

**MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY**

**ELABORATION D'UN LIVRET POUR LA PREVENTION DES
BLESSURES CHEZ LE FOOTBALLEUR AMATEUR**

Rapport de travail écrit personnel
présenté par **Philippe ORLANDINI**
étudiant en 3^{ème} année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur-Kinésithérapeute
2001-2002

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	p 1
2. PRESENTATION DE LA DISCIPLINE.....	p 2
2.1. Rythme des amateurs	p 2
2.2. Rappels physiologiques sur l'effort.....	p 2-3
2.3. Composition de l'effort en football.....	p 3
3. LES PATHOLOGIES DU FOOTBALL.....	p 3
3.1. Généralités.....	p 3
3.2. Fréquence.....	p 3
3.2.1. Selon l'âge.....	p 3- 4
3.2.2. Selon la localisation.....	p 4
3.2.3. Selon la saison.....	p 4
3.2.4. Selon la période de jeu.....	p 5
3.2.5. Selon la charge d'entraînement.....	p 5
3.2.6. Selon la récupération.....	p 5
3.3. Répartition.....	p 5
3.3.1. Généralités.....	p 5
3.3.2. Les atteintes articulaires.....	p 5 à 10
3.3.3. Les atteintes musculaires.....	p 10-11
3.3.4. Les atteintes tendineuses.....	p 12-13
3.3.5. Les autres localisations.....	p 13
4. ELABORATION DU LIVRET.....	p 13
4.1. Généralités.....	p 13
4.2. Présentation du livret.....	p 13
4.2.1. Présentation générale.....	p 13-14
4.2.2. Organisation du livret.....	p 14
4.2.2.1. Pour une utilisation facile.....	p 14
4.2.2.2. Pour une plus grande compréhension.....	p 15
4.2.2.3. Plus attractif et plus aéré possible.....	p 15

4.3. Les différentes parties du livret.....	p 15
4.3.1. Les rappels anatomiques.....	p 15
4.3.2. Les localisations des blessures.....	p 16
4.3.3. Les cinq items.....	p 16
4.4. Intérêts du livret.....	p 16
4.4.1. Pour le masseur-kinésithérapeute.....	p 16
4.4.2. Pour le sportif	p 16
5. DISCUSSION.....	p 17
6. CONCLUSION.....	p 18

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE

RESUME

Le football est le sport le plus pratiqué en France. Si les joueurs professionnels bénéficient d'un suivi médical et paramédical des plus rigoureux , qu'en est-il chez les joueurs amateurs ?

Conscients des différences qu'il existe entre ces deux milieux , nous avons essayé , par l'intermédiaire de ce livret , d'informer les footballeurs sur les blessures et sur une bonne préparation à l'effort ; pour que le football reste un loisir et un plaisir...

MOTS CLES : PREVENTION

BLESSURES

LIVRET

1. INTRODUCTION

Avec plus de deux millions de licenciés, le football est l'un des sports, sinon le sport le plus pratiqué en France. Il couvre une large partie de la population puisqu'il peut être débuté dès l'âge de 6 ans (pour la catégorie « débutant ») et poursuivi jusqu'à 50 ans pour les vétérans . C'est un sport « pivot-contact » où les joueurs cherchent en permanence à maintenir leur équilibre dans des positions parfois traumatisantes pour les structures articulaires (muscles, tendons et ligaments). Les joueurs sont donc en proie à une grande variété de blessures, tant au niveau de la localisation que des tissus atteints.

Dans la plupart des cas, les entraîneurs, bien que volontaires, n'ont pas les bases nécessaires pour travailler correctement (la ligue de football n'exigeant aucun diplôme particulier pour entraîner jusqu'à un certain niveau.). De même, les footballeurs amateurs ne sont pas toujours sensibilisés en terme de préparation à ce qu'il faut faire et comment le faire. D'ailleurs, comme le souligne Volpi (22) : « dans le football amateur et davantage dans le milieu sportif amateur, les risques peuvent augmenter d'autant plus que les entraînements et les compétitions se déroulent sans critères et sans respecter les règles de prévention».

C'est donc dans une optique éducative et préventive que nous avons décidé d'élaborer ce livret. En effet, comme le stipule l'article 13 du décret des compétences : «selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement.»

2. Présentation de la discipline.

Un match de football est composé de 2 mi-temps de 45 minutes (min), séparées d'une période de repos de 15 min..

Un entraînement dure en moyenne 90 à 120 min..

2. 1. Rythme des amateurs.

La saison s'étale du mois d'août au mois de mai et se décompose en différentes étapes

(20) :

- une période préparatoire (5 à 6 semaines) où les joueurs construisent leur potentiel physique.
- Une première période compétitive (12 à 15 semaines) où les joueurs enchaînent 2 entraînements et un match par semaine.
- Une période micro-préparatoire (3 à 4 semaines) faisant suite à la trêve hivernale, où les joueurs se reconditionnent physiquement.
- Une deuxième période compétitive (identique, au point de vue du rythme, à la première).

2. 2. Rappels physiologiques sur l'effort.

Lors d'un effort, l'organisme dépense de l'énergie dont la provenance et la nature diffèrent suivant le type d'exercices. Ainsi pour un exercice très faible, le système alactique anaérobie couvrira les premières dépenses suivies de très près par le système aérobie. Pour un exercice modéré, les systèmes anaérobie alactique puis lactiques interviendront (avec latence du

système aérobie). Enfin, pour un exercice intense, les processus anaérobies seront largement dominants.

2.3. Composition de l'effort en football.(16)

Le football est un sport de mouvement et de contact où toutes les allures sont combinées. D'après Dufour, sur 90 min. de jeu, on compte environ 60 min. de jeu effectif ;sur ces 60 min., les joueurs, selon les postes, courent seulement 12 à 24 min.. Sur ce temps de course, on compte en moyenne 3 km de marche et 7 km de course. Ces 7 km de course se décomposent en 64 % de course lente aérobie, 24 % de course à allure moyenne anaérobie et 14 % de course de haute intensité.

Dufour nous montre par cette étude que le football est une discipline complète en matière de filière énergétique.

3. Les pathologies du football.

3.1. Généralités

Nous ferons ici une présentation des différentes pathologies à partir d'articles parus dans des revues médicales et paramédicales. Les pathologies propres à l'enfant (maladie d'Osgood-Schlater...) et celles spécifiques au gardien de but ne seront pas abordées.

3. 2. Fréquence

3.2.1. Selon l'âge.(21)

Comme nous l'avons vu précédemment , le football est un sport couvrant la majorité de la population. Cependant , il existe une inégalité de répartition , au point de vue des blessures,

selon les catégories. En effet , d'après l'étude de Gabard et al , le risque d'être blessé augmente avec l'âge. Il est de 0,42 % en poussin (âgés de 8 à 10 ans), de 7,25 % en junior (âgés de 18 à 20 ans) et de 11,3 % en sénior (à partir de 20 ans) ; le pourcentage diminuant ensuite à 4,5 % en vétéran.

3. 2. 2. Selon la localisation.(21)

Selon Volpi , le football est un sport entraînant des gestes spécifiques avec un engagement des « domaines inférieurs ». En effet , de nombreuses études montrent que les membres inférieurs sont les plus souvent touchés avec une prédominance pour le genou (25 %) et la cheville (21 %) .

3. 2. 3. Selon la saison.(21)

Il existe un risque accru de blessures pour:

- novembre-décembre et février-mars (en raison des conditions climatiques)
- mai (en fin de saison).

Une autre étude montre une prédominance des accidents par mauvais temps. En effet, on constate 12,8 accidents pour 100 matchs joués lorsque le temps est beau et 17,2 par mauvais temps.

3.2.4. Selon la période de jeu.(21)

Au cours d'un match , il a été établi que :

- 20 % des accidents survenaient entre la 20^{ème} et la 35^{ème} minute
- 17 % entre la 45^{ème} et la 50^{ème} minute.

3. 2. 5. Selon la charge d'entraînement.(21)

Ekstrand a montré que la charge d'entraînement avait son importance dans la survenue des blessures : suivant le niveau, plus elle est insuffisante, plus le risque de blessures est important. Cependant, une surcharge d'entraînement peut également nuire à l'organisme.

3. 2. 6. Selon la récupération.(20)

Saramito a montré que le nombre de blessures augmentait si les joueurs bénéficiaient d'une coupure estivale trop brève (donc d'une période de récupération écourtée). De même, une trêve hivernale plus courte permettait une diminution des blessures.

3. 3. Répartition.(20)

3. 3. 1. Généralités.

Les différentes études montrent une prédominance de l'atteinte des membres inférieurs (83%). Nous nous proposons donc d'en présenter un éventail en y incluant quelques rappels anatomiques et cinésiologiques.

3. 3. 2. Les atteintes articulaires

* le genou.

Le genou est un système de deux articulations (fémoro-tibiale qui est une bicondyloïde et fémoro-patellaire qui est une trochléenne) encroûtées de cartilage sur la face postérieure de la patella, sur la face supérieure des plateaux tibiaux et sur le pourtour des condyles fémoraux.(28 ; 35) Il a deux degrés de libertés en flexion-extension et en rotation (cette dernière n'étant possible que lorsque le genou est fléchi).

Du fait du faible emboîtement des surfaces articulaires, le genou dispose de différents moyens de stabilité actifs (quadriceps, ischio-jambiers, tenseur du fascia lata et muscles de la patte d'oie) et passifs (capsule articulaire, ménisques internes et externes, et ligaments). (35) C'est une articulation continuellement sollicitée au cours de la course par des efforts latéraux et d'autant plus fragilisée qu'elle se trouve en position de flexion. Sa stabilité sera remise en cause lorsque le genou ne pourra plus s'opposer aux efforts latéraux.

Le genou est donc l'articulation la plus touchée avec 25% des atteintes. Dans ces 25%, différents types de structures sont touchées (20):

→ le ligament croisé antérieur (LCA).

Le ligament croisé antérieur naît sur le versant antérieur de l'aire intercondyloire antérieure. Il a un trajet qui se rapproche de l'horizontal avec une direction en haut, en arrière et latéralement. Il se termine sur la partie postérieure de la face médiale du condyle latérale. Il est le principal frein de la translation antérieure du tibia sous le fémur et assure la stabilité antéro-postérieure et rotatoire du genou. Son état de tension varie avec la position de ce dernier. En effet, il limite :

- la rotation interne en s'enroulant autour du ligament croisé postérieur.
- L'hyperextension en se plaquant contre le plafond de l'échancrure.(28)
- La rotation externe du tibia en se plaquant contre la face interne du condyle externe.(28)

Certains faisceaux sont constamment tendus et assurent le contact permanent entre les surfaces articulaires.

Les mécanismes lésionnels principaux au niveau du football sont multiples et on retrouve :

- une frappe dans le vide où le ligament sera rompu par le bord antérieur du tibia.(20)
- un tackle par derrière entraînant le genou en hyperflexion.(20)
- une asynergie de contraction entre le quadriceps et les ischio-jambiers. (20)

→ Lésion méniscale.(20)

Au nombre de deux, un médial et un latéral, les ménisques sont des fibrocartilages semi-lunaires dont chaque corne est fixée sur le plateau tibial. Le ménisque médial offre une particularité anatomique puisqu'il a la forme d'un C très ouvert ;ce qui le rend plus fragile. (28 ; 35)

Les ménisques suivent exactement le déplacement des condyles sur les glènes lors des mouvements du genou grâce à des moyens passifs (les condyles) et actifs (ligaments, expansion musculaire fibreuse...).

Les mécanismes retrouvés habituellement s'appliquent au football. A savoir :

- des ménisques surpris par un mouvement du genou en position anormale et écrasés entre les deux surfaces articulaires (extension brutale du genou lors d'une frappe).(20)
- une distorsion de genou associant un mouvement de latéralité externe et de rotation externe (lors d'une chute sur une jambe repliée). (20)

NB : du fait des rapports étroits entre ménisques et ligaments, ces lésions peuvent accompagner les entorses de genou.

→ Lésions chondrales.(20)

La localisation du cartilage a été évoquée dans la partie « Généralités ». Le cartilage est une structure non vascularisée et nourrie par imbibition par le liquide synovial.

Il permet une meilleure répartition des pressions sur les surfaces articulaires. Il est d'autant plus important que l'articulation du genou est une articulation travaillant le plus souvent en compression. (28)

Les mécanismes lésionnels sont de plusieurs origines et outre les contraintes imposées par la discipline, on retrouve :

- un traumatisme direct : fracture chondrale, ... (20)
- Un traumatisme indirect : ménisectomie, rupture LCA, provoquant un non-respect de la congruence des surfaces articulaires.(20)

*** La cheville.**

C'est une articulation de type gynglime offrant un degré de liberté (en flexion-extension) et unissant la surface inférieure du tibia , les surfaces articulaires des malléoles médiale et latérale d'une part et la face supérieure du talus (la trochlée), les surfaces malléolaires médiales et latérales d'autre part .Le cartilage articulaire se situe sur le pourtour des surfaces articulaires.(28 ; 35)

La stabilité de l'articulation tibio-talaire est assurée par des éléments actifs comme les muscles éverseurs et inverseurs du pied et par des éléments passifs (emprise de la mortaise tibio-fibulaire, ligaments collatéraux, capsule articulaire).(28)

Malgré ces différents moyens de stabilité et de protection, la cheville représente 21% des atteintes parmi lesquelles on retrouve :

→ Fracture sagittale de la tibio-talaire

Lors de la flexion plantaire extrême, les tubercules postérieurs du talus viennent en contact avec la marge postérieure de la surface tibiale. Lorsque ce mouvement dépasse l'amplitude autorisée, l'un des éléments doit nécessairement céder, pouvant créer soit une luxation postérieure accompagnée d'une rupture capsulo-ligamentaire plus ou moins complète, soit une fracture de la marge postérieure (ou os trigone).(28)

En football , cette flexion plantaire forcée va être provoquée par :

- un tacle.(20)
- un blocage du pied dans l'axe de course.(20)

La fracture sera plutôt localisée au niveau de la queue de l'astragale avec une déchirure de la capsule articulaire.

→ Lésion du ligament talo-fibulaire (faisceau antérieur)

Court et large, il naît du bord antérieur de la malléole latérale. Il se dirige vers le bas et l'avant pour se terminer sur la face latérale du col du talus. Il se tend pour des

mouvements de flexion plantaire, d'adduction et de supination. Il fait partie d'un complexe de trois faisceaux et reste le plus souvent atteint.

En football, on retrouve plusieurs étiologies comme :

- des antécédents d'entorses bénignes mal cicatrisées.(20)
- un déficit proprioceptif. (20)

3.3.3. Les atteintes musculaires

→ Le muscle droit antérieur.(28 ; 23)

Muscle bi-articulaire, son insertion proximale naît d'un tendon triple issu :

- de l'épine iliaque antéro-inférieure (tendon direct)
- du sillon supra acétabulaire (tendon réfléchi)
- de la capsule articulaire (tendon récurrent)

Cette division de l'insertion proximale en 3 tendons constitue une zone de moindre résistance. De plus, le muscle droit antérieur offre une particularité anatomique (souvent responsable des claquages à répétitions chez le footballeur) puisqu'une lame aponévrotique sagittale intramusculaire fait suite au tendon réfléchi. L'ensemble des insertions se rejoignent ensuite sur une aponévrose postérieure, pour se terminer sur le bord supérieur de la patella.

Au football, on a différents mécanismes pouvant être à l'origine d'une lésion du droit fémoral :

- une frappe contrée.(20)
- une frappe violente.(20)

En effet, la frappe, ou le « shoot », soumet le droit antérieur à des sollicitations excessives dues à la répétition du même geste à partir de mouvements extrêmes et successifs (lancement et armement du shoot puis expulsion de la balle).

En conclusion, le niveau lésionnel peut se situer :

- soit en plein cœur du muscle.(23)
- soit à hauteur du tendon réfléchi.(23)

→ Syndrome des loges (20 ; 25)

Le syndrome des loges est défini par une ischémie musculaire d'effort provoquée par une augmentation anormale de pression dans une loge ostéo-aponévrotique peu ou pas extensible.

La perturbation du gradient de pression, permettant au tissu musculaire d'être irrigué, va provoquer une compression du réseau veineux et lymphatique.

On distingue des formes chroniques et des formes aiguës :

- Les formes aiguës amènent de suite à une nécrose musculaire et nécessitent une intervention en urgence.
- Les formes chroniques amènent le sportif à diminuer son effort (avec présence de crampes) ;

La loge antéro-externe de la jambe semble être la plus touchée (48%) suivie de la loge postérieure profonde (40%) et superficielle (12%). (20)

Ce syndrome des loges est du à une surcharge de travail musculaire notamment pour les joueurs passant d'un statut amateur à un statut professionnel. (20)

3. 3. 4. Les atteintes tendineuses

Du fait de sa faible vascularisation, le tendon est une zone de fragilité. De plus, avec l'âge, il perd de son élasticité, ce qui le rend encore plus vulnérable. Selon Volpi (22), il dispose d'une faible capacité de récupération. On retrouve une prédominance d'atteinte du tendon d'Achille (2/3 des cas) sous forme de tendinopathies chroniques (chez les plus de 30 ans) et sous forme de rupture. Le tendon rotulien est l'autre localisation préférentielle des atteintes tendineuses et touche plus particulièrement le gardien de but au niveau de la pointe de la rotule. Dans certains cas, les atteintes de ce tendon seraient dues à une augmentation des activités de développement du quadriceps.(21)

On retrouve parfois une rupture brutale de l'adducteur faisant suite à une frappe brossée c'est-à-dire un mouvement associant flexion, adduction et rotation interne.(28)

→ La pubalgie.(20 ; 24 ; 26)

De type amphiarthrose, l'articulation inter pubienne est composée de 2 surfaces articulaires complétées par un ligament appelé disque inter pubien. Ce disque est fibreux périphériquement avec une zone centrale molle : il est donc capable de se déformer et d'absorber les contraintes.(24)

Cependant, le shoot du footballeur est un mouvement entraînant d'importantes contraintes asymétriques au niveau de la symphyse pubienne. Il se décompose en différentes phases et les contraintes imposées varient en fonction de celles-ci. La répétition de ce geste peut aboutir dans certains cas à l'apparition d'une pubalgie.(24)

De plus, en football, la pubalgie est l'expression d'un déséquilibre entre le déficit des grands obliques confronté à une traction excessive des adducteurs sur la symphyse. Ce déséquilibre

va se répercuter sur les structures osseuses, musculaires et tendineuses pour donner naissance à des formes mixtes.

Elle reste, huit fois sur dix, un des premier motif de consultation chez le footballeur amateur et ceci quelque soit le niveau de pratique.(21)

3. 3. 5. Les autres localisations (20)

Le membre inférieur reste, comme nous l'avons dit précédemment, la partie la plus fréquemment atteinte du sportif. Le membre supérieur et le rachis viennent ensuite avec 6% d'atteintes. Les « atteintes diverses » ferment la marche avec un total de 5%.

4. Elaboration du livret.

4. 1. Généralités.

Les footballeurs amateurs, bien que largement plus nombreux que les professionnels, ne sont pas aussi informés que leurs idoles. Certains oublient ou ignorent les modalités d'une bonne préparation à l'effort. Le football doit rester pour le sportif un moyen de "s'évader", de se dépenser et non une source de tracas supplémentaires.

4. 2. Présentation du livret.

4. 2. 1. Présentation générale.

Ce livret est destiné à toute personne licenciée dans un club de football amateur ne disposant d'aucune équipe médicale (médecin du sport, masseur-kinésithérapeute, diététicien) présente

sur place ou assurant un suivi régulier. Il s'adresse également à des footballeurs ayant fini leur croissance et n'ayant développé aucun trouble au cours de celle-ci.

Aussi pour que ce livret soit utilisé et utilisable par tous (et notamment par des personnes n'ayant aucune connaissance en médecine et/ou en kinésithérapie), il se doit d'être simple et clair, à la portée de tous. Ainsi chaque personne sera en mesure d'appliquer les items développés dans les meilleures conditions possibles.

4. 2. 2. Organisation du livret.

La question, au départ, était :comment faire passer un message composé de termes scientifiques à des personnes peu ou pas sensibilisées par les différentes modalités d'une bonne préparation à l'effort . Nous avons eu pour idée un découpage de cette préparation clair, net et précis. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé de la présenter sous la forme de cinq items :

- L'échauffement.
- La récupération.
- La diététique.
- La musculation.
- Autres conseils.

4. 2. 2. 1. Pour une utilisation facile.

Afin de faciliter son utilisation par les joueurs, nous avons opté pour une dimension A5 plutôt que A4. C'est un format moins encombrant et plus agréable à manier pour le joueur.

4. 2. 2. 2. Pour une plus grande compréhension.

Nous avons opté pour un langage simple, compréhensible par tous, en évitant des termes trop techniques sans pour autant être simpliste. En effet, mal compris ou mal interprétés, ces termes scientifiques peuvent engendrer de nombreuses erreurs pouvant avoir de redoutables conséquences. De même, dans la rubrique des blessures, nous avons occulté tout élément diagnostic et tout élément de traitement, afin d'éviter toute initiative (comme le strapping par exemple).

4. 2. 2. 3. Plus attractif et plus aéré possible.

Le but est d'informer et d'éduquer des individus pas toujours sensibilisés au fonctionnement de différentes structures corporelles. Nous avons donc essayé d'être le plus pédagogue possible en y insérant des dessins, des tableaux...

4. 3. Les différentes parties du livret.

4. 3. 1. Les rappels anatomiques.

Il paraissait évident de bien localiser les différentes structures que le joueur sera amené à travailler. En effet, pour les étirements par exemple, il est nécessaire de bien connaître le trajet du muscle pour avoir une efficacité maximale.

La fréquence des blessures aux membres inférieurs étant largement prédominante (83 %), nous avons décidé de ne pas parler des membres supérieurs.

4. 3. 2. La localisation des blessures

Les rappels des pathologies sont destinés à informer le joueur sur les différentes structures pouvant être touchées même si tout n'a pas pu être abordé (comme les lésions méniscales et les fractures). Nous avons volontairement omis ces pathologies afin de ne pas surcharger le livret dans ce domaine.

4. 3. 3. Les cinq items.

Les différents items ont été choisis en fonction de ce que le joueur pouvait travailler par lui-même c'est-à-dire avec un minimum de matériel et d'installation mis à sa disposition.

4. 4. Intérêts du livret.

4. 4.1. Pour le masseur-kinésithérapeute..

Tous les kinésithérapeutes ne peuvent pas suivre une équipe de football. Ce livret n'a pas la prétention d'en remplacer un, mais permet de se substituer au kiné.

4. 4. 2. Pour le sportif.

Le sportif peut s'informer sur son corps et sur sa préparation. Cela peut, pour certains, être une remise en question dans la manière d'aborder les compétitions et les entraînements, notamment au niveau des étirements par exemple. Pour d'autres, cela permettra de s'impliquer un peu plus dans cette préparation.

Même si ce livret se destine aux joueurs, il pourra toujours être une source d'information (ou de complément d'information) pour les entraîneurs.

5. Discussion.

Le football est un sport regroupant une large partie de la population à l'intérieur de laquelle toutes les catégories sociales sont représentées. Ce sport reste, pour une immense majorité de celle-ci, un loisir et un moyen de se dépenser. Ainsi, tous les joueurs n'ont pas le temps (ou parfois pas la volonté) de suivre une préparation physique correcte et adaptée tout au long de l'année. En effet, dans la catégorie « vétérans » par exemple, le football est pratiqué avec une intensité moindre, tant au niveau du rythme qu'au niveau de la fréquence des entraînements. Pourtant, le match du dimanche dure également 90 min.

Il existe également de nombreux joueurs qui étudient la semaine sans avoir la possibilité (ou la volonté) de s'entraîner. En ajoutant à une préparation physique tronquée, une ignorance des conditions de préparation à l'effort, chacun s'expose inévitablement à un risque accru de blessures (à court ou à long terme).

Ce ne sont là que quelques points développés, s'attachant essentiellement à la réflexion que nous avons menés durant l'élaboration du livret.

Nous notons également qu'une validation systématique optimale des différents items du livret n'a pu être effectuée par manque de temps. Ce sont là les conséquences d'un aboutissement tardif du projet. Nous avons choisi de présenter un travail construit et cohérent, laissant peu de place à une évaluation. Souhaitant savoir si le document est adapté aux joueurs, nous proposons à un futur étudiant de troisième année d'établir une feuille de satisfaction retour de la population considérée, de traiter toutes les données et d'entreprendre les possibles changements qu'il jugera nécessaire pour améliorer le livret.

6. Conclusion.

Notre objectif était de créer un livret destiné à informer et à sensibiliser les joueurs sur leur préparation à l'effort en fonction de ce qui pouvait être fait (c'est à dire avec un minimum de moyens en terme d'installation et d'équipement). Nous espérons avoir atteint notre but même si l'efficacité de ce support n'a pas été démontrée à l'échelle d'une population .

Il nous semblait important d'essayer de réduire , tant que possible , la balance entre amateurisme et professionnalisme en matière de prévention. Equilibre d'autant plus perturber avec le développement de l'informatique (logiciel AMISCO) (20), véritable nouveau guide en matière de prévention et de préparation physique, dans le milieu professionnel.

ANNEXE

BIBLIOGRAPHIE

1. **CAMBONI Silvio** « Le foot illustré » ; édition La Sirène (2002) ; p18 ; 23 ; 32 ; 39
2. **Dr M. D'HOOGHE** : "Trainer's manual Fit and Fair" (1996) .
3. **CHANUSSOT J.C. et DANOWSKI R.G.** :« Rééducation en traumatologie du sport membre inférieur et rachis » p363 ; p1 à 11 ; édition Masson (1997) .
4. **Schéma du genou et cheville** : perso.wanadoo.fr/doc.doc/image/Péronier.gif
5. **Schéma muscle et tendon** : perso.wanadoo.fr/doc.doc/images/Péronier.gif
6. **CHAFFEE A. et LYTLE F.** : « Basic Physiologie and Anatomy » (4^{ème} édition) ; Philadelphie JB Lippincott Co ; 1980; p 4-5.
7. **Encyclopédie Grand Larousse** ; volume 7 (édition Librairie Larousse 1993) ; p 213.
8. **CASCUA S.** : « Les blessures du footballeur » ;édition Amphora (2001) ;
p157 (fig 4 , 5 , 6 , 7)
p171 (fig 5 , 6)
p64 (fig 3)
p66 (fig 5) .
9. **Vadémécum Action Santé et Sport** : « les étirements ».
10. **LAMBERTIN F.** :« Préparation physique intégrée »;édition Amphora (2000) ; p99-101-102 ;103-104.
11. **GEOFFROY C.** : « Guide des étirements du sportif » ; éditionVigot (2000) p 46-47 ; 48-49 ; 54-55 ; 58-59 ; 62-63 ; 84-85 ; 94-95 ; 106-107 ; 114-115.
12. **Image décrassage**:www.Edmilson.org/contenu/image/édmi_décrassage.2008_JPG
13. **VRILLAC M. et SERER J.P.** : « Football, la forme des champions » ;Chiron Sport (1997) ; couverture du livre.
14. **Photo douche** : www.smeg.mc/utile/pratique.htm

15. **SEZNEC J.C.** : « Economie de l'effort » ;(Edition des Iris) ; p 70.
16. **COMETTI G.** : « Football et musculation » ; (1990) ;p 93, p67-99, p143.
17. **Revue** :« Les blessures du coureur » ; p61.
18. **GEOFFROY C.** : « La prévention, les soins d'urgence et la pharmacie en milieu sportif » ; édition Vigot (1999).
19. **CHANUSSOT J.C. et DANOWSKI R.G.** :annales kinésithérapie« Accidents musculaires du sportif »de p133 à 139 TOME 6 n°4 (édition Masson).
20. **KINE SCIENTIFIQUE JUILLET 2001** : « 2ème Journées niçoises de chirurgie et de rééducation de l'appareil locomoteur :Genou, Rachis, Médecine du sport et football » ; p15-37.
21. **ROCHONGAR P. et LE GALL F.** :« Traumatologie du footballeur » ; la revue du praticien-Médecine générale-Tome 9-n°295 du 17 avril 1995 ; p 24-27.
22. **VOLPI P.** : « Les tendons dans le football »; Médecine du sport n°1 Tome 74 ; janvier-février 2000 ; p12-13.
23. **SCHLATERRER B.** :« claquage à répétition du muscle droit antérieur chez le footballeur »; Médecine du sport n°1 Tome 74 ; janvier-février 2000 ; p 14-15 .
24. **CHANUSSOT J.C.** : « Traumatologie du sport » (édition Masson) ; p 332-343 .
25. **BENEZIS C., SIMERAY J. , SIMON L.** :« Muscle, tendon et sport » (Paris Masson 1985) ; p 217-220, 234-244.
26. **DEMARAIS Y.** : « Les chaînes musculaires » ; la pubalgie chronique ;p44-85 .
27. **DEMARAIS Y.** :« la pubalgie » ; La gazette médicale 1986 ; 93/28 , p29-38.
28. **KAPANDJI I.A.** : « Physiologie articulaire, membre inférieur », fascicule II p72 à 152 (librairie Maloine S.A. 1977).
29. **AZEMAR G.** :« le stretching et les tendinites » ; tiré de « Muscle , tendon et sport » de Bénézis C. , Simon L. , Simeray J. ; (Paris Masson 1985) ; p 265-275.
30. **ESNAULT M.** : « Etirements analytiques en kinésithérapie active »;(Paris Masson, 1991).

31. **BARD H.** : « Le point sur les étirements »:http://perso.wanadoo.fr/thierry_boyer./Etirements.
32. « **La diététique et le sport** » : perso.wanadoo.fr/doc.doc/images/péronier.g – Microsoft Internet Explorer.
33. **DOCUMENT INSERM** :« Nutrition humaine ; la recherche au service de la santé » édition Nathan, Paris, 1996.
34. **MAUGHAN R.J. , BURKE L.M.** :« L'alimentation du footballeur au cours de l'entraînement et de la compétition »; Science et Sport (1999) ; p227-232.
35. **KAMINA P. , FRANCKE J-P.** : « Arthrologie des membres , description et fonction » ; 2^{ème} édition.(Maloine 1997) ; p 145-182.

RESUME

Le football est le sport le plus pratiqué en France. Si les joueurs professionnels bénéficient d'un suivi médical et paramédical des plus rigoureux, qu'en est-il chez les joueurs amateurs ?

Conscients des différences qu'il existe entre ces deux milieux, nous avons essayé, par l'intermédiaire de ce livret, d'informer les footballeurs sur les blessures et sur une bonne préparation à l'effort ; pour que le football reste un loisir et un plaisir.

MOTS CLES : PREVENTION

BLESSURES

LIVRET