion, 4 cas de plaie, 3 cas d'entorse, 1 cas d'épistaxis, 1 cas de contracture abdominale. Tous les cas ont nécessité 7 jours de récupération à part l'entorse 14 jours.

Tableau 2 : Pathologies infectieuses diagnostiquées au cours du mois de Février et leur prise en charge.

Date	Identité	Nature de la pathologie	Traitement	Evolution
05	Joueur N° 13	Le syndrome grippal	As ;pheniramine acide ascorbique AINS	Bonne au bout de 7 jours
08	Joueur N° 3	La carie dentaire	ATB, AINS antalgique	Bonne au bout de 14 jours
21	Joueur N° 14	Le syndrome palustre	Antipaludique, antalgique	Bonne au bout de 14 jours
26	Joueur N° 4	Le syndrome palustre	Antipaludique, antalgique	Bonne au bout de 14 jours
26	Joueur N° 15	La fièvre typhoïde	ATB antalgique	Bonne au bout de 14 jours
28	Joueur N° 2	Le furoncle du bras	ATB antalgique	Bonne au bout de 21jours
28	Joueur N° 10	Le syndrome grippal	As ; pheniramine,acide ascorbique,AINS	Bonne au bout de 7 jours

Au cours du mois de Février 7 cas de maladies infectieuses ont été diagnostiqués. Ces cas comprenaient 2 cas de syndrome grippal, 2 cas de syndrome palustre, 1 cas de carie dentaire, 1 cas de Fièvre Typhoïde et 1 cas de Furoncle. Chaque cas a été traité conformément à son étiologie et à sa gravité.

Tableau 3 : Accidents sportifs rencontrés au cours du mois de Mars et leur prise en charge.

Date	Identité	Nature de la pathologie	Traitement	Evolution
07	Joueur N° 12	Plaie	Pansement ATB	Bonne au bout de 7 jours
07	Joueur N° 9	Contusion	La glace, antalgique AINS	Bonne au bout de 7 jours
07	Joueur N° 12	Plaie	Pansement ATB	Bonne au bout de 7 jours
07	Joueur N° 1	Contusion	La glace, AINS antalgique	Bonne au bout de 7 jours
12	Joueur N° 12	Plaie	Pansement ATB	Bonne au bout de 7 jours
12	Joueur N° 3	Contusion	La glace, antalgique AINS	Bonne au bout de 7 jours
12	Joueur N° 9	Entorse	Réduction, bandage, AINS, antalgique	Bonne au bout de 14 jours
12	Joueur N° 3	Crampe musculaire	La glace, antalgique	Bonne au bout de 7 jours
14	Joueur N° 9	Entorse	Réduction, bandage, antalgique, AINS	Bonne au bout de 14 jours
14	Joueur N° 10	Contusion	La glace, antalgique AINS	Bonne au bout de 7 jours
19	Joueur N° 12	Plaie	Pansement ATB	Bonne au bout de 7 jours
21	Joueur N° 12	Contusion	La glace, antalgique AINS	Bonne au bout de 7 jours
21	Joueur N° 11	Plaie	Pansement ATB	Bonne au bout de 7 jours
21	Joueur N° 16	Entorse	Réduction, bandage,	Bonne au bout de 14

			AINS, antalgique	jours
21	Joueur N°9	Contusion	Glace antalgique AINS	Bonne au bout de 7 jours

AU cours du mois de Mars nous avons enregistré 15 cas d'accidents sportifs dont 6 cas de contusion 5 cas de plaie, 3 cas d'entorse, et 1 cas de crampe ; tous ces cas ont nécessité 7 jours de récupération à part l'entorse dont 14 jours.

Tableau 4 : Pathologies infectieuses rencontrées au cours du mois de Mars et leur prise en charge.

Date	Identité	Nature de la pathologie	Traitement	Evolution
07	Joueur N° 16	Le syndrome grippal	As ;pheniramine,acide ascorbique,AINS	Bonne au bout de 7 jours
14	Joueur N° 1	Le syndrome palustre	Antipaludique, antalgique	Bonne au bout de 14 jours
14	Joueur N° 7	Le panaris de l'index	ATB, antalgique	Bonne au bout de 28 jours
21	Joueur N° 6	La bronchite aigue	ATB, antitussif	Bonne au bout de 14 jours
28	Joueur N° 8	Le furoncle de la cuisse	ATB, antalgique	Bonne au bout de 21 jours
28	Joueur N° 2	Le syndrome palustre	Antipaludique, antalgique	Bonne au bout de 14 jours

Au cours du mois de mars nous avons diagnostiqués 6 cas de pathologies infectieuses. Ces cas comprenaient : 2 cas de syndrome palustre, 1 cas de syndrome grippal, 1 cas de panaris, 1 cas de bronchite aigue et 1 cas de Furoncle. Ces cas ont été traités conformément à son étiologie et à sa gravité.

Tableau 5 : Accidents sportifs rencontrés au cours du mois d'Avril et leur prise en charge

Date	Identité	Lésion	Traitement	Evolution
04	Joueur N° 15	Contracture abdominale	glace	Bonne au bout de 7 jours
04	Joueur N° 18	Contusion	Glace, AINS antalgique	Bonne au bout de 7 jours
04	Joueur N° 11	Entorse	Réduction bandage antalgique AINS	Bonne au bout de 14 jours
04	Joueur N°12	Plaie	Pansement ATB	Bonne au bout de 7 jours
11	Joueur N°7	Luxation récidivante de l'épaule	Réduction Bandage AINS antalgique	Bonne au bout de 7 jours
11	Joueur N°13	Contusion	Glace AINS antalgique	Bonne au bout de 7 jours
16	Joueur N°12	Plaie	Pansement ATB	Bonne au bout de 7 jours
16	Joueur N° 3	Contusion	Glace antalgique, AINS	Bonne au bout de 7 jours
16	Joueur N° 17	Contusion	Glace antalgique, AINS	Bonne au bout de 7 jours
18	Joueur N°1	Entorse	Réduction Bandage AINS, antalgique	Bonne au bout de 14 jours
18	Joueur N°8	Crampe musculaire	Glace, antalgique	Bonne au bout de 7 jours
25	Joueur N°9	Entorse	Réduction Bandage AINS antalgique	Bonne au bout de 14 jours

25	Joueur N°12	Plaie	Pansement ATB	Bonne au bout de 7 jours
25	Joueur N°7	Luxation récidivante de l'épaule	Réduction Bandage AINS antalgique	Bonne au bout de 7 jours
30	Joueur N°15	Contusion	Glace, AINS antalgique	Bonne au bout de 7 jours
30	Joueur N° 12	Plaie	Pansement, ATB	Bonne au bout de 7 jours

Sur les 16 cas d'accidents sportifs rencontrés au cours du mois d'avril, nous avons 5 cas de contusion, 3 cas d'entorse, 3 cas de plaie, 2 cas de luxation, 1 cas de crampe et 1 cas de contracture abdominale. Seul les entorses ont nécessité 14 jours de récupération les autres 7 jours

Tableau 6 : pathologies infectieuses rencontrées au cours du mois d'Avril et leur prise en charge.

Date	Identité	Nature de la pathologie	Traitement	Evolution
04	Joueur N°8	Le syndrome grippal	As pheniramine,acide ascorbique,AINS	Bonne au bout de 7 jours
04	Joueur N°1	Le syndrome grippal	As ;pheniramine,acide ascorbique,AINS	Bonne au bout de 7 jours
11	Joueur N°8	Le furoncle de la tête	ATB, antalgique	Bonne au bout de 21 jours
11	Joueur N°14	Le furoncle de la cuisse	ATB, antalgique	Bonne au bout de 21 jours
30	Joueur N°9	Angine de gorge	ATB, AINS antalgique	Bonne au bout de 21 jours

Au cours du mois d'avril 5 cas de maladies infectieuses ont été diagnostiqués à savoir 2 cas de syndrome grippal, 2cas de furoncle et 1cas d'angine chaque cas a été traité conformément a son étiologie et à sa gravité

Tableau 7 : Accidents sportifs rencontrés au cours du mois Mai et leur prise en charge.

Date	Identité	Nature de la pathologie	Traitement	Evolution
09	Joueur N°22	Plaie	Pansement, ATB	Bonne au bout de 7 jours
09	Joueur N°13	Plaie	Pansement, ATB	Bonne au bout de 7 jours
09	Joueur N°4	Contusion	Glace, AINS, antalgique	Bonne au bout de 7 jours
14	Joueur N°4	Plaie	Pansement, ATB	Bonne au bout de 7 jours
14	Joueurs N°14	Entorse	Réduction, Bandage antalgique, AINS	Bonne au bout de 14 jours
14	Joueurs N°2	Contusion	Glace, antalgique, AINS	Bonne au bout de 7 jours
14	Joueurs N°1	Contusion	Glace, antalgique, AINS	Bonne au bout de 7 jours
16	Joueurs N°12	Plaie	Pansement, ATB	Bonne au bout de 7 jours
16	Joueurs N°2	Crampe musculaire	Glace, bandage	Bonne au bout de 7 jours
23	Joueurs N°15	Contusion	Glace, antalgique, AINS	Bonne au bout de 7 jours
23	Joueurs N°10	Entorse	Réduction, bandage, antalgique, AINS	Bonne au bout de 14 jours
30	Joueurs N°14	Entorse	Réduction, bandage, antalgique, AINS	Bonne au bout de 14 jours
30	Joueurs N°7	Luxation récidivante de l'épaule	Réduction, bandage, antalgique, AINS	Bonne au bout de 7 jours

Au cours du mois de Mai nous avons enregistré 13 cas d'accidents sportifs dont 4 cas de contusion, 4 cas de plaie, 3 cas d'entorse ; 1 cas de crampe et 1 cas de luxation récidivante.

Seul l'entorse a nécessité 14 jours de récupération ; les autres 7 jours.

Tableau 8 : Pathologies infectieuses rencontrées au cours du mois de Mai et leur prise en charge.

Date	Identité	Nature de la pathologie	Traitement	Evolution
09	Joueur N°6	Le panaris de l'index	Incision, pansement ATB, Antalgique	Bonne au bout de 28 jours
14	Joueur N°10	Le syndrome grippal	As ;pheniramine,acide ascorbique,AINS	Bonne au bout de 7 jours
				Bonne au bout de

23	Joueur N°22	Le Furoncle de la tête	ATB, antalgique	21 jours
----	-------------	------------------------	-----------------	----------

Au cours du mois de mai 3 cas de maladies infectieuses ont été diagnostiqués, à savoir 1 cas de furoncle, 1 cas de panaris et 1 cas de syndrome grippal. Chaque cas a été traité conformément à son étiologie et à sa gravité.

Tableau 9 : accidents sportifs rencontrés au cours du mois de juin et leur prise en charge.

Date	Identité	Lésion	Traitement	Evolution
06	Joueur N° 10	Contusion	Glace antalgique AINS	Bonne au bout de 7 jours
06	Joueur N° 10	Plaie	Pansement ATB	Bonne au bout de 7 jours
06	Joueur N° 5	Entorse	Réduction bandage antalgique AINS	Bonne au bout de 14 jours
13	Joueur N° 3	Plaie	Pansement ATB	Bonne au bout de 7 jours
13	Joueur N° 8	Entorse	Réduction bandage antalgique AINS	Bonne au bout de 14 jours
13	Joueur N° 11	Contusion	Glace antalgique AINS	Bonne au bout de 7 jours
20	Joueur N° 3	Plaie	Pansement ATB	Bonne au bout de 7 jours
20	Joueur N° 12	Contusion	Glace antalgique AINS	Bonne au bout de 7 jours

Au cours du mois de juin nous avons enregistré 8 cas d'accidents sportifs, dont 3 cas de contusion, 3 cas de plaie et 2 cas d'entorse. Ces cas ont nécessité 7 jours de récupération à l'exception des entorses dont 14 jours.

Tableau 10 : Pathologies infectieuses rencontrées au cours du mois de juin et leur prise en charge

Date	Identité	Nature de la pathologie	Traitement	Evolution
06	Joueur N°11	Le syndrome palustre	Antipaludique antalgique	Bonne au bout de 14 jours
13	Joueur N°18	Le syndrome palustre	Antipaludique antalgique	Bonne au bout de 14 jours
20	Joueur N°9	Le syndrome grippal	As ;pheniramine acide ascorbique AINS	Bonne au bout de 7 jours

Au cours du mois de juin nous avons diagnostiqués 2 cas de syndrome palustre et 1 cas de syndrome grippal. Chaque cas a été traité conformément a son étiologie et à sa gravité.

Tableau 11 : Accidents sportifs rencontrés au cours du mois de juillet et leur prise en charge

Date	Identité	Lésion	Traitement	Evolution
04	Joueur n°5	Plaie	Pansement ATB	Bonne au bout de 7 jours
04	Joueur n°10	Contusion	Glace antalgique, AINS	Bonne au bout de 7 jours
04	Joueur n°9	Contusion	Glace antalgique, AINS	Bonne au bout de 7 jours
04	Joueur n°12	Epistaxis	Tamponnement ATB	Bonne au bout de 7 jours
11	Joueur n°8	Entorse	Réduction, Bandage antalgique, AINS	Bonne au bout de 14 jours
11	Joueur n°9	Plaie	Pansement ATB	Bonne au bout de 7 jours
11	Joueur n°9	Entorse	Réduction, Bandage antalgique, AINS	Bonne au bout de 14 jours
18	Joueur n°1	Contusion	Glace antalgique, AINS	Bonne au bout de 7 jours
18	Joueur n°12	Plaie	Pansement ATB	Bonne au bout de 7 jours

Au cours du mois de juillet 9 cas d'accidents sportifs ont été enregistré parmi les cas on a 3 cas de contusion, 3 cas de plaie, 2 cas d'entorse, 1 cas d'épistaxis,seul l'entorse a nécessité 14 jours de récupération les autres 7 jours ont suffis.

Tableau 12 : Pathologies infectieuses rencontrées au cours du mois de juillet et leur prise en charge

Date	Identité	Nature de la pathologie	Traitement	Evolution
04	Joueur n°17	La carie dentaire	ATB antalgique AINS	Bonne au bout de 21 jours
18	Joueur n°11	Le syndrome palustre	Antipaludique antalgique	Bonne au bout de 14 jours
18	Joueur n°18	Le syndrome palustre	Antipaludique antalgique	Bonne au bout de 14 jours

Au cours du mois de juillet nous avons diagnostiqué 3 cas de maladies infectieuses dont 2 cas de syndrome palustre et 1 cas de carie dentaire. Chaque cas a été traité conformément à son étiologie et à sa gravité.

Tableau 13 : Accidents sportifs rencontrés au cours du mois d'août et leur prise en charge

Date	Identité	Lésion	Traitement	Evolution
01	Joueur n°16	Contusion	Glace antalgique, AINS	Bonne au bout de 7 jours
01	Joueur n°1	Plaie	Pansement ATB	Bonne au bout de 7 jours
13	Joueur n°7	Luxation récidivante de l'épaule	Réduction, Bandage antalgique, AINS	Bonne au bout de 7 jours
15	Joueur n°9	Entorse	Réduction, Bandage antalgique, AINS	Bonne au bout de 14 jours
15	Joueur n°10	Contusion	Glace antalgique, AINS	Bonne au bout de 14 jours
22	Joueur n°5	Contusion	Glace antalgique, AINS	Bonne au bout de 7 jours

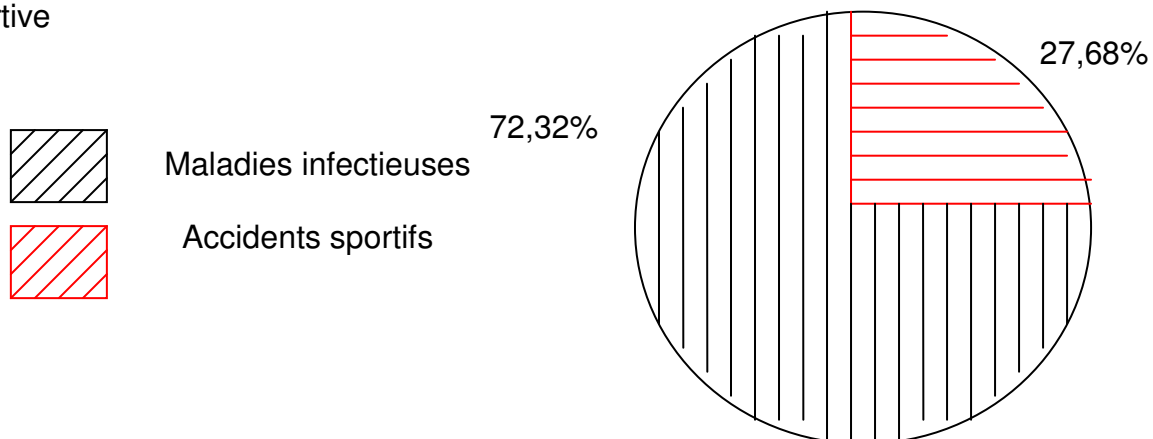
Au cours du mois d'août nous avons enregistré 6 cas d'accidents sportifs dont 3 cas de contusion, 1 cas de plaie, 1 cas d'entorse et 1 cas de luxation récidivante. Tous les cas ont nécessité 7 jours de récupération à l'exception des entorses dont 14 jours.

Tableaux 14 : Pathologies infectieuses rencontrées au cours du mois d'août et leur prise en charge

Date	Identité	Lésion	Traitement	Evolution
13	Joueur n°12	Le syndrome grippal	As ;pheniramine acide ascorbique AINS	Bonne au bout de 7 jours
13	Joueur n°15	Le syndrome palustre	Antipaludique antalgique	Bonne au bout de 14 jours
22	Joueur n°6	Le syndrome palustre	Antipaludique antalgique	Bonne au bout de 14 jours
22	Joueur n°17	Le syndrome palustre	Antipaludique antalgique	Bonne au bout de 14 jours

Au cours du mois d'août nous avons diagnostiqué 3 cas de syndrome palustre et 1 cas de syndrome grippal. Chaque cas a été traité conformément à son étiologie et à sa gravité.

Figure 1 : Fréquence totale des pathologies diagnostiquées au cours de la saison sportive



Les accidents sportifs ont été les plus fréquents avec 72,32%.

Tableau 15 : Fréquence des accidents sportifs au cours de la saison selon la nature

Type	Nombre de cas	%
Contusion	29	35,80
Plaie	24	29,63
Entorse	17	20,98
Luxation récidivante	4	4,94
Crampe musculaire	3	3,70
Epistaxis	2	2,47
Contracture abdominale	2	2,47
Total	81	100

Au cours de la saison 81 cas d'accidents sportifs ont été diagnostiqués. Les contusions ont été les plus représentées avec 29 cas soit 35,80%

Tableau 16 : Fréquence des lésions traumatiques au cours de la saison selon le siège

Type	Nombre de cas	%
Les membres inférieurs	48	59,26
Les membres supérieurs	15	18,52
La tête	8	9,88
Le tronc	6	7,41
L'épaule	4	4,94
Total	81	100

Les membres inférieurs et les membres supérieurs étaient les sièges les plus fréquents de lésions traumatiques avec respectivement 59,26% et 18,52%.

Tableau 17 : Fréquence des maladies infectieuses au cours de la saison sportive

Type	Nombre de cas	%
Le paludisme	11	35,48
La grippe	8	25,81
Le furoncle	5	16,13
Le panaris	2	6,45
La carie dentaire	2	6,45
La fièvre typhoïde	1	3,23
La bronchite aiguë	1	3,23
L'angine de gorge	1	3,23
Total	31	100

Sur les 31 cas de maladies infectieuses, le paludisme occupe la première place avec 35,48

Tableau 18 : Répartition des pathologies diagnostiquées au cours de la saison selon le poste

Poste	Accident sportif	Maladie infectieuse
Attaquant	24	7
Défenseur	20	7
Gardien	16	3
Milieu	11	8
Latéral	8	6
Ailier	2	1
Total	81	31

Les attaquants étaient les plus touchés

Tableau 19 : Répartition selon la méthode thérapeutique

Type de traitement	Nombre de cas	%
médical	108	96,43
chirurgical	4	3,57
TOTAL	112	100

La majorité des pathologies a nécessité un traitement médical soit 96,43 %

Tableau 20 : Répartition selon l'évolution au cours de la saison

Evolution	Nombre de cas	%
Bonne au bout de 7 jours	72	64,29
Bonne au bout de 14 jours	32	28,57
Bonne au bout de 21 jours	6	5,36
Bonne au bout de 28 jours	2	1,79
Total	112	100

Parmi les 112 cas de pathologies diagnostiquées 72 cas ont eu une bonne évolution au bout de 7 jours soit 64,29%.

Tableau 21 : Répartition des lésions selon le type de matchs

Type de matchs	Nombre de cas	%
Entraînement	53	65,43
compétition	28	34,57
Total	81	100

Plus de la moitié des lésions sont survenues lors des matchs d'entraînement soit 65,43 %.

5^{ème} Partie

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

I. Caractéristiques socio-demographiques

1, L'age

La tranche d'âge de 17 – 21 ans était la plus représentée avec une moyenne d'âge de 17,67% ans nous pensons que c'est le moment idéal pour battre le record ; alors que chez Traoré. W la moyenne d'âge était de 22,52 ans pour les joueurs de deuxième division. A cet âge les joueurs manquent de technicité de maîtrise et peu d'expérience pour évoluer en première division.

2. Les activités

Notre équipe était constituée pour la plupart d'élèves (40 %) suivis des étudiants (13,33 %), ce même constat a été fait par Traoré W aussi **(11)**.

Il s'agissait d'une équipe en majorité à leur deuxième année de compétition. Le plus grand nombre d'élèves pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes s'adonnent beaucoup au football que les autres disciplines.

3. Les Niveau d'instructions

L'équipe était constituée en majorité des joueurs ayant un niveau d'étude primaire, ce qui nous semble un niveau bas car nous estimons que le sport nécessite un certain niveau d'intellectuel pour une plus grande et rapide compréhension ainsi que l'assimilation des systèmes techniques et tactiques.

4. Le Poste occupé

Les milieux de Terrain étaient les plus nombreux avec 26,67% suivis des attaquants 22,22 %. Leur nombre élevé pourrait s'expliquer par l'importance et la remarquabilité de ces deux postes.

II. Aspects cliniques

Au cours de la saison 112 pathologies ont été diagnostiquées avec une prédominance des accidents sportifs.

La prise en charge de ces accidents était effectuée au sein du terrain donc nous étions confrontés à un problème d'asepsie.

Cependant les examens complémentaires demandés pour étayer nos diagnostics n'ont pas fait l'objet d'une attention de la part des dirigeants.

1. Les accidents sportifs

Au cours de la saison 81 accidents sportifs ont été rencontrés soit 72,32 %.

a. Selon la nature

Les contusions ont été les accidents les plus fréquemment rencontrés avec 34,57% suivis des plaies 25,93 % des entorses 20,98.

Beatrice Nanjui (15) ; J. Radineau (4) ont trouvé que les contusions étaient les plus fréquentes au cours de la pratique du sport ainsi que Keïta S (14) en 2005 qui trouve 51,1 %.

Ce taux élevé était du à la durée insuffisante de l'entraînement et à l'état délabrement du terrain.

b. Selon le siège

Les membres inférieurs étaient le siège le plus fréquent de la survenue des accidents sportifs avec 59,62 %. Ce même constat a été fait par Mariko BT (13) ; Genety et Coll (7) et Keïta S (14) qui trouvent respectivement 75,37 ; 90 % et 87,20 % d'atteinte des membres inférieurs. Le nombre élevé d'atteinte des membres inférieurs pourrait s'expliquer par leur sollicitation extrême ; à la tension intense et permanente à laquelle ils sont soumis et aussi au non port du protège – Tibia que lors des matchs de compétition.

c. Selon le type de matchs

Les lésions sont survenues aussi bien pendant les matchs d'entraînement que les matchs de compétition. Cependant elles ont été plus fréquentes pendant les entraînements avec 65,43 %. Chez Mariko B.T (13) elles étaient de 86,67 % et cela pour le football et basketball.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces matchs d'entraînement étaient beaucoup ambitieux pour ce faire connaître et être recruté pour les matchs de compétition.

2. Les pathologies infectieuses

a. Le paludisme

Au cours de la saison 11 cas de paludisme ont été diagnostiqués soit 35,48 % des maladies infectieuses .Chez traoré W elle était de 58,63% Ce taux élevé s'explique par le fait que Bamako était une zone holoendémique pour cette affection parasitaire et aussi par la non utilisation des moustiquaires (imprégnés ou non) par certains joueurs pour des problèmes socio-économiques (11). Cette pathologie est la première cause de consultation dans les formation sanitaire du Mali, elle baisse le rendement du sportif, cause l'absentéisme sur le terrain ; Ce taux élevé est en accord avec les chiffres nationaux, car selon le rapport du système local d'information sanitaire du Ministère de la santé le paludisme est responsable de 37,5% des motifs de consultation dans les services de santé

b. La grippe

Elle occupe la deuxième place des maladies infectieuses diagnostiquées au cours de la saison avec 25,81 %. Cette infection des voies respiratoires entraîne des rhinorrhées, des céphalées et de la fièvre.

Au delà du symptôme, la congestion nasale représente une gêne importante dans leur vie quotidienne sur le plan professionnel, social ou pour pratiquer un sport. Il est vraie que les pathologies des voies respiratoires sont très fréquentes chez les joueurs (18).

c. Le Furoncle

Avec 16,13 % des maladies infectieuses cette affection pulocebacé occupe une proportion non négligeable. Elle provoque une douleur lancinante empêchant le joueur de pratiquer le sport.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature des données comparatives

d. Le panaris

Deux cas de panaris ont été diagnostiqués soit 6,45% des maladies infectieuses. Cette affection dermobactérienne provoque une douleur pulsatile lancinante empêchant la pratique sportive.

e. La carie dentaire

Cette infection des tissus durs de la dent occupe aussi 6,45 % des maladies infectieuses. Elle provoque une douleur pulsatile et parfois une destruction partielle ou totale de la dent.

f. Les angines de gorge

Un cas d'angine a été diagnostiqué. Cette infection secondaire a l'inhalation des microorganismes viraux ou bactériens. Elle peut survenir souvent à la suite de l'augmentation de la virulence d'un germe saprophyte habituel de la cavité bucco-pharyngée sous l'influence de facteur favorisant : fatigue, stress, brusques variations climatiques.

Les étiologies virales sont nombreuses que les étiologies bactériennes.

g. La fièvre typhoïde

Un cas de fièvre typhoïde a été aussi diagnostiqué. C'est une maladie causée par les salmonelles transmise par la consommation des crudités donc nos joueurs n'étaient pas totalement épargnés.

h. La bronchite aiguë

Un de nos joueurs n'a pas échappé à cette maladie saisonnière responsable d'une desquamation de l'épithélium bronchique, d'un oedème du chorion d'une vasodilatation et d'une hypersécrétion du mucus. Elle est plus fréquente pendant la période de froid (16).

III. Traitement

Le coût du traitement était entièrement pris en charge par les dirigeants du club. Tous les cas ont été traités sur le terrain (entraînement et compétition) et ANIASCO. Ce qui veut dire une absence de cas grave pouvant nécessiter une consultation spéciale.

Mais pour des raisons économiques, les dirigeants du club n'achetaient pas les médicaments ou autres à temps voulu.

Il était dans notre souci de soulager les joueurs le plus vite que possible, les moyens modestes ont été utilisés telque :

L'absorption des médicaments

La glace en application

Le pansement

La réduction

Le massage

Et parfois le repos si nécessaire.

Quant au traitement chirurgical, il était indiqué dans quatre cas d'incision. Il n'y a pas eu de traitements traditionnels ou autres.

IV. Evolution

Elle a été satisfaisante dans l'ensemble dans la prise en charge des pathologies. Cela était dû à notre compétence ; détermination, disponibilité et aussi par la prise en charge rapide

La majorité des pathologies rencontrées ont eu une bonne évolution au bout d'une semaine. Quelques cas ont atteint quatre semaines de récupération cela était dû au fait que les médicaments n'étaient pas acheté à temps.

Mais en ce qui concerne l'évolution du club, l'équipe est reléguée de la deuxième division à la troisième division, cela a cause de la fréquence élevée du paludisme dont ont été victime nos brillants joueurs lors de la saison sportive.

6^{eme} Partie

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

I. CONCLUSION

Notre étude relative au suivi médical des footballeurs de l'association sportive Djiki de deuxième division de la commune VI du district de Bamako était une étude prospective de février à août 2009.

Cette équipe était constituée pour la plupart, des élèves avec une prédominance du niveau d'étude primaire. La majorité était à leur deuxième année de compétition 51,11%.

Au terme de notre étude les pathologies infectieuses étaient dominées par le paludisme avec 35,48% et les pathologies traumatiques dominées par la contusion soit 35,80 %.

Parmi les accidents sportifs nous avons rencontré les contusions 35,80%, les plaies 29,63%, les entorses 20,98 %, les luxations récidivante 4,94%, les crampes musculaires 3,70 %, l'épistaxis 2,47 % et la contracture abdominale 2,47 %.

Plus de la moitié de ces accidents sont survenus lors des matchs d'entraînement et dont la majorité a nécessité un traitement médical 96,43 %.

Le coût du traitement était entièrement pris en charge par les dirigeants du club mais ceux-ci pour des raisons économiques n'achetaient pas les médicaments ou autres à temps voulu.

Vu la fréquence et la diversité des pathologies rencontrées une équipe de deuxième division a nécessairement besoin d'un encadrement technique médical qualifié.

II. RECOMMANDATIONS

Nous recommandons :

Aux autorités

- De mieux promouvoir le football de 2^e (deuxième) division
- De créer les infrastructures modernes
- D'instaurer le demi-professionnalisme ou le professionnalisme en 2^e (deuxième) division
- De créer un centre médico-sportif.

Aux dirigeants des clubs

- De choisir des entraînements à la hauteur et assurer la formation continue
- De prendre toujours un encadrement technique médical et si possible qualifié
- D'améliorer l'équipement des sportifs

- Se soucier beaucoup plus de la santé des joueurs en prenant en charge rapidement et totalement les frais de traitement et les examens complémentaires.
- De doter tous les joueurs de l'équipe en moustiquaires imprégnés d'insecticide

Aux entraîneurs

- De prendre en compte le sportif et non la victoire
- De respecter les consignes de l'agent médical
- D'avoir un programme d'entraînement bien élaboré et adapté

Aux sportifs

- De respecter les consignes données par l'encadrement médical
- De faire prévaloir l'esprit sportif sur le terrain
- De mener une vie sportive saine et être ambitieux
- De chercher à s'instruire
- D'utiliser les moustiquaires imprégnés d'insecticide

A l'encadrement technique médical

- De chercher à se perfectionner
- De référer toujours les cas graves aux spécialistes
- D'éduquer et informer les pratiquants régulièrement

A la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS)

- De promouvoir le sport scolaire et universitaire

Au professeur de la médecine du sport

- De soumettre a la FMPOS puis au rectorat la création de C E S de médecine du sport

BIBLIOGRAPHIE

1. DAHC

Contribution à l'étude de la Traumatologie du sport en Côte d'Ivoire Médecine mémoire 1999

2. Diakité A

Profil physiologique dans le sport d'élite au Mali thèse de médecine 1999 -2000
N°114

3. Koné M

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

4. Rodin eau J Durey A

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

5. Guillet R Genety Guedj B

Journal revue édition 1984

6. CHRASTEK

L'influence du volleyball de compétition sur l'appareil locomoteur Médecine éducative physique sport 1964

7. Genety Y Guillet R

Abrégé de médecine du sport

Edition Masson 1984

8. Sangaré A

Suivi du sportif traumatisé Bamako. Thèse de médecine Bamako 1996

9. Barrault D

Le vaste champ de la médecine du sportif. Cinesiologie 2002

10. Koukolovski GM

Surveillance médicale des sportifs. Moscou 1975

11. Traoré W

Surveillance médicale des footballeurs de deuxième division de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine 2004-2005

12. Greon HLSI Coheng Kurland

Fortal myocardial infarction in marathon racing run of inters med

13. Marico B.T

Suivi des sportifs traumatisés des équipes de football et basketball thèse de médecine de Bamako 2007

14. Keïta S

Lésions musculaires traumatiques chez les footballeurs de sexe masculin de 1^{ère} division à Bamako

15. Nanjui Beatrice

Rééducation dans les lésions musculaires. Cours de formation continue en médecine du sport juin 2002

16. Diallo S

Cours de la bronchite médecine 2005.

17. Sidibe D.Y

Contribution à l'étude des profils alimentaire et physiologique des sportifs à Bamako, Thèse de pharmacie 2001-2002

18. Tchogovadge AV Boutchenko LD

Sportvanya Meditsina
Moscou 1984

19. Pichard E.J.B.J.D.B.M(2002) Malintrop Afrique

Fiche signalétique

Auteur : Seydou Sanamory Kanté

Titre : suivi médical des footballeurs de l'association sportive Djiki de deuxième division de la commune VI de Bamako

Thèse de Médecine

Année de Soutenance : 2009-2010

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie (FMPOS)

Secteur d'intérêt : médecine du sport.

Résumé :

Notre étude prospective de 7 mois (Février-Août 2009) qui a porté sur le suivi médical d'un effectif de 45 joueurs d'une équipe de football de deuxième division a permis d'établir le constat suivant :

- Notre équipe avait une population d'une moyenne d'âge 17, 64 ans
- Nos footballeurs avaient une expérience pratique compétitive de 2 ans
- Les élevés et les étudiants étaient les plus nombreux etc le niveau d'instruction était faible (57,78 % n'avaient que le niveau primaire)
- 112 cas de pathologies ont été diagnostiqués
- Les contusions (35,80 %) et les plaies (29, 63 %) ont été les accidents sportifs les plus fréquents.

- Les maladies infectieuses ont constituées 27, 68 % des pathologies étaient composées essentiellement de syndrome paludisme (35,48 %).
- L'évolution des différentes pathologies après traitement a été très satisfaisante sort 64,29 % des pathologies ont eu une bonne évolution au bout d'une semaine.

Mots Clés : Football, Sportif, Traumatique, Infectieuse, Evolution

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je juge, au nom de l'être 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 a aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

Je le jure