



MEDICINE

Matters

AVRIL 2009 – N°17

DANS CE NUMÉRO

**DES SOINS
D'URGENCE AUX
JOUEURS**

**ETUDE SUR LES
BLESSURES LORS
DE L'EURO 2008**

**RESERRER LES
MAILLES DU FILET**

**LE FORUM PART
DU BON PIED**

**ENTRAÎNEURS
ET MANAGERS:
QUEL RÔLE
JOUENT-ILS DANS
LA PRÉVENTION
DES BLESSURES?**



PUBLIÉ
PAR LA DIVISION DE L'UEFA
DÉVELOPPEMENT
DU FOOTBALL





PROMOUVO

IMPRESSION

RÉDACTION

Andy Roxburgh
Graham Turner

PRODUCTION

André Vieli
Dominique Maurer
Atema Communication SA,
Gland, Suisse
Imprimé par Artgraphic Cavin SA,
Grandson, Suisse

ADMINISTRATION

Frank Ludolph
Evelyn Ternes
Services linguistiques de l'UEFA

COUVERTURE

Duel entre Ricardo Carvalho, de Chelsea, et Wayne Rooney, de Manchester United dans la finale de la Ligue des champions de l'UEFA 2007-08. Les rencontres de cette compétition ont fait l'objet d'une étude médicale décrite dans ce numéro.

Photo: PA Archive/PA Photos

Plusieurs articles de la présente édition de *Medicine Matters* traitent des études sur les blessures qui ont été menées sous la direction de la Commission médicale de l'UEFA pendant l'EURO 2008 et les dernières saisons de la Ligue des champions de l'UEFA. L'un des éléments remarquables de ce projet, entamé il y a sept ans, est qu'il s'appuie sur des données actuelles pour rechercher des améliorations possibles. C'est une approche que je soutiens pleinement, et je pense qu'elle peut être suivie avec succès dans beaucoup d'autres domaines de notre sport... et de la vie en général.

Nous avons de bonnes raisons d'être satisfaits de l'année écoulée, sans vouloir pour autant nous reposer sur nos lauriers. Les tests sanguins ont été introduits pour compléter les contrôles antidopage lors du tour final du Championnat d'Europe. Les tests hors compétition ont également été multipliés. L'infrastructure médicale mise à disposition en Autriche et en Suisse a établi de nouvelles normes. Et nous pourrions encore ajouter ce paradoxe qui, dans notre sport, s'applique uniquement aux tests antidopage: les résultats négatifs étaient positifs!

Les satisfactions n'ont pas été seulement professionnelles mais aussi personnelles. Pas si personnelles peut-être, parce que je crois les partager avec beaucoup

des membres de la famille de l'UEFA. A titre d'exemple, mon cher ami et collègue le professeur Jan Ekstrand m'a demandé, avant d'envoyer ses articles à publier dans la présente édition, s'il pouvait donner une interprétation un peu provocatrice des données sur les blessures. Je n'ai pas hésité à répondre oui. Car, que je partage ou non son avis, j'adhère entièrement au principe de la promotion du débat et du dialogue.

Dans notre profession, ces derniers brillent trop souvent par leur absence. Le travail de médecin d'équipe est fréquemment une mission solitaire. Même lorsqu'un club ou une équipe nationale réussit à constituer une équipe médicale, celle-ci opère généralement dans une relative solitude.



UEFA

EDITORIAL

PAR LE DR MICHEL D'HOOGHE
Président de la Commission médicale



IR LE DÉBAT ET LE DIALOGUE

C'est pourquoi, en lisant l'article du professeur Jan Ekstrand, j'ai particulièrement relevé l'importance donnée aux commentaires, qui font partie intégrante du projet. En effet, il n'est pas rare qu'une équipe médicale produise des données impeccables sur son club à l'issue d'une saison, mais qu'elle ne puisse pas en tirer de conclusions utiles, faute de possibilités de comparaison avec d'autres clubs.

Pour cette raison justement, l'une de mes satisfactions en 2008 fut d'avoir organisé, en novembre dernier, le premier Forum des médecins des clubs d'élite au siège de l'UEFA.

Peu importe si nous incarnons pour beaucoup la lutte antidopage, la Commission médicale de l'UEFA n'a jamais voulu se profiler comme une entité administrative ou théorétique. Bien au contraire, notre but a toujours été de rester le plus proche possible de ce qui se passe sur le terrain de jeu. C'est dans cet esprit de débat pratique que nous avons convié à Nyon des médecins de clubs qui sont, ou ont été, dans la Ligue des champions

de l'UEFA et qui ont collaboré à notre étude sur les blessures.

J'espère que nous leur aurons apporté quelque chose. Je peux en tout cas dire qu'ils nous ont apporté beaucoup. Car ce sont eux qui sont sur le front de la médecine du football, ce sont les médecins qui, tout au long de l'année, saison après saison, sont confrontés aux problèmes de blessures, à la prévention du dopage et aux questions telles que l'éternel conflit entre les principes d'éthique médicale et les impératifs économiques de leur club. Ce fut l'occasion pour nous autres membres de l'organe médical de l'UEFA de leur exprimer notre admiration pour le travail complexe et polyvalent qu'ils accomplissent.

Ce forum fut aussi une occasion inestimable de se rencontrer. Comme je l'ai dit plus haut, les médecins d'équipe adorent avoir la possibilité d'échanger informations et expériences. J'ai moi-même vécu ce phénomène chaque année pendant les 25 ans où j'ai organisé le Congrès Brucosport dans ma ville natale de Bruges, congrès qui m'était très

cher, comme à l'UEFA d'ailleurs. A part les performances de qualité sur scène, nous apprécions tout simplement l'occasion qui nous était offerte de voir nos collègues, comme à Nyon en novembre, pour apprendre les uns des autres.

Nos attentes sont dès lors grandes pour l'avenir proche. Hormis les tours finaux annuels des compétitions de l'UEFA à limite d'âge, cette année nous offre, dans le cadre de nos études sur les blessures, qui continuent, le tournoi final du Championnat d'Europe féminin en Finlande (12 équipes). Ce sera l'occasion de comparer les données actuelles avec celles qui ont été réunies en Angleterre il y a quatre ans. Et pour ce qui est des rencontres entre médecins d'équipe pour poursuivre le débat et le dialogue, nous pouvons déjà nous échauffer pour le 5^e Symposium médical de l'UEFA, qui se tiendra en Suède au début de l'année prochaine. Ce sera une nouvelle occasion de rencontre pour les médecins des clubs et des équipes nationales. Je me réjouis d'ores et déjà de cet événement.

LES SOINS D'URGENCE AUX JOUEURS



Au cours de ces dernières années, on a malheureusement dû constater que le football, à l'instar de nombreux autres sports, devait être préparé à agir dans les pires scénarios. Les urgences sont rares statistiquement parlant, mais il faut opter pour une stratégie reposant sur le principe que «un seul cas est déjà un cas de trop». Alan Hodson, membre de la Commission médicale de l'UEFA et l'un des principaux initiateurs de l'unité Médecine et sciences du mouvement de l'Association anglaise de football (FA), explique comment le football anglais du plus haut niveau a répondu à la nécessité d'une infrastructure médicale adéquate.

UEFA

En Europe, il y a eu ces derniers temps plusieurs blessures sérieuses sur les terrains de jeu qui ont requis des soins médicaux d'urgence et l'évacuation immédiate du joueur vers un hôpital. Les principaux types de blessures nécessitant un encadrement médical d'urgence sur place sont:

- blessures à la tête
- fractures
- blessures à la colonne vertébrale ou soupçon d'une telle lésion.

A la suite de plusieurs blessures à la tête subies pendant des matches de la Premier League anglaise au début de la saison 2007-08, la FA et la Premier League ont décidé de revoir ensemble les procédures de soins et les pratiques en cas d'urgence, tout comme les équipements et les installations prévus à cet effet dans les stades.

Un groupe de pilotage spécialisé dans les soins d'urgence aux joueurs a alors été

créé. Il comprend un neurologue, un neurochirurgien, un chirurgien traumatologue, un chirurgien orthopédiste, des médecins de clubs, des consultants en matière d'accidents et d'urgences, des auxiliaires médicaux et un éducateur.

Le mandat de ce groupe de pilotage de la Premier League consistait à:

- collaborer avec le «Royal College of Surgeons (Edimbourg), Faculty of Pre-Hospital Care», pour mettre sur pied un nouveau cours de formation avancé de la FA en soins de réanimation et d'urgence (AREA), destiné au personnel médical professionnel des clubs;
- recommander des actions et des initiatives à prendre pour améliorer les soins d'urgence aux joueurs;
- réviser annuellement le cours AREA de la FA quant à son contenu, son programme et son évaluation;
- examiner et prendre des décisions relatives à des demandes de reconnaissance des acquis en rapport avec le nouveau cours AREA de la FA, c'est-à-dire des équivalents (ou autres) d'autres cours/qualifications proposés dans le pays ou à l'étranger;
- jouer le rôle de centre de référence pour le personnel médical professionnel des clubs;
- procéder à des visites de consultation/inspection pour le compte de la Premier League;
- conseiller (si nécessaire) la Premier League lorsque des situations d'urgence surviennent;
- tenir le personnel médical des clubs de la Premier League au courant des derniers développements s'agissant des équipements, des techniques et de la recherche (par liens e-mail);
- réviser les règlements de la Premier League concernant les soins d'urgence aux joueurs;
- revoir, annuellement, les équipements et les installations que les clubs sont obligés d'avoir sur place;
- conseiller le personnel médical des clubs pour les exercices de soins d'urgence qu'ils doivent organiser tous les ans;
- conseiller et former les arbitres au sujet des soins d'urgence aux joueurs.

Le groupe de pilotage s'est réuni quatre fois et a transmis ses recommandations à la Premier League. En réaction, cette dernière a pris toute une série d'initiatives et a émis diverses réglementations pendant la saison 2007-08:

1. Le médecin et le physiothérapeute du club doivent être présents sur le banc de l'équipe pendant les matches (première équipe et équipe réserve).
2. Une ambulance entièrement équipée doit être présente pendant les matches; elle doit être réservée à l'usage exclusif des joueurs et des représentants officiels.
3. Deux auxiliaires paramédicaux doivent être présents pendant les matches.
4. Des civières et des brancardiers qualifiés doivent être présents sur la ligne de touche.
5. Les clubs doivent acheter les équipements pour les soins d'urgence figurant sur la liste ad hoc.
6. Les clubs doivent remplir le questionnaire standardisé d'information concernant les dispositions en matière de soins d'urgence.

En outre, les médecins et les physiothérapeutes présents lors des matches de la première équipe et de l'équipe réserve ont été obligés de suivre un cours AREA avant le début de la saison 2008-09. Les participants devaient ensuite se soumettre à un examen théorique et pratique. La durée de cette formation, reconnue par le «Royal



Empics Sport/PA Photos

En Angleterre, la procédure des soins d'urgence a fait l'objet d'une étude.



La présence dans le stade d'une ambulance pleinement équipée est une mesure recommandée.

Starke/Bongarts/Getty Images

College of Surgeons, Faculty of Pre-Hospital Care», est de deux jours. Les représentants des clubs sont tenus de prendre part à ce cours tous les trois ans ainsi qu'à une journée d'actualisation annuelle.

Contenu de la première journée de cours AREA:

- Statistiques des blessures et principes de gestion
- Examen clinique sur le terrain
- Démonstrations pratiques
- Blessures des voies respiratoires et de la tête
- Soins de réanimation élémentaires
- Soins de réanimation avancés
- Utilisation d'un défibrillateur automatique externe
- Colonne vertébrale et orthopédie
- Apprentissage de techniques spécifiques
 - immobilisation spinale
 - soins de réanimation élémentaires
 - soins de réanimation avancés
 - utilisation d'un défibrillateur automatique externe
 - voies aériennes
 - orthopédie

Contenu de la deuxième journée de cours:

- Gestion des blessés, théorie et pratique (scénarios)
- Examens
 - examen théorique avec questions à choix multiples
 - examens pratiques

Concernant le programme général de la saison, avant chaque rencontre, le club recevant est tenu de fournir à l'équipe visiteuse des informations sur les dispositions médicales prévues sur place. Un questionnaire spécifique pour les soins d'urgence aux joueurs par le club a été élaboré à cet effet. Tous les détails relatifs au club peuvent être consultés sur un site Internet de la Premier League consacré aux soins d'urgence. Les informations sont essentiellement les suivantes:

- Coordonnées des personnes de contact clés du club
- Installations disponibles

- Equipements d'intervention d'urgence disponibles
- Nombre et position des civières et des brancardiers dans le stade
- Nombre d'auxiliaires paramédicaux entièrement équipés
- Emplacement de l'ambulance entièrement équipée réservée aux joueurs et aux représentants officiels
- Plan du stade
- Détails du plan d'évacuation d'urgence du site
- Nom de la personne à contacter et numéro(s) de téléphone à appeler en cas d'urgence
- Coordonnées et informations concernant l'hôpital le plus proche disposant d'équipements pour les accidents et les urgences

Les équipements médicaux obligatoires selon la liste et devant être mis à disposition par le club recevant lors de tous les matches de la Premier League et de la Reserve League:

- Equipements de ventilation pour l'oxygène (comprend ballon-valve-masque et des masques avec valve anti-retour)
- Attelles Entonox
- Couvertures isolantes
- Défibrillateur automatique externe

- Matériel de suture
- Minerves (différentes tailles)
- Planche dorsale
- Civière à aubes
- Masque de poche
- Sets pour IV, fluides et canules (différentes tailles)
- Nébuliseur
- Pompe de succion manuelle (portable)
- Canule oropharyngée – canule nasopharyngée
- Adrénaline (épinéphrine) 10 ml, 1:10 000
- Mini-jet – atropine 3mg mini-jet
- EpiPen (300mcg)
- Gants
- Collecteur d'aiguille
- Choix de seringues

Les réglementations et les initiatives ont été bien accueillies par les médecins et le personnel des clubs ainsi que par l'Association des footballeurs professionnels d'Angleterre.

L'auteur tient à remercier tout particulièrement le Dr Bryan English, du FC Chelsea, le Dr Mark Gillett (maintenant au FC Chelsea) et la «Faculty of Pre-Hospital Care» du «Royal College of Surgeons» à Edimbourg (Dr Porter et Dr Fairhurst) pour leur précieux soutien, ainsi que Mike Foster, secrétaire général de la Premier League, et les membres du groupe de pilotage pour leur prévoyance.



PA Wire/PA Photos

ETUDE SUR LES BLESSURES LORS DE L'EURO 2008

PAR LE PROF. JAN EKSTRAND



Sportsfile

Comme l'UEFA a lancé le projet de recherche sur les blessures en 2001, le tour final 2008 du Championnat d'Europe offrait la perspective d'une deuxième occasion de recueillir des données et de les comparer avec les résultats obtenus lors de l'EURO 2004 au Portugal. D'autres articles de la présente édition de *Medicine Matters* traitent de sujets en rapport avec la Ligue des champions de l'UEFA 2007-08, même s'il convient de préciser que les paramètres sont très différents pour le football interclubs et le football pour équipes nationales. Il est néanmoins intéressant de comparer les tendances au cours d'une année où de nombreux joueurs d'élite sont obligés, à l'issue d'une saison intensive et éprouvante dans leur club, de maintenir des niveaux soutenus en vue d'un EURO qui ne tardera pas à commencer. Le Prof. Jan Ekstrand, deuxième vice-président de la Commission médicale de l'UEFA et directeur du projet de recherche sur les blessures, fournit un aperçu des données recueillies durant l'EURO 2008 et les interprète.

Les 16 équipes qualifiées pour l'EURO 2008 ont participé à l'étude. Chaque délégation comprenait 23 joueurs. Deux joueurs ont été sérieusement blessés pendant la période de préparation et remplacés. Les 368 footballeurs qui ont disputé le tournoi final ont été suivis du 7 au 29 juin.

Collecte des données

La collecte des données a été effectuée selon la méthodologie déjà validée et introduite au niveau des clubs professionnels européens et lors des précédents championnats d'Europe (dans différents groupes d'âge), rendant ainsi possible la continuité du suivi des risques de blessure et l'analyse de l'évolution en la matière sur la durée. Les données ont été collectées à l'aide de formulaires standardisés. Nous avons bénéficié de la précieuse collaboration des médecins d'équipe, qui ont relevé les données pour l'étude: Dr Ernst Schopp (Autriche), Dr Zoran Bahtijarevic (Croatie), Dr Petr Krejci (République tchèque), Dr Jean-Pierre Paclet (France), Dr Josef Schmitt (Allemagne), Dr Charalambos Christopoulos (Grèce), Dr Andrea Ferretti (Italie), Dr Gert-Jan Goudswaard (Pays-Bas), Dr Jerzy Grzywocz (Pologne), Dr Henrique Jones (Portugal), Dr Marin Pompiliu Popescu (Roumanie), Dr Andrey Grishanov et PT Arno Philips

(Russie), Dr Jorge Candel (Espagne), Dr Anders Valentin (Suède), Dr Rudolf Roder (Suisse) et Dr Cengiz Dinç (Turquie).

Définitions

Une blessure a été définie comme un dommage physique survenu pendant des activités footballistiques (match ou séance

d'entraînement planifiés) et résultant pour le joueur en une incapacité de participer pleinement à des séances d'entraînement ou à des matches.

La comparaison des résultats provenant du tournoi en Autriche et en Suisse avec ceux de l'EURO 2004 au Portugal a fait ressortir les éléments dominants ci-après.

Risque de blessure légèrement plus élevé qu'en 2004

49 joueurs (13%) ont subi 56 blessures pendant le tournoi. 46 blessures se sont produites pendant les matches (82%) et 10 pendant les entraînements (18%). Pendant l'EURO 2004 au Portugal, il y a eu 45 blessures (dont 39 durant les matches et 6 pendant les entraînements – 87% et 13% respectivement).

Le risque global de blessure à l'EURO 2008 était ainsi de 10,5/1000 heures d'exposition, ce qui est légèrement supérieur au chiffre obtenu au Portugal (9,1) et plus élevé également que le risque calculé pour le football interclubs européen de haut niveau (8,0).



Getty Images

L'EURO 2008 a fait l'objet d'une rigoureuse étude médicale.



L'engagement intense des footballeurs d'élite peut parfois constituer un risque de blessure.



Faible risque de blessure à l'entraînement

Le risque moyen était de 2,6 blessures/1000 heures d'entraînement. Des études antérieures concernant aussi bien le secteur amateur que le secteur professionnel avaient révélé un taux analogue, et ce indépendamment du niveau des joueurs (2-6 blessures/1000 heures d'entraînement). Le risque de blessure est inférieur lors des tours finaux du Championnat d'Europe de football, probablement parce que les entraînements lors de tournois ayant lieu après la saison donnent souvent la priorité à la récupération, ce qui a entraîné un risque de blessure moins élevé.

Risque de blessure seize fois plus élevé lors des matches

La fréquence des blessures était environ 16 fois plus importante durant les matches (41,8 blessures/1000 heures de match) que pendant les entraînements (2,6 blessures/1000 heures d'entraînement).

Il a été démontré précédemment que le risque de blessure pendant les matches augmentait avec le niveau du jeu (environ 10-15 blessures/1000 heures pour les amateurs; environ 20 blessures/1000 heures pour les professionnels aux niveaux les plus bas; bien plus de 25 blessures/1000 heures au plus haut niveau professionnel). Le risque de blessure durant les matches de l'EURO, où la compétition est particulièrement ardue pendant pratiquement tous les matches, est plus élevé que lors de tournois se déroulant sur une plus longue période où cette très grande intensité n'est généralement pas maintenue en permanence.

Il convient de relever que le risque de subir une blessure durant des matches de l'EURO a augmenté, atteignant 42/1000 heures en 2008 contre 36/1000 heures en 2004.

Risque de blessure similaire durant la phase de groupes et la phase à élimination directe

On avait constaté, lors de précédents championnats d'Europe, que le risque de blessure était plus élevé durant la phase de groupes d'un tournoi que



Premiers soins sur le terrain pour le Français Frank Ribéry dans le match de groupe contre l'Italie.

durant la phase à élimination directe. Pour la compétition 2008, on a toutefois enregistré des résultats hétérogènes, c'est-à-dire que la fréquence des blessures durant les matches de la phase à élimination directe était plus basse (37/1000 heures) que pendant la phase de groupes (44/1000 heures), tandis que le risque à l'entraînement et le risque global étaient plus élevés durant la phase à élimination directe. Les raisons de cette incohérence ne sont pas évidentes, mais elles pourraient résider dans la fatigue des joueurs pendant les entraînements aux derniers stades du tournoi. Aucune différence n'a été constatée dans les taux de blessure entre les huit équipes éliminées après la phase de groupes et celles qui se sont qualifiées pour la phase à élimination directe.

Risque de blessure plus élevé parmi les jeunes joueurs

Les joueurs plus âgés (104 joueurs entre 30 et 38 ans) ont eu une exposition moyenne similaire (3,2 heures de match) à celle des joueurs plus jeunes (43 joueurs entre 19 et 23 ans). Cependant, le risque de blessure lors des matches a été nettement plus élevé pour les joueurs de moins de 24 ans que pour ceux de 30 ans et plus

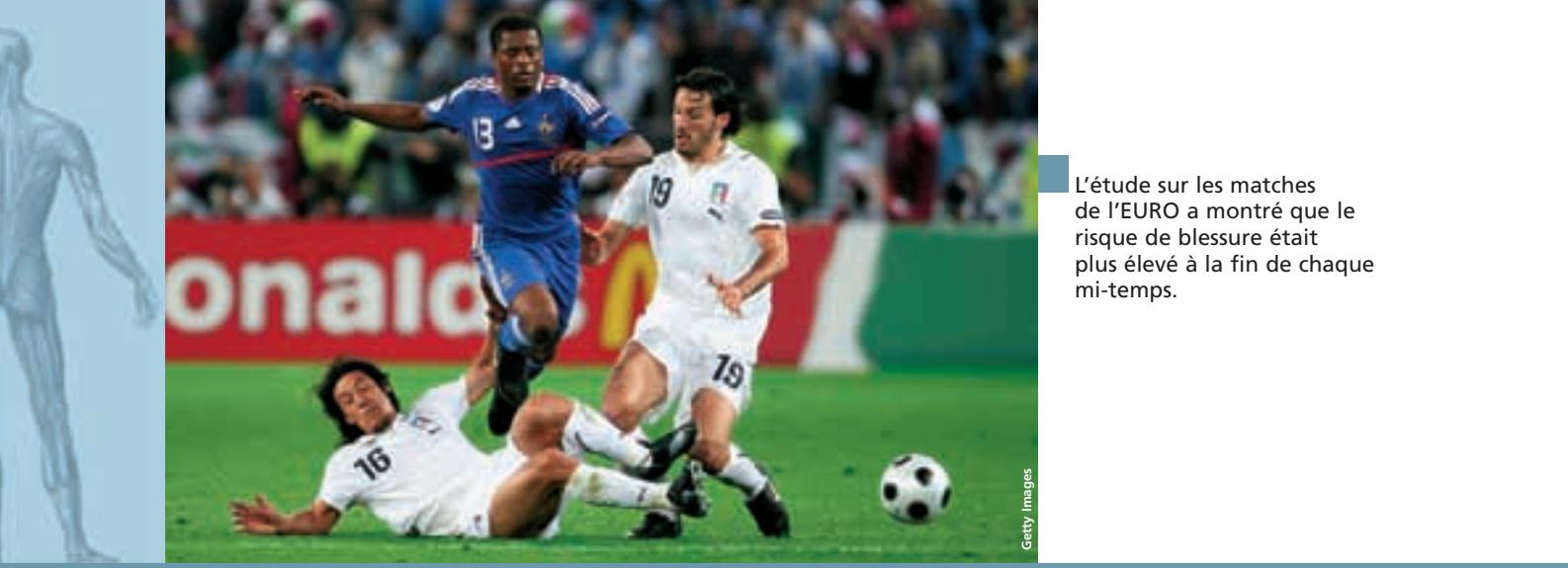
(65 contre 24 blessures/1000 heures de match). Et le risque total de blessure était plus de deux fois plus élevé pour les jeunes joueurs que pour leurs aînés (13,6 contre 5,9 blessures/1000 heures d'exposition).

Risque de blessure grave plus élevé

Pour la majorité des blessures (30 blessures, équivalent à 54%) le joueur blessé a pu reprendre pleinement l'entraînement et participer à un match en l'espace d'une semaine. Toutefois, treize des blessures recensées (23%) étaient de gravité moyenne, provoquant des absences allant d'une à quatre semaines, et treize autres (23%) étaient graves, entraînant des absences de plus de quatre semaines. La fréquence de blessures graves a été plus élevée lors de l'EURO 2008 (9,5 blessures/1000 heures de match) que durant l'EURO 2004 (6,7 blessures/1000 heures de match).

Types de blessures

La plupart du temps (dans 86% des cas), ce sont les membres inférieurs qui ont été touchés, les blessures se situant le plus souvent à la cheville (onze cas, 20%), dans la partie inférieure de la jambe (dix cas, 18%), à la cuisse (huit cas, 14%), au genou (huit cas, 14%), à la hanche et à l'aine



L'étude sur les matches de l'EURO a montré que le risque de blessure était plus élevé à la fin de chaque mi-temps.

Getty Images

(huit cas, 14%) ainsi qu'à la tête et au visage (cinq cas, 9%). Pendant l'EURO 2004, la cuisse a été la partie du corps la plus fréquemment touchée (22%), suivie par la cheville (17%), la partie inférieure de la jambe (14%) et la hanche et l'aine (14%).

Les entorses (blessure ligamentaire) ont été le type de blessure le plus fréquent lors de l'EURO 2008 (seize cas, 29%): neuf de ces blessures se sont produites à la cheville et sept au genou. Les quinze claquages se sont produits principalement au niveau de la cuisse (six cas), du mollet (quatre cas) et de l'aine (deux cas).

Survenance de la plupart des blessures en fin de mi-temps

Le risque de blessure a augmenté graduellement dans chaque mi-temps. La majorité des blessures ligamentaires (59%) se sont produites durant la première moitié du match, principalement entre la 30^e et la 45^e minutes. Quant aux blessures musculaires, elles sont survenues vers la fin de la deuxième mi-temps.

Plus de blessures à la tête et au genou que lors de l'EURO 2004

A la différence de l'EURO 2004, où aucune blessure à la tête n'a été enregistrée, cinq blessures à la tête se sont produites lors de l'EURO 2008. Deux d'entre elles étaient des fractures (l'une avec commotion cérébrale) et trois des blessures résultant d'un contact tête à tête avec des adversaires. Dans aucun de ces cas l'arbitre n'a considéré qu'il s'agissait de blessures consécutives à une faute.

Un joueur a subi une fracture à la suite d'un contact avec le coude d'un adversaire et un autre a eu une commotion additionnée d'une fracture après une collision tête contre visage avec un de ses coéquipiers.

Durant l'EURO 2004, on a enregistré peu de blessures au genou (seulement deux blessures graves). Au contraire, lors de l'édition 2008, six blessures graves au genou se sont produites, dont trois ont nécessité une intervention chirurgicale.

Suivi après le tournoi

Après le tournoi, le contact a été maintenu avec les médecins d'équipe afin d'évaluer la durée totale des absences pour cause de blessure et leurs autres conséquences pour les joueurs.

Relevons que 13 joueurs seulement ont subi des blessures nécessitant une absence de plus de quatre semaines, contre 15 à l'EURO 2004.

La plupart des joueurs qui ont quitté l'EURO 2008 avec des blessures ont heureusement pu retourner dans leur club respectif entièrement guéris au début de la nouvelle saison.

Peu de blessures à répétition = encadrement médical de qualité

Comme dans les tournois européens précédents, il y a eu peu de blessures à répétition. Si l'on a enregistré des taux de blessures à répétition de 13% dans les clubs européens, il n'y a eu que quatre cas de blessure de ce type (soit 7%) lors de l'EURO 2008, ce qui témoigne de la qualité du suivi médical reçu par les

équipes pendant le tournoi et suggère que la décision de permettre à ces footballeurs de rejouer était appropriée.

Peu de blessures consécutives à une faute = bon arbitrage

Vingt-six (57%) sur les 46 blessures survenues durant les matches ont été causées par un contact entre deux joueurs et neuf (35%) de ces dernières étaient dues à une faute (selon l'arbitre). Les taux de blessures imputables aux contacts entre joueurs et aux fautes ont été similaires à ceux de l'EURO 2004 (59% blessures sur contact; 39% blessures consécutives à une faute). Ces taux reflètent probablement un bon respect des règles, les joueurs évitant les tacles méchants et les interventions tardives.

Selon les arbitres, neuf des blessures survenues pendant les matches lors de situations de contact direct étaient dues à des fautes (dans sept cas à une faute de l'adversaire et dans deux cas à une faute du joueur blessé). Ces neuf fautes ont été sanctionnées par des coups francs. Il s'agit là d'un chiffre remarquablement bas,



UEFA-pjwoods.ch

Durant l'EURO 2008, les attaquants ont été soumis à un risque de blessure plus élevé tandis que les gardiens ont été les moins exposés de tous les joueurs.



Koepsel/Bongarts/Getty Images

Les contacts ont été maintenus avec les médecins après l'EURO 2008 pour connaître les éventuelles conséquences des blessures.

qui indique que le tournoi a été disputé avec beaucoup de fair-play. La seule blessure grave consécutive à une faute a été subie par le joueur qui a commis la faute. Le joueur en question était encore absent des terrains de football trois mois après sa propre faute.

Risque de blessure plus élevé parmi les attaquants

L'analyse des blessures survenues lors des matches en fonction de la position du joueur a permis de constater que les attaquants ont enregistré un taux de blessures plus élevé et les gardiens un taux plus bas que les défenseurs et les milieux de terrain (tableau 1).

Abus de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les joueurs d'élite?

Injection locale de glucocorticoïdes
Durant les quelque cinq mois précédant l'EURO 2008 (du 1^{er} janvier au 6 juin 2008), seize des 368 joueurs participant à la compétition ont reçu une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT) pour l'injection locale de cortisone. Un pays a adressé cinq demandes pour cinq joueurs, deux pays ont présenté quatre demandes, dix en ont envoyé une ou deux et trois pays n'ont fait aucune demande. Pendant la durée de la compétition (du 7 au 29 juin), huit demandes supplémentaires d'injection locale de cortisone ont été présentées pour huit joueurs. Quatre de ces demandes concernaient la même équipe.

Médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Pendant le tournoi, 126 contrôles antidopage (prélèvements d'urine et de sang) ont été effectués sur 104 joueurs différents.

Au cours de ces contrôles, chaque joueur a été interrogé pour savoir s'il avait pris ou si on lui avait administré des médicaments durant les trois mois précédents. 42% des joueurs contrôlés ont déclaré qu'ils prenaient ou avaient pris des AINS.

Position sur le terrain	Heures de match	Blessures en match	Incidence
Gardiens	98	1	10.2
Défenseurs	371	17	45.8
Milieux de terrain	380	16	42.1
Attaquants	206	12	58.2

Tableau 1. Taux de blessures lors des matches en fonction de la position des joueurs.

Ces résultats suggèrent que le traitement des problèmes musculo-squelettiques avec des corticostéroïdes locaux n'est pas fréquent et que le traitement avec des AINS est très commun dans le football d'élite européen.

Cette utilisation fréquente des AINS chez les footballeurs de haut niveau, si elle est confirmée, devrait être débattue à la lumière des problèmes cardiaques et rénaux récemment décrits comme effets secondaires de ces substances.

- Le risque de blessure était faible lors des entraînements et seize fois plus élevé lors des matches.
- Le risque de blessure était plus élevé pendant les matches et moins élevé à l'entraînement durant l'EURO que dans le football interclubs européen de haut niveau.
- La fréquence des blessures durant l'EURO 2008 a dépassé celle de l'EURO 2004.
- On a enregistré davantage de blessures à la tête et au genou pendant cette édition que lors de l'EURO 2004, mais une seule blessure a été causée par un coup de coude.
- Le risque de blessure était similaire pour la phase de groupe et pour la phase finale.
- La plupart des blessures se sont produites en fin de mi-temps.
- Le risque de blessure était deux fois plus élevé chez les jeunes joueurs que chez les joueurs plus âgés.
- Lors des matches, le taux de blessures des attaquants était supérieur et celui des gardiens inférieur à celui des défenseurs et des milieux de terrain.

■ Seules quatre blessures à répétition ont été enregistrées, ce qui prouve que les équipes ont bénéficié d'un suivi médical de qualité.

■ Les blessures occasionnées par des contacts entre joueurs ou résultant de fautes ont été tout aussi peu nombreuses pendant l'EURO 2008 que lors de l'EURO 2004.

■ De nombreux joueurs ont recours à des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens, et le risque potentiel d'effets secondaires doit être discuté.



Il y a eu cinq cas de blessure à la tête durant l'EURO 2008.



RESERRER LES MAILLES DU FILET

L'année 2008 a produit des résultats rassurants sur le front de la lutte antidopage. Très rassurants en vérité, puisque les tests, bien qu'approfondis, n'ont pas révélé des taux d'abus supérieurs. En d'autres termes, il y a tout lieu d'être satisfait, sans tomber dans la suffisance, des données publiées dans *uefadirect* à la fin de l'année dernière.

Les 2027 contrôles antidopage effectués durant les compétitions masculines et féminines de l'UEFA n'ont produit que deux résultats positifs: l'un pour le cannabis dans la catégorie des moins de 19 ans et l'autre pour des stéroïdes anabolisants lors d'un match de la Coupe UEFA. 1380 des échantillons ont été testés pour l'érythropoïétine (EPO); 637 contrôles se sont déroulés en dehors des compétitions. Les 286 échantillons de sang et d'urine prélevés lors de l'EURO 2008 (dont 160 hors compétition avant le tournoi) ont été testés non seulement pour l'EPO, mais aussi pour des transfusions sanguines et des hormones de croissance. Ce type de dépistage a été rendu possible grâce au soutien de l'AMA et les analyses SMRI ont permis d'améliorer la détection de dérivés de testostérone. Pendant la Ligue des champions de l'UEFA 2007-08, des contrôles antidopage ont été réalisés lors de 79 matches sur 125 et 232 sur les 316 échantillons ont été testés pour l'EPO.

Un total de 477 échantillons ont été analysés (466 pour l'EPO) dans le cadre de 48 contrôles hors compétition. Pendant la saison en cours, 235 joueurs, issus de 24 des équipes participantes, se sont soumis à des contrôles hors compétition, lesquels ont été poursuivis durant la pause hivernale.

Les chiffres sont encourageants et reflètent clairement l'image d'un sport propre, depuis le sommet de la pyramide jusqu'à la base, avec les compétitions de développement des juniors.

D'importants changements ont été introduits au niveau opérationnel au début de 2009. Le volume des échantillons d'urine a été augmenté, passant de 75 à 90 ml (60 ml pour l'échantillon A, le reste pour l'échantillon B), et une exigence en matière de gravité spécifique a été fixée (1,005 pour une mesure au réfractomètre; 1,010 pour une mesure à l'aide de bandes indicatrices). Si la gravité spécifique requise n'est

pas atteinte, le joueur devra produire un nouvel échantillon.

L'UEFA pourrait également prévoir la possibilité de faire tester une seconde fois un échantillon à n'importe quel moment dans les huit ans qui suivent son prélèvement. Cette mesure découle de la pratique mise en œuvre par le CIO, qui a décidé de conserver tous les échantillons prélevés aux Jeux olympiques de 2008 en vue d'un éventuel ré-examen durant la période allant jusqu'à 2016. Si l'UEFA décidait d'exercer ce droit, les clubs et les associations nationales seraient informés à l'avance.

Parallèlement, le régime des sanctions a été assoupli. Lorsque l'examen porte sur des cas individuels, il est clairement arrêté pour quels domaines la charge de la preuve incombe au joueur, qui doit établir l'absence de faute ou de négligence. Relevons dans ce contexte que les sanctions pour des violations des règles antidopage sont aujourd'hui à ce point spécifiques et détaillées qu'elles ont été rayées du *Règlement disciplinaire de l'UEFA* et se trouvent désormais dans le *Règlement antidopage de l'UEFA*.

Les médecins d'équipe devront garder à l'esprit quelques changements substantiels dans la procédure d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques. L'AUT abrégé a notamment été abrogé au 1^{er} janvier 2009, et les spécimens existants encore doivent avoir disparu d'ici à la fin de l'année. L'usage local ou topique de glucocorticoïdes ne nécessite plus d'AUT (néanmoins, un tel usage dans les trois mois qui précèdent le test doit être déclaré au moyen de la formule de Déclaration des médicaments). L'usage systémique de ces substances reste toutefois assujetti à l'AUT. C'est le cas aussi pour le traitement de l'asthme et de ses variantes cliniques au moyen d'inhalations d'antagonistes bêta-2 (p. ex. salbutamol, salmétérol, formotérol ou terbutaline). L'AUT standard, selon les exigences de la FIFA et de l'AMA, est synonyme désormais de procédures plus strictes.

Les changements apportés visent à resserrer les mailles du filet antidopage. Et l'objectif de la Commission médicale de l'UEFA et de l'équipe antidopage consiste clairement à renforcer les réglementations afin de préserver l'image d'un sport propre.

Pour plus d'informations ou pour consulter des documents relatifs au programme antidopage de l'UEFA, utilisez les liens du domaine uefa.com consacré à la lutte contre le dopage:

<http://fr.uefa.com/uefa/keytopics/kind=1/index.html>



Les contrôleurs antidopage sont prêts à accomplir leur mission à la fin du match.



Le Forum médical de l'UEFA doit permettre un meilleur échange d'information à l'échelle européenne.

UEFA-pjwoods.ch

LE FORUM PART DU BON PIED

L'actuelle étude menée par l'UEFA sur les blessures permet un certain nombre de contacts avec les médecins du football, lesquels fournissent l'essentiel des informations. Tous les quatre ans, l'EURO est ainsi l'occasion de dialoguer avec les médecins des équipes nationales. Le Symposium médical de l'UEFA est un autre rendez-vous pour la famille élargie, histoire de se retrouver, d'échanger des vues, des soucis et des expériences. Mais les personnes qui entretiennent des contacts jour après jour avec les joueurs d'élite sont les médecins des clubs, qui assurent les soins en première ligne durant toute l'année, avec quelques semaines d'interruption seulement. Pour leur permettre d'exprimer leurs avis, l'UEFA a organisé à Nyon le premier Forum des médecins des clubs d'élite.

Les participants de cet événement étaient les représentants médicaux de 17 clubs d'élite venus d'Allemagne, d'Angleterre, de Belgique, d'Ecosse, d'Espagne, de France, d'Italie, du Portugal et d'Ukraine. L'ordre du jour de la réunion d'inauguration était sans doute moins important que le simple fait de rassembler une équipe aussi illustre et de fournir l'occasion à ses membres de débattre des innombrables questions liées à un travail de plus en plus complexe... Une tâche aux exigences croissantes, parfois ingrate aussi, car il suffit d'une série de blessures pour que l'entraîneur fasse l'objet de commentaires peu amicaux dans les médias. Ou, comme l'a déclaré le Dr Michel D'Hooghe (qui a dirigé le forum en sa qualité de président de la Commission médicale de l'UEFA): «La médecine du football est devenue un sport d'équipe, et les médecins de clubs doivent superviser tous les aspects de la médecine sportive.»

Les résultats de l'étude sur les blessures ont fourni un point de départ pour les débats sur des sujets tels que la prévention des blessures aux ischio-jambiers – l'une des grandes causes de souci – ou une stratégie pour analyser les IRM de manière centralisée. On a bien sûr parlé également du taux de blessures chez les joueurs qui voyagent et qui doivent changer de régime

lorsqu'ils sont mis à la disposition de leur équipe nationale. Le programme du forum incluait également un bilan des séances de formation actuellement mises en œuvre par l'UEFA lors des tournois des équipes nationales à limite d'âge; le but était de déterminer la meilleure méthode pour faire passer au niveau des clubs le message de lutte contre le dopage.

Au niveau opérationnel, des inquiétudes ont été exprimées concernant la difficulté à concilier des examens médicaux appropriés avec l'urgence des transferts. D'aucuns estiment qu'il est possible d'améliorer la communication d'informations importantes aux visiteurs qui se déplacent pour des compétitions internationales. Certains ont même proposé qu'un expert médical se tienne à disposition dans le tunnel / vestiaire pendant les matches, prêt à soutenir si nécessaire le médecin de l'équipe jouant à l'extérieur. Et on s'est demandé jusqu'à quel point de telles améliorations pouvaient合理ement être intégrées dans les règlements relatifs aux tournois.

Des questions plus générales ont également été traitées, notamment celle du statut du personnel médical par rapport aux entraîneurs et à la direction du club. Quel rôle le médecin de l'équipe joue-t-il dans les processus

de décision du club? Dans quelle mesure doit-il être engagé dans ces décisions? En clair, l'opinion a été émise que, idéalement, le statut du médecin du club devrait être uniformisé au niveau paneuropéen, ce qui supposerait un développement de la communication entre les médecins des clubs eux-mêmes. Le forum a constitué, à n'en point douter, un pas important dans cette direction. Une suggestion était de créer un domaine spécifiquement médical au sein de la rubrique Cercle des entraîneurs de l'Extranet de l'UEFA. Ces propositions, parmi bien d'autres qui sont actuellement examinées, attestent clairement que le Forum des médecins des clubs d'élite est parti du bon pied.



getty Images
L'entraînement n'est pas dépourvu de risques de blessure mais le taux est faible.

ENTRAÎNEURS ET MANAGERS: QUEL RÔLE JOUENT-ILS DANS LA PRÉVENTION DES BLESSURES?

Conclusions tirées d'une étude sur la saison 2007-08
de la Ligue des champions de l'UEFA

PAR LE PROF. JAN EKSTRAND

L'UEFA a lancé un projet de recherche en 2001, dont le but est de récolter des données utiles pour lutter contre le nombre et la gravité des blessures, et partant, pour améliorer la sécurité dans le football. Au départ, l'étude s'est concentrée sur quelques clubs d'élite dans diverses régions d'Europe, pour s'étendre ensuite au tour final du Championnat d'Europe de football et aux différentes compétitions à limite d'âge organisées par l'UEFA. Ce projet est placé sous la direction du professeur Jan Ekstrand, vice-président de la Commission médicale de l'UEFA, qui l'a mené à bien avec son groupe de recherche de l'Université de Linköping en Suède. Les résultats présentés ici sont le fruit de plusieurs années de travail au sein de la Commission médicale de l'UEFA. Les objectifs de l'étude en cours sur les blessures dans le football interclubs sont les suivants:

- analyser le risque et le genre de blessures dans le football d'élite et suivre les variations dans les taux de blessures au fil du temps;
- réaliser des études spécifiques sur des thèmes proposés par les équipes médicales des clubs qui participent au projet;
- communiquer les constats aux clubs afin de stimuler le débat sur la prévention des blessures.

La pierre angulaire de ce projet est la collaboration avec les clubs. Les équipes qui participent fournissent chaque mois des informations concernant les blessures et le temps d'exposition des joueurs durant les matches et les séances d'entraînement. En retour, les équipes reçoivent les statistiques réalisées mensuellement. A l'issue de chaque saison, elles obtiennent en outre les résultats de l'étude sur la totalité de la saison pour leur club en particulier, ainsi que les moyennes des autres équipes.

Le présent article résume les résultats pour l'ensemble de la saison 2007-08 (de juillet 2007 à mai 2008) sur la base des données des 14 clubs ci-après,

que nous remercions vivement pour leur précieuse collaboration:

- **Belgique:** RSC Anderlecht, Club Brugge KV
- **Angleterre:** Arsenal FC, Chelsea FC, Manchester United FC

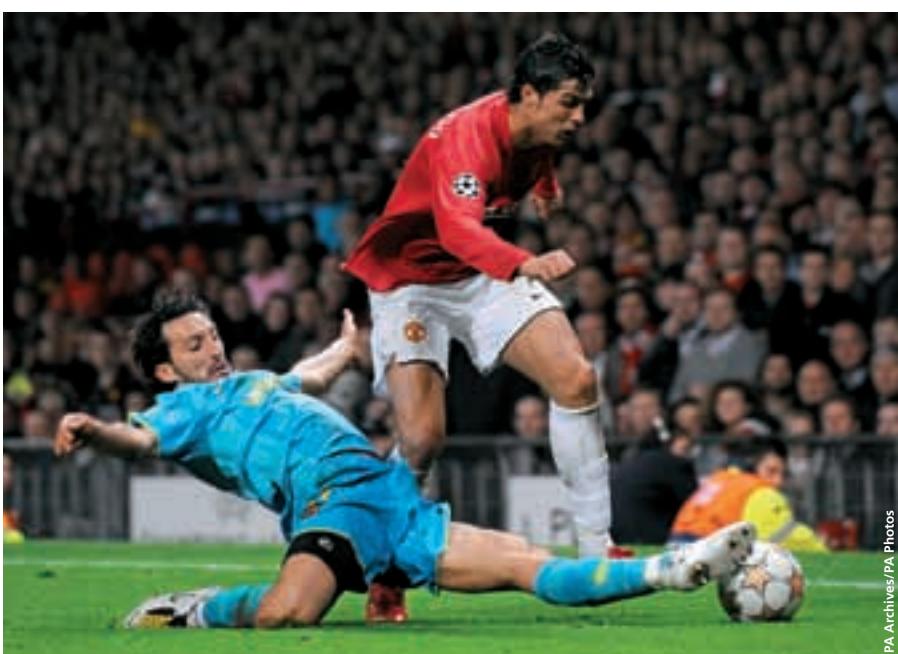
- **Allemagne:** Hambourg SV
- **Italie:** FC Internazionale Milan
- **Pays-Bas:** AFC Ajax, PSV Eindhoven
- **Portugal:** SL Benfica, FC Porto
- **Espagne:** FC Barcelone, Real Madrid CF
- **Ukraine:** FC Shakhtar Donetsk

Charge de travail: 1,4 match par semaine

Les équipes ont eu en moyenne 213 séances d'entraînement (entre 185 et 254) et 60 matches (entre 51 et 69) pendant la saison. En d'autres termes, elles ont eu en moyenne 5 entraînements et 1,4 match par semaine (entre 1,2 et 1,6). On obtient ainsi un rapport entraînement/match de 3,6 (entre 3,0 et 4,3).

Estimation: 50 blessures par saison, dont 10 graves

Un total de 831 blessures ont été enregistrées durant la saison 2007-08,



Barcelone et Manchester United ont participé à l'étude sur les blessures dans la Ligue des champions 2007-08.

PA Archives/PA Photos



Séance d'étirement pour les joueurs de Chelsea avant leur match contre Fenerbahçe.

457 d'entre elles durant les matches (soit 55%) et 374 pendant les entraînements (soit 45%).

En moyenne, un club de 25 joueurs doit s'attendre à 50 blessures environ par saison entraînant une absence aux séances d'entraînement et aux matches. La moitié d'entre elles seraient légères, c'est-à-dire qu'elles entraîneraient une absence de moins d'une semaine. Mais 10 environ seraient graves, avec une interruption d'activité de plus d'un mois.

Risque: inchangé en sept ans

Le risque de subir une blessure à l'entraînement est faible, environ 5/1000 heures d'exposition, en comparaison du risque pendant les matches, qui est six fois plus élevé (29-30/1000). Ce risque n'a toutefois pas augmenté durant les 7 années de l'étude.

Risque plus élevé dans le nord de l'Europe

On a comparé le taux de blessures entre les équipes du nord de l'Europe (Angleterre, Pays-Bas, Belgique, Allemagne et Ukraine) et celles du sud du continent (Italie, Espagne et Portugal): les premières ont un taux de blessures global de 40% supérieur à celui des secondes. Le résultat était le même pour le taux de blessures à l'entraînement et le taux de blessures lors de matches pris séparément.

De même, le taux de blessures graves et d'entorses des articulations/ligaments était supérieur dans les équipes du nord de l'Europe. La fréquence des claquages de muscles/tendons était en revanche similaire dans les deux groupes.

L'une des raisons de ces différences pourrait résider dans les moins

bonnes conditions aux niveaux du climat et du terrain dans les pays septentrionaux, qui augmenteraient le risque de blessure. Cependant, des dissimilarités dans les méthodes d'entraînement entre le nord et le sud de l'Europe pourraient constituer une autre explication plausible.

Blessure la plus fréquente: la déchirure des ischio-jambiers
Les blessures des ischio-jambiers (blessure du sprinter) sont les plus fréquentes au niveau élite, très probablement en raison de la vitesse et des accélérations dans le football moderne. Une équipe doit s'attendre à une dizaine de blessures des muscles de la cuisse chaque saison, dont sept aux ischio-jambiers (arrière de la cuisse) et trois aux quadriceps (avant de la cuisse).

Pourquoi est-il important d'éviter les blessures?

Les blessures ont un effet sur les performances. Elles affaiblissent l'équipe, perturbent la tactique de jeu et créent des incertitudes quant à la composition de l'équipe. Comme la performance constitue le fondement d'une équipe, éviter les blessures devrait représenter un objectif prioritaire pour les managers et les entraîneurs des clubs.

Répercussions des blessures graves

Une étude de la Super Ligue suédoise pendant les saisons 2001 et 2002 a révélé une relation de cause à effet négative entre le nombre de blessures graves (absence > 4 semaines) et la performance globale d'une équipe. Une autre étude, en Norvège celle-là, a également démontré l'existence d'une corrélation négative entre la performance et le nombre de jours d'absence suite à des blessures.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, le nombre moyen de blessures graves calculé dans l'étude sur la Ligue des champions de l'UEFA (UCL) est de 10 par saison. Ces blessures entraînent une absence d'une durée moyenne de 75 jours, soit au total 750 jours d'absence en moyenne par équipe et par saison. Ce chiffre représente 10% du temps d'exposition total (ou l'absence permanente aux séances d'entraînement et aux matches de 2 joueurs sur 25).

Comment éviter les blessures?

Les deux questions fondamentales à cet égard sont:
Quels sont les facteurs qui influent sur le risque de blessure?
Qui contrôle ces facteurs?

Pour répondre à la première question, il faut avouer que ces facteurs



Le risque de blessure s'est révélé plus bas pour les clubs du Sud, comme Benfica.



Toutes les blessures ont été enregistrées et classifiées.

sont nombreux. Les plus importants sont:

- Facteurs liés aux joueurs (blessures antérieures, force, coordination, souplesse, etc.)
- Charge (planification de la saison, quantité d'entraînements, nombre de matches, récupération/repos, etc.)
- Facteurs liés au club (philosophie, tactiques de jeu, cohésion, service médical, etc.)

La méthode la plus courante pour prévenir les blessures consiste à s'attaquer aux facteurs liés aux joueurs eux-mêmes, à savoir d'établir un programme d'entraînement préventif spécifique. Ce dernier englobe le développement et l'entretien de la force, de la coordination, de la souplesse, de la capacité respiratoire, etc. Ces mesures doivent certes être prises, mais elles sont insuffisantes pour réduire le risque de blessure global.

Les joueurs d'élite sont exposés à une charge considérable, les changements dans cette charge étant également un facteur important. La dose d'entraînement, le nombre de matches, la planification globale de la saison et l'équilibre entre charge et récupération sont autant de facteurs clés à prendre en considération.

Par ailleurs, cette étude montre qu'il faut aussi tenir compte d'éléments liés à la gestion du club, car ces facteurs jouent également un rôle dans la fréquence des blessures. La sélection de l'entraîneur, des joueurs et des membres de l'équipe médicale est essentielle certes, mais il faut aussi veiller à la cohérence de l'ensemble. Le professeur Mehmet Binet (lui aussi membre de la Commission médicale de l'UEFA) a mené une étude de son côté, qui a

révélé que certaines équipes en Turquie présentaient un nombre de blessures spécialement grand pendant les entraînements, qui semblait lié à la fréquence des changements d'entraîneur. La tendance générale qui ressort de l'observation des équipes de l'UCL pendant sept ans est que les clubs présentant une bonne cohésion interne enregistrent moins de blessures que ceux où il y a des changements relativement fréquents de l'entraîneur et/ou du personnel médical. Cette tendance a pu être décelée parce qu'une partie des équipes suivies ont eu le même entraîneur pendant les sept ans, tandis que d'autres en ont changé plusieurs fois.

Certaines philosophies spécifiques d'un club ou des tactiques de jeu particulières influent également sur le risque de blessure.

Pour éviter le risque de changements trop brusques de la charge (c'est-à-

dire excessifs pour le corps humain), certains clubs décident de mettre en œuvre un programme de prévention, sans tenir compte de l'identité de l'entraîneur. Or le style de jeu d'un club ou d'une équipe peut également jouer un rôle dans la fréquence des blessures. Le football technique, reposant sur le jeu à une touche de balle, réduit ainsi le risque de blessure durant les matches (car ces blessures résultent le plus souvent d'un contact).

Qui contrôle les facteurs de blessure?

La ou les personnes chargées de la prévention des blessures doivent vérifier ces différents facteurs et agir sur eux. Ainsi, l'équipe médicale a normalement la vue d'ensemble sur les facteurs liés aux joueurs et peut donc élaborer des programmes d'entraînement préventif adaptés aux différents joueurs.

FRÉQUENCE DES BLESSURES

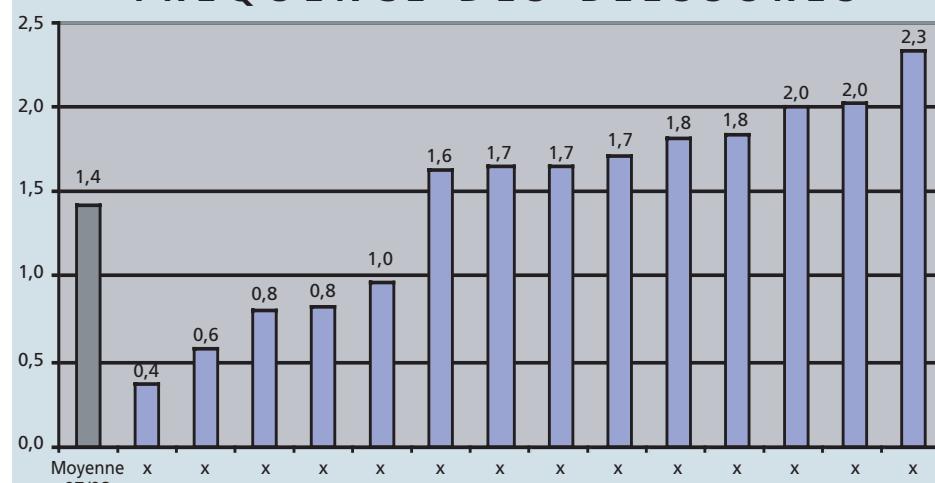


Fig. 1. Fréquence des blessures graves (provoquant une absence de plus d'un mois) exprimées en nombre/1000 heures d'exposition. Chaque colonne représente une équipe.



Une bonne préparation physique permet aux joueurs de mieux résister aux charges.

Getty Images

La charge subie par les joueurs est en revanche généralement contrôlée par le personnel d'entraînement, tandis que les facteurs liés au club dépendent du manager et du conseil d'administration. En clair, au niveau du football d'élite, l'entraîneur et le manager du club assument des rôles clés eu égard à la prévention des blessures.

Constats: quelle importance pour la direction?

Les clubs participant à l'étude reçoivent des résultats tous les trois mois ainsi qu'un rapport détaillé à la fin de la saison. Ce dernier, qui compte généralement une quarantaine de pages, contient des statistiques globales pour le club ainsi que les moyennes pour les autres équipes. La figure 1 donne un exemple du taux de blessures graves (absence dépassant un mois) exprimé en nb/1000 heures d'exposition. Chaque colonne représente une équipe.

A l'occasion de nos visites régulières aux clubs, les équipes médicales ont toujours demandé de recevoir les statistiques qui pouvaient avoir des répercussions pratiques et fournissaient des informations importantes pour les entraîneurs et les managers. Un exemple de ce type est la disponibilité de l'équipe, qui est essentielle, car elle reflète le potentiel mobilisable de l'équipe. Le rapport contient ainsi des statistiques concernant le pourcentage de joueurs absents des entraînements et des matches en raison de blessures, tout comme le nombre de séances d'entraînement/matches manqués pour cette même raison.

A la recherche de l'excellence

Les clubs d'élite tiennent généralement leurs propres statistiques

internes. L'intérêt de l'étude de l'UEFA réside toutefois dans le fait que les clubs peuvent évaluer leurs chiffres et les interpréter à la lumière des moyennes basées sur tous les autres clubs. Ces statistiques révèlent clairement le risque et le genre de blessure dans une équipe par rapport à d'autres. En général, le personnel médical se fixe des objectifs ambitieux et recherche constamment des informations qui pourraient l'aider à prévenir les blessures dans l'équipe. Au début de la saison 2007-08, la notion de «recherche de l'excellence» a été intégrée dans l'étude. Cela signifie qu'à la fin de la saison, lorsque le groupe d'étude procède aux analyses préliminaires, il prend contact avec les deux ou trois clubs qui ont enregistré les meilleurs résultats pour les différentes variables (par exemple,

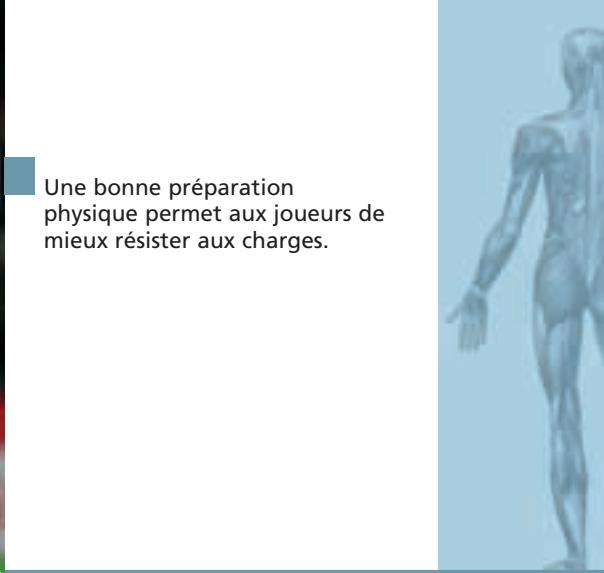
blessures graves, blessures musculaires, blessures à répétition, disponibilité de l'équipe, etc.) et leur demande leur avis sur les raisons de ces bons résultats. Ces avis sont ensuite intégrés (anonymement) dans le rapport de fin de saison, fourni au lecteur une liste d'éléments qui permettraient d'améliorer la situation.

L'essentiel en deux phrases

Une bonne coordination/communication entre le manager du club, le personnel d'entraînement et l'équipe médicale est la clé d'une prévention efficace des blessures. Les constats établis au cours des sept années d'étude indiquent nettement que les clubs où la communication et la coopération entre ces parties fonctionnent bien ont réussi à réduire le taux de blessures.



Dans le feu de l'action, les risques que l'on peut faire courir à l'adversaire ne sont pas forcément contrôlés.





UEFA
Route de Genève 46
CH-1260 Nyon
Suisse
Téléphone +41 848 00 27 27
Télécopie +41 22 707 27 34
uefa.com

Union des associations
européennes de football

