



Colloque Médical FFA

Prises de note de Danielle DONNIO - Novembre 2011

Dans le cadre du plan de développement Antilles-Guyane, la FFA et la Ligue régionale d'Athlétisme, ont organisé des rencontres pour informer et permettre des échanges autour de l'athlétisme, entre les professionnels de santé et le mouvement associatif. Les axes développés présentent particulièrement les aspects dans la pratique de l'athlétisme toutefois les différents thèmes traités sont transversaux, comme la nutrition, les dérives addictives, les blessures, la récupération... Ils concernent autant la pratique à haut niveau que celle du loisir. Un des objectifs principaux est de sensibiliser le public sur la pratique sportive comme un outil de santé autant pour les sportifs confirmés que chez les débutants, du jeune à l'adulte.

Dr Rollin BELLONY

Etude sur l'alimentation de nos populations dans le cadre de la « Pirogue humanitaire ».

Présentation

La population pluri ethnique a des modes de vie différents en fonction des régions, centre, est, ouest, littoral. La population augmente, multipliée par 3 en 15 ans. Les comportements alimentaires de la population varient selon la zone géographique et se modifient avec cette forte évolution démographique et les changements dans la société.

Les études portent sur l'alimentation, l'hypertension artérielle et l'obésité. Un lien est établi entre les risques de maladies cardiovasculaires et les comportements alimentaires mais aussi avec les croyances selon les ethnies.

Le Dr BELLONY a mis en place une Table Alimentaire des produits de Guyane, avec les équivalences de teneur en nutriments, en oligo éléments, en calories, en glucides, protides et lipides.

Une étude anthropométrique a été menée avec les indicateurs de poids, taille, IMC (poids divisé par la taille au carré, reflet de la masse grasseuse) et périmètre abdominal sur un échantillon de 2900 personnes, résultats pondérés par l'âge, le sexe, la domiciliation et l'appartenance culturelle.

Constats

| | | | | | |
|--------|----------|--------|-----------------|----------------|-----------------|
| NORMAL | SURPOIDS | MAIGRE | OBESITE modérée | OBESITE sévère | OBESITE morbide |
| 32% | 35% | 4% | 19% | 7% | 3% |

| | | |
|--------------------------------|-----|-----|
| PRATIQUE UNE ACTIVITE PHYSIQUE | OUI | 34% |
| | NON | 66% |

| | | | | |
|--------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Moyenne IMC Guyane | Périmètre abdominal Homme Guyane | Périmètre abdominal Homme Normal. | Périmètre abdominal Femme Guyane | Périmètre abdominal Femme Normal. |
| 29 | 102 | 90 | 90 | 80 |

La ration alimentaire sur le fleuve comme sur le littoral est de 2600 Kilo calories avec une large proportion de glucides, d'où une glycémie supérieure à 1g. Le sel est également consommé en excès. Les populations bushinengues consomment sucré et salé, les brésiliens gras et sucré. Les créoles consomment des produits laitiers sous forme de lait concentré, sucré, ce qui n'est plus un aliment pauvre dès qu'il est transformé.

Analyse

- ❖ Les populations les plus exposées aux dangers sont les femmes, créoles, buschinengues, brésiliennes ou il y a une forte prévalence de l'obésité.
- ❖ Lien étroit entre l'hyper tension, l'absence d'activité physique et le poids. Plus l'activité physique est nulle, plus le risque d'hypertension est grand. Obésité et sédentarité sont parallèles.
- ❖ Tout repose sur la consommation de glucide et dépend de l'index glycémique.

Prévention : Le match commence à table.

Enjeu d'une alimentation équilibrée associée à une pratique sportive, avec un aménagement et un accompagnement. Un peu de physiologie : la compréhension du rôle du mouvement dans la dégradation de l'ATP et de sa transformation en énergie, carburant du muscle... chaînon de base des brûleurs de calories, de graisse.

Les apports alimentaires doivent être adaptés à chaque pratique physique ou sportive avec un juste équilibre entre les apports et les dépenses.

Les erreurs alimentaires doivent être évitées : « TROP » de glucides simples, sorbets, sodas, gâteaux, desserts lactés..., de graisses, charcuteries, friture, viandes grasses... « PAS ASSEZ » de fruits et légumes, de produits laitiers nature, d'eau...

Qu'est ce qu'une alimentation structurée ? Sucres lents, consommation modérée de sucres rapides, protéines, lipides, minéraux, vitamines, fibres et eau.

Conclusion

5 mots clés :

- ❖ Quantité
- ❖ Qualité
- ❖ Répartition
- ❖ Hydratation
- ❖ Diversité

3 conseils :

- ⇒ Repas structuré
- ⇒ Sport et santé
- ⇒ Vivre en bonne santé et plus longtemps

Dr Ivan ZAGORI

L'hydratation du sportif en milieu chaud et humide. Coup de chaleur et course à pied.

L'homme est un homéotherme, à priori 37° Celsius de température interne. La température est maintenue grâce à la thermo régulation qui se fait par convection (vent, vitesse de déplacement, air au niveau de la peau), sudation, évaporation, radiation (soleil) ou conduction. Pour thermo réguler, il faut que la sueur passe de son état liquide à l'état gazeux, autrement dit la sueur se transforme en gaz, en vapeur d'eau. Or, en Guyane, l'hygrométrie est telle -environ 90%- que la sueur a peu de possibilité de se transformer en vapeur d'eau, avec une température extérieure aux alentours de 30°Celsius. Le principal système, la sudation fonctionne très mal car l'évaporation existe peu ici. Donc en fait quand on sue, l'eau coule et déshydrate mais on ne thermo régule pas dans les climats tropicaux. Dans les climats secs, on sue, on thermo régule, on baisse la température, il suffit de boire pour réhydrater. La chaleur est un stress pour l'organisme.

La sudation consomme de l'énergie, de l'eau, du fer, du sodium, du magnésium. La sudation fait diminuer le volume sanguin destiné aux muscles actifs, car une partie est détournée vers la périphérie, vers les territoires cutanés pour thermo réguler, entraînant une réduction d'apport d'oxygène au muscle, et donc ayant une incidence sur la performance.

La non hydratation peut avoir des conséquences désastreuses en milieu tropical lors des efforts physiques. Le sportif fait la course entre les pertes et l'absorption. Les pertes sudorales doivent être remplacées. Un déficit hydrique est préjudiciable.

Comment et que consommer ?

Trop d'apport hydrique peut entraîner un spasme pylorique, il est donc conseillé de boire en petites quantités.

La minéralisation, l'apport en hydrate de carbone.

L'hyper osmolarité de la boisson est un facteur déterminant : si elle contient trop de glucose, sup à 10%, il y a risque de spasme pylorique.

La température de la boisson : comprise entre 10 et 15°, cela est plutôt conseillé car si c'est trop chaud (15°) le goût n'est pas très bon et le sportif n'a pas envie de boire, si trop froid (inférieure à 10°) cela entraîne une modification de l'hypothalamus et donc du cycle de la soif.

Il est nécessaire de générer un plan d'hydratation volontaire lorsqu'on court par exemple, conseille dans les épreuves d'endurance. La soif n'est pas un bon indicateur car l'inertie du volume intra globulaire entraîne un retard dans le déclenchement de la sensation de soif. Une ré hydratation préalable est nécessaire : avant compétition, plusieurs heures, plusieurs jours : 4litres/24 heures pendant 7 jours pour augmenter le volume intra globulaire, ce qui va favoriser les échanges et le transport cellulaire.

Dans les épreuves de longue durée, les facteurs limitants sont les déficits glucidique et hydrique.

Un sujet entraîné a un débit sudoral plus précoce avec une hypersudation (malheureusement pas efficace en milieu tropical) et une excrétion ionique (sodium) plus faible.

Hygrométrie proche de 100%, température extérieure de 25°

+ Absence de thermo régulation = $\nearrow T^{\circ} \text{ corps} = \nearrow \text{sudation} \Rightarrow$ Hyper thermie d'effort, coup de chaleur d'exercice.

Ex : 2007 Marathon de Chicago, T° 30°, Humidité 86% = 1 mort, 350 hospitalisés.

Pertes en électrolytes, perturbation du statut du Fer et du Magnésium.

La déshydratation (perte d'eau en pourcentage de poids de corps) entraîne une diminution de la performance : 1% de déshydratation = 10% de perf en moins. La « perf » descend d'autant plus vite qu'il fait chaud car on se déshydrate d'autant plus vite.

La fatigue aiguë et chronique survient vite.

Comment faire dans la pratique ?

Tester les boissons, la température, les goûts (sucré si apport d'hydrates de carbone, salé si bicarbonate avec apport de sodium qui a un effet tampon). Il est important de diluer les boissons toutes faites car elles ont une concentration maximale et l'organisme sature lors de leur absorption.

Avoir un plan hydrique, une stratégie au quotidien.

Il a été conseillé de boire tant par unité de temps : 250 millilitres par quart d'heures, un demi litre toutes les demi-heures, etc. Ce n'est plus une théorie actuelle avec toutes les recherches actuelles, on préconise de boire quand on veut et le plus possible, les quantités dépendent de chacun.

Attention aux facteurs de risques !

Favorisants extrinsèques :

- ❖ Type d'effort physique, d'épreuve : marche forcée, marathon
- ❖ Température ambiante élevée
- ❖ Absence de vent
- ❖ Non respect de période d'acclimatation (outre mer 1 à 2 semaines)

Favorisants intrinsèques :

- ❖ Pathologies chroniques, insuffisance rénale
- ❖ Surcharge pondérale
- ❖ Maladie de peau sudorale
- ❖ Défaut d'entraînement
- ❖ Fatigue, privation de sommeil
- ❖

Diagnostic : Phase prodromique souvent négligée par le sujet sportif.

- ❖ Asthénie
- ❖ Crampes
- ❖ Soif intense
- ❖ Frissons
- ❖ Céphalée
- ❖ Troubles du comportement
- ❖ Douleurs abdominales

Traitement

- ❖ Réagir très vite « l'heure d'or »
- ❖ Ventiler, déshabiller, asperger d'eau, glace sur les racines des membres
- ❖ Pas d'administration d'antipyrétique
- ❖ Remplissage : sérum salé froid 1 litre la 1^{ère} heure
- ❖ Oxygénation masque
- ❖ Ne pas faire boire ni alimenter
- ❖ Si convulsion benzodiazépine (risques de complication viscérale hépatique)

Prévention

- ❖ Diffusion d'information large
- ❖ Education des encadrants sportifs
- ❖ Hydratation abondante
- ❖ Acclimatation

Dr Jean ISRAEL

La mort subite: exemple en athlétisme

Quelques indications

1/50000 pratiquants victime/an.

Survient pendant l'entraînement le plus souvent, peu en compétition.

Facteurs avec antécédents cardiaques familiaux ou personnels.

Risque augmente lors des efforts intenses.

Risque majeur chez les sujets non entraînés, beaucoup moins chez les sujets entraînés.

Stress de la compétition est un facteur supplémentaire car il entraîne une sécrétion d'adrénaline, le cœur travaille plus.

Nécessité de période de récupération immédiate et surveillance.

Facteurs aggravants : comportements addictifs (fumer, tabac, cannabis) consommation de boissons énergisantes.

Définition

- Arrêt cardiaque = absence de battements cardiaques
- Fibrillation ventriculaire
- Concentration plasmatique
- Acidose métabolique

Les causes

Malformations et maladies congénitales, anomalies coronaires ; dans 90% des cas : anomalie cardiaque préexistante.

Précautions

Entre 40 et 50 ans, surveillance pour les pratiquants Foot, Basket, marathon, Epreuves de longue durée (statistiques).

Les Hommes sont des cibles, plus que les Femmes.

Pas de sport intense en cas de fièvre (grippe + fièvre).

Recommandations

Echauffement et récupération

Hydratation

En milieu tropical ou la température dépasse 30°, éviter les efforts à intensité trop élevée.

Remarque et complément d'information issus de la conférence d'Olivier HUE, professeur à l'université Antilles-Guyane, directeur du laboratoire ACTES en Guadeloupe, lors du colloque international « Préparation physique et sportive et performance athlétique en milieu tropical » Octobre 2010 Martinique.

Ce qui ressort des différentes études, c'est que l'on met à mal beaucoup de croyances comme au sujet de l'hydratation « boire avant d'avoir soif », de la température de la boisson, de la thermorégulation chez les enfants.

Explications :

- Avant on pensait que quand la soif arrivait, il était trop tard. Non. Tout le monde est d'accord pour dire que quand le système nerveux végétatif, celui qui fait qu'on survit, nous donne l'information qu'on a soif c'est parce qu'il va falloir boire, et non pas parce qu'il aurait fallu boire ! Donc, toutes les expérimentations actuelles montrent que la meilleure solution, c'est de boire quand on a soif, le plus possible. Si on ne veut pas boire, c'est qu'on n'a pas besoin ! Des recherches ont mis en évidence que la performance descend d'autant plus vite qu'il fait chaud parce qu'on se déshydrate d'autant plus vite. Mais est ce pour autant qu'il faut boire autant qu'on peut ou le plus qu'on peut ? Une expérimentation a été menée où des sujets avaient une performance à réaliser en cyclisme, en climat chaud et humide. Certains n'avaient pas le droit de boire, d'autres de mettre un liquide dans la bouche et de le rejeter, sentir le liquide dans la bouche me permet-il de mieux thermo réguler ? d'autres remplaçaient leurs pertes sudorales de 1/3, d'autres de 2/3, d'autres remplaçaient la totalité de leurs pertes et enfin d'autres buvaient quand ils voulaient et la quantité voulue. Le résultat : que ce soit en termes de température rectale à la fin de l'exercice, donc l'hyperthermie, que ce soit en puissance développée ou que ce soit en performance finale, quand on boit quand on veut, ce n'est pas moins bien que quand on boit tout ce qu'on peut. La théorie actuelle c'est vraiment de boire quand on a soif.*
- Une autre croyance, c'est la température de la boisson qu'on ingère. Les données sont simples. Plus on boit froid, mieux on performe (en milieu tropical, pas sur le marathon de New York). L'expérimentation porte sur des sujets qui ont ingéré une boisson de contrôle et les mêmes sujets ont fait la même expérience avec une boisson à 4°. Résultat : ils performent mieux en temps total quand ils ont bu froid que quand ils ont bu une boisson à température ambiante. C'est très simple. Quand vous mettez du froid dans quelque chose de chaud, la température baisse et quand vous mettez du chaud dans du chaud, il ne se passe rien. Et il n'y a aucun article scientifique qui a démontré que boire quelque chose de froid altérerait les capacités de captation par le système digestif de ce que vous donnez. Il n'y a pas d'effet. Par contre cela refroidit et c'est ce qui est recherché. Il y a même des australiens qui ont montré qu'en donnant de la glace pilée avec de la boisson, cela refroidit mieux et donc le sujet performe mieux. Alors performe-t-il mieux parce qu'il refroidit ou parce qu'il a l'impression qu'il chauffe moins ? On ne le sait pas mais on constate qu'il performe mieux. Donc, il est clair que quand les gens s'entraînent en climat tropical, il vaut mieux qu'ils boivent le plus froid possible si vous voulez que la charge d'entraînement soit la plus grande possible, parce qu'à un moment donné s'ils ont trop chaud, ils s'arrêtent.*
- Pendant longtemps en France et ailleurs on a pensé que les enfants thermo régulaient moins bien que les adultes. Pourquoi ? D'une part ils ont moins de glandes sudoripares. Ils ont certes un rapport surface/poids corporel qui est meilleur que les adultes, mais pour une même intensité et une même quantité d'activité musculaire, ils produisent plus de chaleur. Autrement dit s'ils produisent plus de chaleur, il faut qu'ils évacuent plus facilement. Ces données là sont largement remises en cause actuellement. Trois articles récents venant des USA et validés par la CSM, société américaine de médecine du sport, montrent que les enfants pré-pubères, suent moins que les adultes, que ce soit en quantité totale ou par glande, quand on rapporte la quantité de sueur par rapport au poids corporel des enfants, ils suent pareil. Autrement dit ce qui ressort de ces études, c'est que les enfants ne thermo régulent pas pareil, mais pas moins bien, ils thermo régulent différemment. Ils ont une capacité à évacuer la chaleur plus facilement au niveau radiation, ils ont plus de volume sanguin qui passe au niveau cutané. Ils suent moins mais globalement rapporté au poids corporel, ils suent autant. Donc tout est remis en cause sur la problématique, peut on entraîner des enfants en milieu tropical ? oui, ils se comportent simplement différemment en termes de ce qu'ils utilisent pour arriver aux mêmes capacités de thermorégulation.*

M. Gérard SOULIER, podologue pédicure

L'examen clinique du pied en podologie du sport

Le pied est un chef d'œuvre architectural, il est constitué de 26 os, d'articulations et de muscles. Il est nécessaire de s'en occuper, de façon préventive surtout chez les sportifs.

Le bilan de pédicurie

Il permet de déceler les affections épidermiques :

- Cor : origine frottements, signe douleur, traitement ôter les couches cornées, protection butée de chaussures.
- Œil de perdrix entre les orteils : origine macération peu de ventilation dans les chaussures, traitement abrasion des couches cornées et ôter le nucléus.
- Durillon : face plantaire 2ème métatarsien, ôter les couches cornées mais en prévention orthèses plantaires pour modifier la pose plantaire.
- Verrue plantaire : virus, douleur à la racine vers les terminaisons nerveuses (côté psychosomatique et nerveux) traitement dermatologique avec acide concentré.
- L'ampoule ou phlyctène : frottements, percer pour évacuer le liquide et injecter de l'éosine, en prévention crème anti échauffement, chaussettes propres et adaptées.
- L'intertrigo mycosique : humidité, mauvais séchage entre les orteils, traitement anti fongique, ôter les peaux mortes, prévention talc dans les chaussettes.
- Ongle incarné : origine intrinsèque profil de l'ongle, couper l'ongle au carré droit et non en rond.
- Mycose unguéale (ongle): soins répétitifs, ortho plasties avec un modèle sur l'orteil pour que la pression de la chaussure se fasse sur la prothèse et non sur l'orteil, ortho nixie agrafes pour désenclaver l'ongle.

Le bilan de podologie

Statique : l'anamnèse clinique, le podoscope, le podomètre posturo graphique permettent de voir la pression exercée par le pied.

Dynamique : le podomètre électronique, plate forme, fait une cartographie des pressions plantaires et permet le suivi du centre de poussée : phase d'amorti phase courte quand le talon entre en contact avec le sol, phase d'appuis lors du contact avec la partie postéro externe du talon, phase de propulsion entre le 1^{er} et le 2ème orteil. Le plateau technique informatisé permet une analyse de la posture, de la foulée avec placement de caméras au niveau des talons (mesure des angles entre chaussure et jambe) et au niveau de la ceinture scapulaire, avec enregistrement multifocal de la séquence et analyse comparative pied nu, pied chaussé.

L'examen permet chez un sportif d'être conseillé en choix de chaussures.

Le rôle du podologue :

- Préventif : Intervention sur le terrain en prévention dans les clubs pour optimiser le rendement et éviter les blessures.
- Curatif : selon la pratique sportive et la sollicitation importante des appuis multidirectionnels, il est nécessaire d'atténuer les défauts de pronation, supination, dissymétrie, de corriger avec la confection d'orthèses plantaires, semelles thermo formées.

Le pied est primordial, il est un levier très puissant. Le système suro achilléo plantaire est un maillon de propulsion du membre inférieur, il joue le rôle d'amortisseur, de ressort, il restitue 50% de l'énergie (pliométrie)...

Les courses, sprints et haies sont autant de phases d'appuis, d'amortissement, de poussée, de succession de phases pliométriques, combinaison de compression de l'avant pied et de la résultante des forces.

Les technopathies des courses, pathologies du pied.

- Méta tarsalgies
- Sésamoïdopathies (1^{er} segment sollicité dès la propulsion)
- Tendinopathies calcanéenne (usure du tendon d'Achille)
- Aponévrosite plantaire (forces s'exercent sous le pied, récepteur important qui est la continuation du mollet, reçoit toutes les forces transmises de l'arrière vers l'avant et enflamment)
- Périostite tibiale, décollement entre les feuillets profonds et superficiels du tibia, (irritation des insertions tendineuses), lié à la traction des tendons du tibia postérieur, aggravé par une morphologie valgus calcanéen du pied.
- Fracture de fatigue
- Impingement syndrome, ossification tibio astragalienne antérieure, par surmenage fonctionnel en flexion dorsale et plantaire, favorisé par les départs rapidité et puissance.

Les sauts sollicitent le pied avec des appuis appel pied à plat (hauteur), action de griffé violent sur la planche d'appel, réception pieds en avant (longueur), foulée bondissante avec poussée longue en relais de griffé de réception (triple saut).

Les technopathies des sauts, pathologies du pied.

- Tendo synovite du 1^{er} rayon, muscle de l'avant du pied, douleur en flexion
- Tabalgies, contusion du calcanéum, choc au talon
- Lésion du scaphoïde et du tibia postérieur, zone interne sous malléole, mauvaise position lors de l'impulsion
- Rupture du tendon calcanéen, forces énormes à l'impulsion (signe de Thompson)

Traitement

- ❖ Place de l'entraîneur dans la correction du geste sportif et du réapprentissage du geste sportif
- ❖ Place du médecin, traitement médical (antalgique, mésothérapie)
- ❖ Place du podologue dans la correction morphologique de l'appui plantaire
- ❖ Place de la rééducation pour renforcer et ré-athlétiser

Une cause à ne pas oublier : La surface de travail

- Le revêtement synthétique fait son apparition aux JO de Mexico en 1968.
- Propriétés de renvoi, de dynamique propulsive qui optimise les performances.
- Plus la piste est active, plus la sollicitation des tendons est importante (caractéristiques des pistes et impact).
- Effet pervers : syndrome du Tartan, qui entraîne des blessures multiples.
- Nouveau revêtement : avec le Mondo, surface dure et rapide, les risques de blessures augmentent.

Conseils

S'entraîner sur revêtements diversifiés et sur terrains variés, souples pour faciliter la proprioception.

Définition

« La structure gouverne la fonction » Apparition sous l'impulsion du docteur AT STILL dans la 2nde moitié du 19^{ème} siècle aux USA.

Médecine manuelle complémentaire de la médecine traditionnelle.

Art qui permet de diagnostiquer et traiter les dysfonctions de mobilité des tissus.

Examen

- ❖ Interrogatoire diagnostique
- ❖ Examen de la mécanique du corps humain, la posture, les troubles statiques, par palpation de la texture tissulaire pour déceler les anomalies, recherche des dysfonctions, des asymétries.

Techniques Ostéopathie

- Structurale : thrust, manipulation douce avec haute vélocité, ou par impulsions, travail général des mouvements articulaires pour libérer les attaches, par manœuvres myo tensives contraction-relâché-tension, points de réflexe et étirements
- Viscérale
- Des fascias
- Crânienne

Application, type de dysfonctionnements

- Des membres supérieurs : scapulo humérale
- Des membres inférieurs : syndrome du TFL (genou extérieur, syndrome de l'essuie glace), rotulien, tendinopathie, périostite
- La colonne vertébrale : rachialgies, radiculalgies
- Le rachis cervical : tocolis, céphalées, névralgies cervico brachiales, syndrome du défilé thoraco brachial
- Le thorax et le rachis dorsal : dorsalgies, intercostalgies, cruralgies, sciatalgies, syndrome de la crête iliaque
- Le bassin : dysfonction sacro iliaque, pubalgie, contracture du psoas iliaque, du piriforme, du pyramidal, du nerf pudendal

Prévention

- Gainage
- Délordose lombaire
- Etirements
- Travail contre résistance

Soins aux sportifs

- Tensions pré compétitives, tensions musculaires : manœuvres de positionnement techniques et fonctionnelles
- Douleurs viscérales, du diaphragme, coliques, automassage et respiration abdominale
- En cas d'accident comme une entorse, aide à la résorption de l'hématome
Contre indications vertébrales : Fractures

Dr Frédéric DEPIESSE

Le conseil minimal d'activité physique : un outil de santé publique

Constat

Les professionnels de santé dispensent peu de « conseil de prévention santé » : moins de 5 minutes y sont consacrées pour une consultation moyenne de 13 minutes.
Ils proposent « d'aller marcher pour la santé » mais ils ne prescrivent pas.

Objectif

Il est important de mettre en place une politique de consulting, d'éducation thérapeutique, un acte d'accompagnement. Il faut créer les conditions pour que le patient s'engage dans l'activité physique. Le relais sur le terrain se fera avec un Coach Athlé Santé, avec les entraîneurs qui sont sur le terrain pour adapter la pratique au besoin. Il faut entrer dans une logique d'accompagnement, motiver et entretenir cette motivation sur la durée.

Théories

Qu'il s'agisse du diagnostique éducatif selon D'IVRNOIS et GAGNAIRE ou de la théorie du changement de comportement de PROCHASKA, fondateur de l'approche transthéorique, toutes vont être utilisées pour l'activité physique et la motivation.

Un lien est établi entre le travail sur les émotions, les stades de motivation par rapport à des changements de vie. Les modifications de comportement, de l'indifférence à la précontemplation puis à la contemplation vont permettre d'entamer un travail selon 5 stades :

- Motivation
- Processus cognitif qui va étudier les bénéfiques/risques
- Processus comportemental je peux/je veux
- Assister la mise en place de l'activité Physique
- Mettre en place un plan de suivi avec les éducateurs sportifs en club, structure associative

Le positionnement des professionnels de santé et des entraîneurs

- ❖ Adopter une attitude empathique et réfléchie
- ❖ Comprendre le sujet et lever les résistances
- ❖ Valoriser et positiver, efficacité personnelle
- ❖ Accompagner le succès
- ❖ Respecter le sujet
- ❖ Développer l'autonomie

Conclusion

« Lutter contre la sédentarité et ses conséquences » « Vouloir s'inscrire dans une structure sportive »

Pourquoi un réseau sport-santé ?

- Nécessité croissante de santé
- Arguments scientifiques incontournables : étude INSERM
- Recommandation OMS 2010
- Commande publique ARS Agence Régionale de Santé
- Des priorités de santé et un contexte favorable en Martinique

Quoi ?

La santé par l'activité physique régulière : un dispositif d'accompagnement adaptée proposé à un public sédentaire, 10 séances encadrées par les éducateurs sportifs et entraîneurs de clubs et suivies par un professionnel de santé.

Pour qui ?

- Diabétique
- Obèse
- Hypertendu
- Atteint de maladies chroniques
- En priorité la femme

Qui agit ?

Les professionnels de santé, les structures sanitaires et médico-sociales et les structures sportives.

Quelles actions ?

- Former les médecins à prescrire
- Former les éducateurs sportifs à adapter leurs pratiques
- Dynamiser et coordonner les acteurs

Dr Françoise FRAISSE

L'Athlétisme et l'enfant.

Constat : Pourquoi autant d'enfants sportifs ?

- 660 licenciés en Guyane
- Jeunes très sollicités par les pratiques sportives

Droits de l'enfant dans le sport :

- De faire du sport
- De s'amuser pour jouer
- De bénéficier d'un milieu sain
- Dignité
- Sécurité
- Temps de repos
- De ne pas être un champion
- De bénéficier d'une pratique adaptée

Conseils

- Si l'enfant ne fait pas de sport : il faut l'inciter.
- Si l'enfant fait trop de sport : il faut surveiller la pratique intensive, au-delà de 10h/semaine c'est important d'accompagner, d'accorder une attention à l'hygiène de vie, d'informer sur le dopage.
- Nécessité de respecter l'évolution physique, psychique, psychomotrice et psychologique de l'enfant
- Connaître la dynamique de croissance pour adapter le sport à l'enfant
- La douleur est un facteur limitant à surveiller

Connaissances de base sur la croissance

- Pic de croissance de taille dans l'année
- Les filles sont plus matures que les garçons au niveau de l'âge osseux
- Accélération de la croissance du rachis à la puberté

Assurer un statut nutritionnel satisfaisant

- Apport de Calcium indispensable (rôle de protection cellulaire)
- Complémenter avec Sodium et Chlore pour compenser les pertes sudorales (1,5g de sel par litre d'eau)
- Supplémenter en Vitamine D

Dr Martine PREVOST, médecin FFA

Précautions à prendre sur le plan cardiaque dans la pratique athlétique des vétérans.

En France, 1500 à 2000 personnes meurent de « mort subite » durant la pratique d'activités physiques et sportives, dont moins de 50 cas âgés de moins de 35 ans. 90% des cas présentent des origines cardio vasculaires.

Le risque varie en fonction du niveau d'entraînement :

- 1 mort subite pour 200 000 jeunes compétiteurs
- 1 mort subite pour 50 000 pratiquants réguliers
- 1 mort subite pour 15 000 sportifs du « Dimanche »

Le risque varie en fonction de l'âge et du sexe :

- Hommes entre 35 et 40 ans
- Femmes entre 45 et 50 ans

Facteurs de risque cardio vasculaire :

- Activité dynamique forte, comme le stress : le débit cardiaque est multiplié par 5 au niveau de la VO2 du myocarde
- Le sport
- La biologie : sucre et cholestérol

Dépistage :

- ECG pour tous après 35 ans
- Epreuve d'effort cardio vasculaire
- Signaler douleur, palpitation, malaise

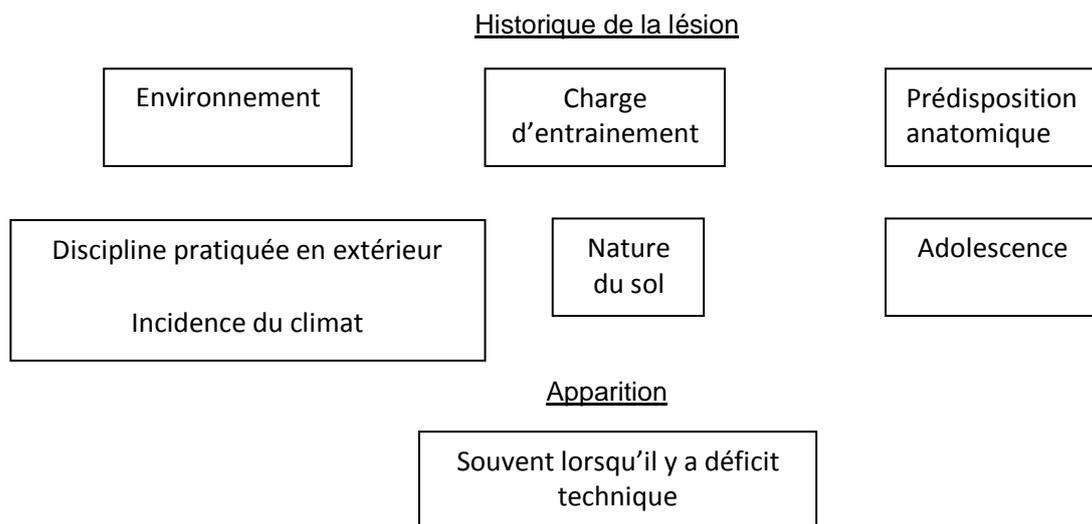
Prévention :

- Éviter les activités intenses par des températures >30°C ou >5°C sauf si acclimatation
- S'hydrater

- Ne pas fumer
- Proscrire les substances dopantes
- Eviter l'auto médication
- Ne pas pratiquer si fièvre
- Utiliser un cardio fréquence mètre... si besoin

Dr Cyprien BOURILHON

1 an de statistiques sur les blessures en compétition : l'exemple de la LIFA.



Dr Frédéric DEPIESSE

Les données épidémiologiques des blessures en athlétisme

- ✓ Les blessures les plus fréquentes sont musculo squelettiques traumatiques ou de sur utilisation.
- ✓ Les blessures de façon dominante surviennent à l'entraînement.
- ✓ 60 à 87% des lésions concernent l'appareil locomoteur, les membres inférieurs.
- ✓ 43 à 71% sont des micro traumatismes à forme progressive : tendinopathies d'Achille (sprint et haies), lésions chroniques des genoux et fractures de fatigue, lombalgies (perche et triple saut)

Dr Armelle JEAN-ETIENNE

Pubalgie et sport.

- ✓ Douleurs adducteurs + Douleurs suspubiennes = Tendinopathies d'insertion de l'adducteur
- ✓ Syndrome douloureux dans la région inguino pubienne = affection fréquente et invalidante
- ✓ Symptômes progressifs, douleurs péripubiennes = déséquilibre entre abdos obliques et adducteurs
- ✓ Syndrome de ROCHCONGAR = Hyper lordose, antéversion

Conseils

- Etirements
- Renforcement musculaire, abdominaux
- Hygiène de vie, alimentation, hydratation

Dr Jean-Michel SERRA

Tendinopathies et athlétisme.

Pathologie mythique : la « bête noire » des athlètes

- Atteinte du tendon calcanéen
- Aponévrose plantaire ; rappel anatomique : Appareil surocalcanéen Muscle soléaire, avec pauvre vascularisation
- Tendinopathies avec arrachement du jumeau interne

Facteurs

- Age
- Extensibilité, longueur du tendon
- Contexte métabolique
- Fatigue
- Chaussures inadaptées
- Qualité du sol
- Effets des médicaments sur les tendons corticoïdes, fluoroquinolones, stéroïdes et anabolisants

Causes anatomiques

- Manque d'extensibilité musculo tendineuse (au niveau du soléaire)

Facteurs métaboliques

- Déshydratation
- Acidification du milieu
- Fatigue
- Dyslipidémie

Traitements

- Antalgiques
- Anti-inflammatoires
- Repos
- Ondes de choc radiales ou focales
- Mésothérapie
- Infiltrations
- Musculation excentrique du triceps sural

Autres affections

- Teno synovite aigüe : frottement du tendon dans la gaine, douleurs et épaissement du tendon = repos
- Péri tendinite
- Maladie de HAGLUND « calcanéum bossu », conflit entre le contrefort de la chaussure et l'insertion du tendon
- Tendinopathie d'insertion sur le calcanéum
- Teno bursite, conflit avec la chaussure
- Entéropathie
- Aponévrosite plantaire, douleur du talon, la prise en charge est difficile par résistances au traitement

Protocole de soins

⇒ G.R.E.C.= Glace + Compression + Elévation + Repos
Antalgique Strapping

Prévention

- Rééducation proprioceptive du pied
- Education précoce de la gestuelle sportive
- Entretien du système musculo tendineux
- Hygiène de vie

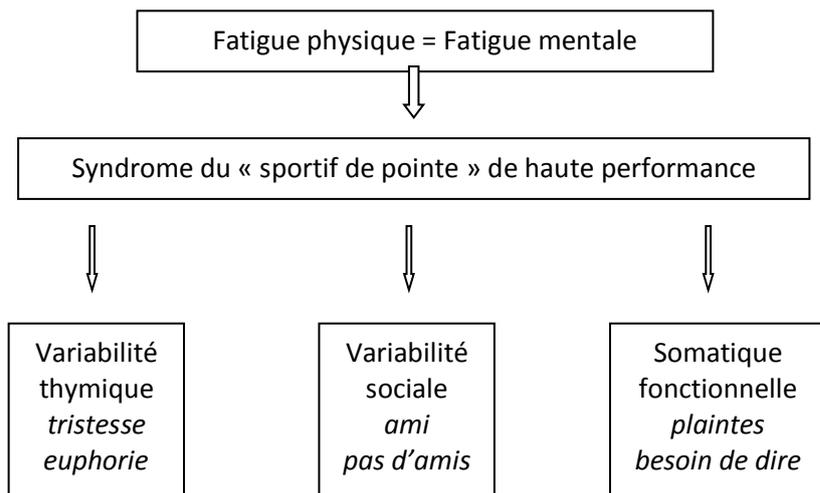
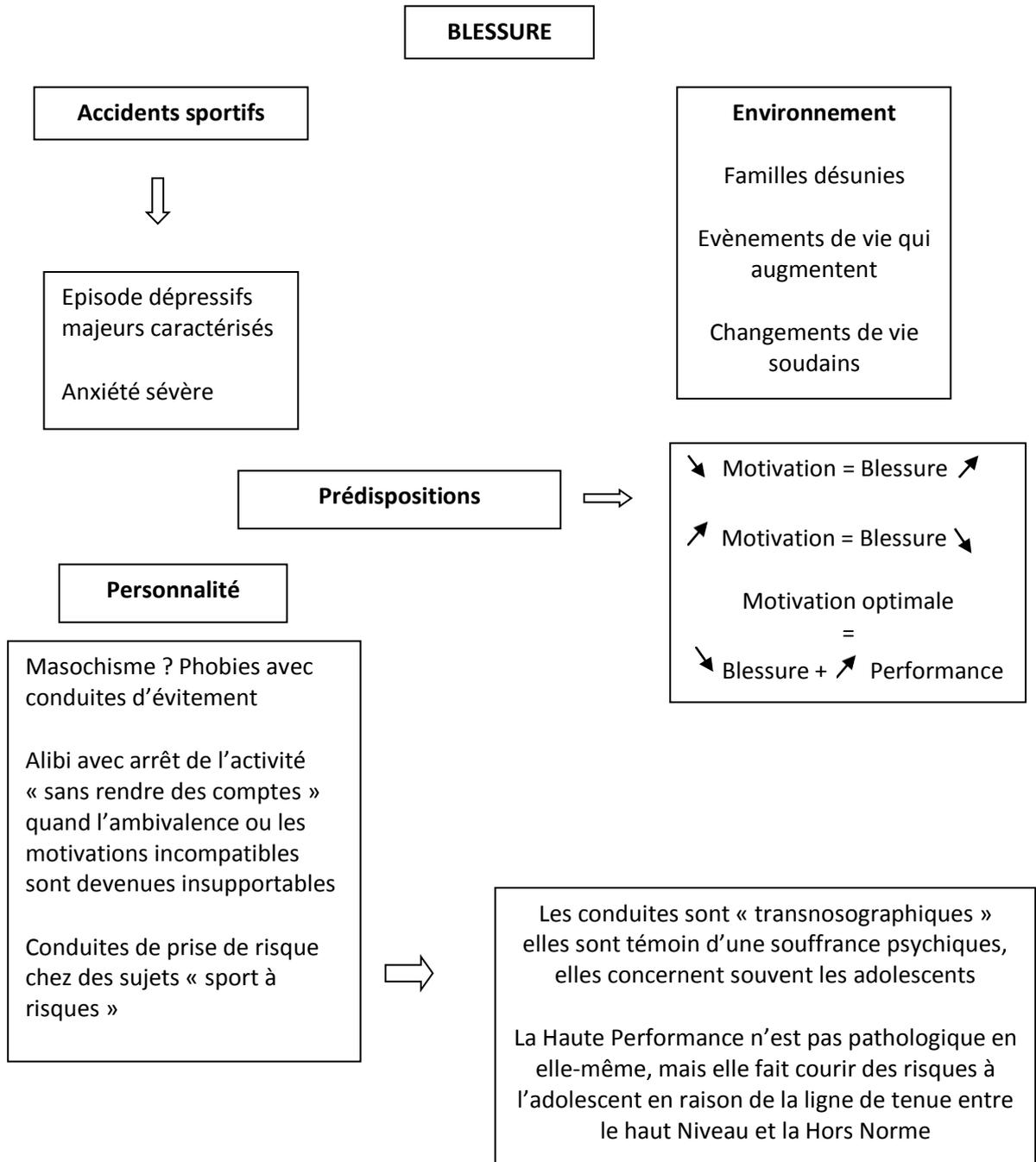
Dr Michel BERENQUER, commission médicale FFA

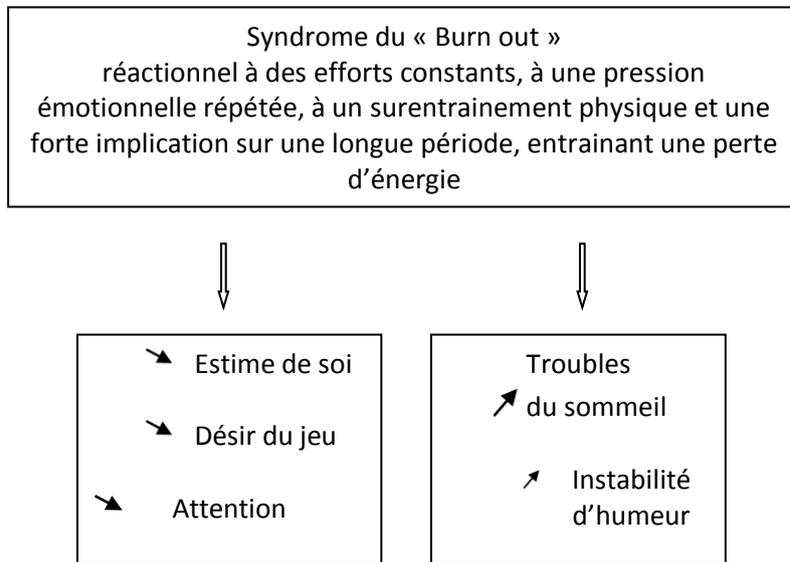
La gestion psychologique de la blessure en athlétisme.

Causes

- ❖ Blessures à répétition
- ❖ Environnement
- ❖ Prédispositions
- ❖ Causes psychologiques liées à la pratique

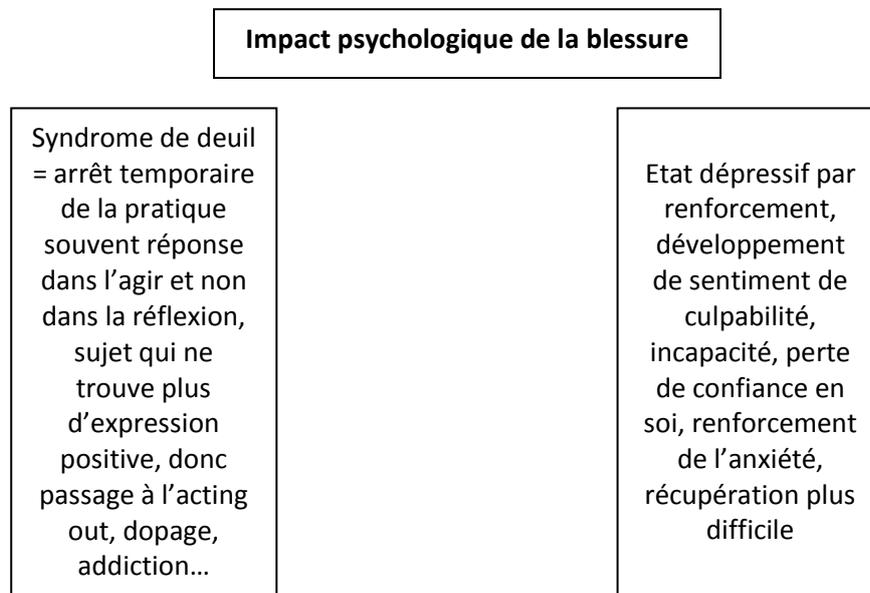
a blessure n'arrive jamais par hasard ; il existe toujours des causes et des perturbations physiques et/ou psychologiques.





Conséquences

- ❖ Sur l'état psychologique
- ❖ Sur la récupération



Stratégies d'intervention

La prise en charge psychologique de l'athlète blessé est indispensable, à inclure dans tout protocole car la blessure entraîne une déception et le développement de pensées négatives.

- Aider l'athlète à prendre conscience et à exprimer sa frustration
- Proposer des objectifs « visualisables »
- Lutter contre l'investissement exclusif pour proposer une ouverture au monde par d'autres, investissements psychiques (scolarité, autres activités sportives et culturelles)
- Développer le soutien social (coéquipiers, entraîneurs, amis...)
- Impliquer l'athlète dans le maintien d'une activité (rester dans l'action)
- Aider l'athlète à diminuer la tension anxieuse (relaxation)
- Permettre à l'athlète la visualisation de guérison (revoir l'avant)

Prioriser les stratégies positives/négatives

- Stratégies relationnelles : négocier lui-même ses charges de travail, refuser une compétition par autonomie décisionnelle
- Stratégies préventives : recherche de signal, de symptôme, se connaître

Prévention : le rôle du suivi psychologique

- S'intéresse à l'origine et au sens du symptôme
- Bonne santé psychologique avec objectif de dépistage précoce des troubles en rapport avec la pratique
- Proposition de soins à l'athlète et d'un accompagnement-formation à la famille et à l'entraîneur

Conclusion

Le sport de haute performance recèle des dangers, et engendre des souffrances et impacts émotionnels. Il est nécessaire de mieux prévenir les blessures, mieux gérer les blessures, mieux respecter la personne.