



Ci-contre : Christian Gal, ostéopathe et kinési-thérapeute et Anne David D.O.

L'OSTÉOPATHIE ET LE FOOTBALLEUR PROFESSIONNEL (Joueur de soccer professionnel)

Par Anne David D.O.

5 juin 2006 : Nous sommes en pleine période des matchs préparatoires du Mondial (9 juin au 9 juillet) en Allemagne : la Coupe du Monde de Football, c'est l'événement sportif 2006 en Europe : l'effervescence est dans l'air!... et je suis en France pour tout le mois de juin... Que vont faire les « Bleus », l'équipe de France de football emmenée par leur célèbre capitaine Zinédine Zidane? Le soccer est le sport national en France, tout comme le hockey ici. Sans vouloir faire de parallèle entre ses athlètes de grande réputation dans leur pays respectif, j'ai voulu savoir ce qu'en pensait un de leur ostéopathe. Je voulais rencontrer Marc Bozetto. Il est indisponible, car trop pris par la politique de la reconnaissance de l'ostéopathie en France.

Finalement, j'ai eu la chance d'avoir un rendez-vous à Nice avec Christian Gal, ostéopathe et kinésithérapeute de plusieurs clubs de football professionnel.

Entrevue de Christian Gal
www.chritian-gal.net

Anne David (AD) :
 Bonjour Christian, merci de me recevoir un jour férié (lundi de Pentecôte) à votre clinique et de prendre du temps pour répondre à mes

Pouvez-vous vous présenter ?

Christian Gal (GC) :

- Masseur kinésithérapeute diplômé d'états à Marseille en 1986
- C.E.C. de kinésithérapie du sport à Grenoble en 1988 = certificat d'études complémentaires
- Somato-psychopédagogie à Lisbonne 1990.
- Ostéopathe D.O. école Raymond Richard à Genève en 1992 (Masters en Ostéopathie).
- Chaînes musculaires avec Léo Bousquet 1995.
- Chiropraticien, école à Barcelone en 4 ans complétée en 2004.
- Thèse en Ostéopathie soutenue en février 2006 à l'université de Lugano en Suisse. Sujet : Incidences et traitements des dysfonctions ostéopathiques de la charnière dorso-lombaire chez le footballeur.
- J'enseigne à l'université de Nice-Sophia Antipolis, l'anatomie et la biomécanique aux sections arts vivants et danse dans le cadre des échanges ERRASMUS.
- J'enseigne à la Faculté de Médecine de Nice dans le cadre du Diplôme de Médecins interuniversitaires du sport. J'enseigne à des médecins l'intérêt de la kinésithérapie et de la thérapie manuelle depuis 1990! (petit sourire)
- Je suis membre du bureau et coreponsable de la commission scientifique et d'éthique des kinésithérapeutes du football professionnel (Paris).
- Je suis président de l'Association de

recherche en Ostéopathie et Kinésithérapie du sport.

•Je travaille dans le football de 1986 à 2005, 19 ans à l'O.G.C. Nice et 1 an à l'A.S. Monaco (1re division)... ce qui représente : 4000 matchs de football comme membre de l'équipe médicale de ces clubs !

Mon statut a été :

- Libéral : suivant la richesse des clubs. J'ai connu 15 présidents de clubs différents et 20 entraîneurs !
- Payé sur les actes de la Sécurité Sociale des joueurs sur ordonnance médicale : 2 à 3 fois par semaine.
- Salarié à mi-temps : tous les matins et tous les week-ends, avec des déductions de ma paye quand il y des joueurs blessés !
- Salarié à plein temps : 7 jours sur 7, de 7h00 à 23h00!

Exemple : Ma dernière saison 2004-2005.

Je suis à l'A.S. Monaco dont le coach est Didier DESCHAMPS. Je fais 54 matchs dans une saison de neuf mois, 2 à 3 matchs par semaine. Sur 270 jours, j'ai passé 200 nuits à l'hôtel ! Il y avait 3 Ostéopathes-Kinésithérapeutes et 1 médecin pour 24 joueurs, mais la moitié temps, j'étais seul médecin!

En 1998, pendant la Monde en France, a Claire Fontaine une union de tous les Kinésithérapeutes du football professionnel pour créer l'AKCFP (l'Association des Kinésithérapeutes des Clubs de



Football Professionnel). Cette association a comme conséquence la mise en place de textes sur l'éthique avec des notions particulières que je vais tenter de résumer :

- Il n'est pas bon pour le praticien et les athlètes que le thérapeute soit à plein temps dans une activité sportive, car il est imposé à toute l'équipe et toute l'équipe lui est imposée. Comme dans une prison, nous parlons de « population captive » imposée qui nuit à l'épanouissement et au développement du praticien ; D'où l'importance d'avoir une quantité variée et diversifiée d'athlètes dans des sports divers.

- Les revenus dépendent du suivi d'une équipe sportive quand les enjeux et la pression sont importants, le thérapeute peut tomber dans « le dopage ». Je précise ma définition du dopage = faire jouer un athlète malgré une blessure et/ou une douleur.

- Dans certains déplacements, les para-médicaux sont seuls sans médecin avec une trousse pharmaceutique bien remplie. Ils font des activités qui ne sont pas de leur ressort, comme donner des médicaments (antalgiques, anti-inflammatoires, relaxants musculaires, etc.) Ils sont dans une dérive, car il n'y a pas de réglementation claire à cet effet, d'où la création d'une association (l'AKCFD) pour la reconnaissance, des statuts, de la spécificité de ce métier.

- Ne pas être intéressé aux primes de victoire des athlètes qu'ils suivent. Là, je ne me suis pas fait que des amis en proposant cette condition, mais c'est la sauvegarde pour ne pas être tenté de « doper » un joueur.

J'ai écrit un livre sur le genou et sur la pubalgie du footballeur. (Droit d'auteur reversé à Horizon 06 : une association qui aide les personnes handicapées physiquement) Les deux livres

sont le reflet des échecs comme thérapeute sur ces deux parties du corps !

J'encadre des étudiants en Kinésithérapie en Belgique dans le cadre de leur maîtrise à l'école de Libramont. Je suis promoteur externe. Je lis les thèses et je suis dans les jurys. J'organise également des congrès tous les trois ans qui sont interdisciplinaires. Pour un même sujet sont réunis : Kinésithérapeutes, Ostéopathes, Rhumatologues, Orthopédistes, etc. Cela permet de cerner mes limites, à quel moment je ne peux plus aider.

AD :
Vous traitez beaucoup d'athlètes à la clinique (la Trinité : Nice Est) et sur le terrain : comment se partage votre emploi du temps entre ces deux pratiques ?

CG :
Le temps plein avec les footballeurs : c'était de 7h00 à 23 h ! Et ce, 7 jours sur 7. La mi-temps se distribuait le matin sur le terrain, l'après-midi à la clinique.

À Nice, sur la côte d'azur, la plupart de mes collègues en clinique privée ont une clientèle à 70-80% de personnes âgées. J'ai la chance d'avoir 70-80% de personnes de moins de 40 ans et souvent des sportifs(ves), mais j'ai aussi des bébés et des personnes âgées.

En 2005/2006 : je m'occupe du « groupe relève » du Ski Alpin. Je vais être absent de la clinique environ 10 jours par mois et j'ai un associé, Guillaume Dufresne, pour pouvoir plus assurer une permanence de la clientèle à la clinique.

AD :
Faites-vous de l'ostéopathie et/ou de la kinésithérapie ? Comment organisez-vous vos consultations ?

CG :

En fait, ce n'est jamais pareil, pour chaque personne qui se présente, je fais un travail « à la carte ». La 1re séance est la plus importante, je la place en fin de journée et je passe de 30 à 40 minutes à évaluer et déterminer mon travail. Je peux voir les gens en fractionner de 25 à 30 minutes et le fractionnement de l'activité peut-être Ostéopathie / Kinésithérapie / Fasciathérapie. Certains restent 2 à 3 hres ici, mais je les vois quelques minutes, ils travaillent en fractionné. Je fais de l'intervalle training notamment pour la récupération des entorses du genou.

Par exemple : J'ai un joueur de football professionnel belge, en ce moment. Il vient spécialement de Belgique et dort à l'hôtel tous les soirs. Je l'ai vu 20 minutes la 1re fois et je le vois de 5 à 10 minutes par jour, quelques fois une minute. Je fais un mélange de Chiropractie, d'Ostéopathie, de crochets myofasciaux. J'utilise toutes mes formations comme un pianiste qui joue de toutes les musiques. Le patient est content, il va me référer du monde...!

AD :
Quel est votre plus beau souvenir ? Pourquoi ?

CG :
Le plus beau souvenir, paradoxalement, c'est un événement de « détresse humaine » :

Lors d'un match Nice contre Mulhouse. À Mulhouse en 1991, dû à un mélange d'idiotie des supporters et de la force de la vie, le terrain est envahi par les supporters de Mulhouse et il y a une bagarre générale... les forces de l'ordre interviennent... le match reprend et se termine... On prend l'autobus poursuivi par des supporters qui nous envoient des roches et brisent toutes les vitres du bus. On arrive à l'aéroport, on prend l'avion et au-dessus de Lyon, Stéphane Collet fait une détresse respiratoire. Je lui fais

le bouche à bouche pendant 20 minutes. Le vol devient un vol d'urgence avec un atterrissage d'urgence. J'ai perdu connaissance à cause de l'hyperventilation pendant 20 minutes et quand je me suis réveillé dans l'ambulance, on m'a dit que Stéphane était hors de danger, qu'il avait eu un œdème intracrânien provoqué par les pierres ayant cassé les vitres.

C'est mon plus beau souvenir, car il n'est pas mort. Souvent, les situations de détresse me restent en mémoire comme des beaux souvenirs, ainsi que des retours au jeu après de très graves blessures.

AD :

Qu'avez-vous le plus appris avec les athlètes ?

CG :

J'utilise la motivation. C'est à quelque part de la Sophrologie. J'ai appris des athlètes leur fonctionnement en échéances avec des objectifs et des buts précis, donc je donne un échéancier avec un système de guidage et de dynamique, avec des séances les plus différentes possible dans la durée, les gestes techniques et les moyens mis en œuvre.

J'utilise un panel technique large et je change souvent. Mon principe de travail est le suivant : je fais au patient(e) ce que je me ferais ou ce que je ferais à mes proches.

AD :

Avez vous déjà rencontré ou traité Zinedine Zidane?

CG :

Non

AD :

Est-ce que les footballeurs se comportent comme des grosses vedettes ?

CG :

Il n'y a pas de vérité, ils sont tous différents. Il y a cependant une « pseudo-

règle » : plus le joueur est un grand joueur, plus il est calme et humble dans les soins.

AD :

Merci pour votre disponibilité et votre gentillesse à répondre à mes questions.

En lisant le site Internet de M. Gal, j'ai découvert certaines distinctions obtenues au cours de ses années de pratique. Je tiens à les citer, car ce thérapeute ne m'en aurait jamais personnellement parlé.

Titre et distinction : Main d'or 1989, chevalier de l'étoile du bien et du mérite, président d'honneur d'horizon 2006, victoire de l'annonceur des paralysés de France 2000, créateur de l'« empreinte du cœur ».

L'association Horizon 06 a été créée en 1984 à l'initiative d'un groupe de personnes handicapées physiques, en fauteuil roulant, dépendant de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie courante. Le but de cette association est la création et le regroupement d'appartements adaptés pour handicapés physiques, au sein d'un immeuble à caractère social, avec un service d'auxiliaires de vie 24h/24. Cela permet un véritable maintien à domicile avec des conditions appropriées au lourd handicap. Chacun trouve une autonomie de vie à laquelle aspire tout individu.

Chaque année, Mr GAL avec différents sportifs et artistes, à travers un gala dénommé « Tous Athlètes » et un week-end culturel « Tous Artistes » soutiennent Horizon 06 en lui reversant les bénéfices de ces manifestations.

Conclusion de l'entrevue

Je m'attendais à rencontrer un thérapeute d'athlètes. J'ai rencontré en fait un être profond, profondément « humain », profondément touché par le handicap de ceux que la nature n'a pas pourvus de multiples talents (comme les athlètes notamment). Un homme de cœur, réservé, observateur,

discret. Une belle leçon d'humilité. Merci Christian et merci Guillaume de m'avoir permis ce rendez-vous avec ton associé, vous faites une belle équipe !

Je tiens maintenant, alors que le MUNDIAL vient juste de se terminer, à faire une présentation de la discipline sportive : Le Football, ainsi qu'une analyse de la physiologie et des pathologies du Footballeur. Ce texte est en fait un résumé d'un article de 26 pages écrit par Christian Gal dans la revue « kinésithérapie scientifique » de juillet 2003, dont le titre est : « Le métier de Masseur Kinésithérapeute de Clubs de Football Professionnel ».

Le staff médical d'une équipe de football professionnel est constitué par un médecin coordinateur des actions des paramédicaux (masseur kinésithérapeute, ostéopathe, podologue, pédicure) et des intervenants extérieurs, consultants divers (médecin évaluateur, chirurgien orthopédique, dentiste, cardiologue, rhumatologue, ophtalmologiste).

La proportion moyenne :

Un kinésithérapeute-ostéopathe pour 23 joueurs, variable suivant les clubs et le budget consacré au staff médical. Plus le club évolue haut (ligue 1, championnat européen), plus le nombre de thérapeutes par joueur est grand (cela peut être un pour 10-15 joueurs). Ils soignent des footballeurs professionnels de Ligue 1, Ligue 2 nationale et des joueurs des centres de formation (15 à 18 ans).

Leur morphotype :

Le footballeur a des quadriceps hypertoniques et brévilignes, une antéversion du bassin et un hyper lordose lombaire, une limitation de l'abduction et de la rotation interne de la hanche. Il présente un genu varum dans 77% des cas, il a une mobilité de hanche diminuée en adduction de 35 %, en abduc-

tion de 30%, en flexion de 8 %. Une mobilité du genou nettement augmentée en rotation interne de 43% selon le degré de flexion. Une réduction de la mobilité de la cheville et du pied de -20% en flexion plantaire et de -13% en flexion dorsale.

Leur physiologie :

Un match de football est une succession de courses à allure rapide, de courses lentes et de sollicitations explosives (tacles, sprints, jaillissement, etc.). Le temps de jeu effectif a augmenté : environ 65 minutes aujourd'hui, plus 10 minutes en 10 ans. Les déplacements sans ballon représentent 98% d'une rencontre. Possession du ballon par joueur : 1 minute 30 secondes à 3 minutes environ. Nombre de ballons joués : 30 à 100. 40-70 blocages et changements de direction avec environ 120 actions par match, par joueur, c'est-à-dire : sprints, duels avec et sans ballon, dribles, tête, tacles, etc. Bien sûr, les durées et les fréquences d'effort changent en fonction du système de jeu (répartition des joueurs par ligne), de l'organisation (zone, individuelle, mixte), du poste occupé, du niveau de compétition et de la motivation du joueur.

On estime qu'un joueur de champs au cours d'une partie va marcher 3 Kms, courir 7 kms. Avec une répartition pour la course des efforts suivants : 64% en mode aérobie (course lente), 24% en mode anaérobie (course modérée), 14% en mode anaérobie lactique (course rapide), d'après Dufour (1990).

Parmi les 3 types d'effort, les 14 % représentent les instants les plus importants, car ils déterminent le cours du match. La distance la plus utilisée va de 5 à 15 mètres et l'étude de Mombaerts (1991) montre une grande diversité des temps de jeu au cours des matchs.

Les séquences de 0 à 30 secondes

apparaissent à 73%, 33% des séquences ont une durée inférieure à 15 secondes, ce qui amène à classer le football de « haut niveau » comme un jeu explosif.

La moitié des temps de repos est inférieure à 15 secondes : le football est caractérisé par des sollicitations de type « intermittent », pour la plupart explosives. Le pourcentage moyen d'un footballeur est de 60% de fibres rapides ce qui le rapproche des sprinters (75%).

Leur charge de travail :

Pour le professionnel : Un joueur titulaire, sans blessure ni suspension joue entre 45 et 60 matchs. La charge d'entraînement est variable en saison normale (un match par semaine) suivant l'entraîneur, de 4 à 10 entraînements par semaine. En saison intense : un match tous les 3 jours et 2 à 4 entraînements par semaine. En phase préparatoire de début de saison, il peut y avoir 3 entraînements par jour!

Pour un joueur d'un centre de formation (15-18 ans), on compte 5 entraînements par semaine soit 180 séances par an avec 20 matchs officiels pour les moins de 15 ans; 7 à 8 entraînements par semaine, soit 290 entraînements par an avec 26 matchs officiels, la Coupe Gambardella (1 à 9 matchs), donc un maximum de 35 matchs officiels pour les moins de 17-18 ans.

Les accidents et les lésions :

Un footballeur joue en moyenne 500 heures par an chez les professionnels. Le taux de blessure est de 4,3 pour 1000 heures d'entraînement, 20,3 pour 1000 heures de match, 7,3 pour 1000 heures de pratique.

En compétition, le risque de blessure est multiplié par 5! 27% des blessures sont dues à une faute commise par le joueur, 23% résultent de sollicitation

excessive (surentraînement, calendrier surchargé).

Topographie des lésions :

25% le genou : l'entorse à 80% des 25% avec 65% entorse du LLI, 5% du LLE, 30% du pivot central dont 95% le LCAE et 5% le LCPI; 21% la cheville; 19% cuisse; 7% pied; 7% jambe; 6% rachis; 6% membre supérieur; 4% hanche; 5% autres (face, tête, abdomen).

Le secret professionnel :

Concept difficile dans le métier du football surmédiatisé où prudence et discrétion sont d'autant plus de mise (toujours dans les rapports avec les médias s'y référer). Clef de voûte de la confiance que nous devons inspirer et établir dans notre relation thérapeutique avec le patient, cette confiance nous impose d'assumer dans ce cadre une énorme responsabilité vis-à-vis des patients. Résumé du secret professionnel : il est absolu (origine du malade, recherche intentionnelle, hasard) et général (pathologie, privée). Nul ne peut en dehors des cas où la loi le rend obligatoire ou simplement possible, délier les professionnels de la santé de ce secret qui appartient au malade (le décès du malade ne met pas fin au secret professionnel). Notion particulière du secret partagé qui prend un caractère collectif.

Ostéopathie :

Loi du 4 mars 2002 (article 75), légalisant le titre d'ostéopathe pour les non médecins sous certaines conditions ultérieurement fixées par décret.

La Prévention des blessures « types » du football :

La pratique régulière et systématique du stretching, selon les techniques de tension active, est d'un apport considérable dans la prévention des lésions de la jonction myotendineuse. Ces

techniques sollicitent cette région du muscle qui chez l'adulte est un point de faiblesse : la jonction os-tendon-muscle.

Le travail systématique de la proprioception, surtout au niveau des membres inférieurs, constitue un moyen fiable de diminuer l'incidence des accidents de type « entorse » (peut être intégré par les préparateurs physiques au sein de l'entraînement).

Les gestes du footballeur :

Un des gestes spécifiques du football est le shoot : en moyenne, on compte 148 frappes de balle pour un match (Pinel, Traverian 1998) qui se décompose en 6 phases : la préparation, l'armer, l'accélération, la frappe de balle et la décélération.

Ce geste de base est générateur (entre autres) de contraintes symphysaires asymétriques. Ceci explique l'important manchon fibreux qui existe autour de cette articulation à risque.

La compétition : ultime but !

Descriptifs des 48 heures avant le match.

• Objectifs :

Isoler le groupe pour lui permettre de préparer la rencontre au mieux, c'est-à-dire en essayant de maîtriser les paramètres physiques (alimentation, sommeil, confort) et psychologiques (concentration, sérénité).

• Moyens :

Mise au vert, généralement dans un hôtel isolé, au calme, pourvu d'une bonne équipe de cuisiniers au fait de la préparation alimentaire spécifique du sportif. Mise à disposition d'une zone de soins (salle ou grande chambre avec point d'eau et sanitaire).

• La veille du match

Après le repas, massage, technique manuelle, physiothérapie peuvent être proposés à la carte, aucune règle particulière sur la nocivité de soin dit de récupération à cette période (certains joueurs en sont avides, d'autres proches de l'allergie!).

• Le matin du match

Après le petit déjeuner, réveil musculaire sous toutes les formes : étirements en groupe, marche, petit footing, voire petits jeux avec ballon. Déjeuner, puis sieste pour les insomniaques, possibilités de soin ou massages.

• Collation d'avant match

Café, thé, quelques toasts, confitures, fruits. De plus en plus de sucres lents (des pâtes peuvent être proposées).

• Départ au stade, arrivé dans les vestiaires : accélération temporelle

Mise en place du matériel (table de massage, déchargement des produits divers pharmaceutiques).

Avant l'échauffement (à 40 minutes), mise en place des différentes contentions (cheville, genou, poignet, doigt), muscle, rachis (emplâtre révisif), protection cutanée (ampoules, brûlures).

À la demande : technique de thérapie manuelle et/ou massage tonique d'échauffement, aide aux étirements.

Pendant l'échauffement : suivi global de toute l'équipe avec le préparateur physique ou plus attentif centré présentant un problème créant une incertitude sur sa participation totale à la rencontre.

Le retour au vestiaire (zone transitoire fin d'échauffement/prématch) : bandage à refaire, douleurs de dernières

minutes !

• Le match

Glacière et poche à glace, boissons (eau), sucres rapides (si coup de pompe), tenues de protection pour les joueurs remplacés. Kit minimum de secours (ciseau, bandages, compresses hémostatiques, compresses stériles, arnica en dose homéopathique et gel, nécessaire à désinfecter, pommades chauffantes, anti-inflammatoires).

• Mi-temps

Faire le tour rapide de chaque joueur, possibilité de proposer de l'eau, un thé chaud sucré (sucre ou miel), des fruits types abricot, pruneaux, bananes (en petites portions), des barres énergétiques. En cas de traumatisme, évaluer si la reprise est possible et sans danger pour l'athlète. Petit massage ou technique de thérapie manuelle possible à ce stade. Nettoyage éventuel de petite blessure plus pose de protection.

• Fin de la partie

Gestion des blessés, pose de pansements divers (occlusifs, hémostatiques), possibilité de contention d'hôpital dans les cas graves. Organisation des soins de récupération du lendemain (horaires individuels parfois possibles), ou aussi, décrassage immédiat avec travail de footing et d'étirement associé à des massages.

La prévention :

- les outils d'évaluation des athlètes de haut niveau :

Actuellement, tous les footballeurs connaissent des tests de terrain pour évaluer : l'endurance, la vitesse, la détente verticale, la souplesse. Ces tests simples sont réalisés par les préparateurs physiques 2 à 3 fois l'an.

- Le massage sportif : avant

l'effort et après l'effort.

- L'éducation alimentaire (les erreurs à ne pas commettre !)

- **Vision et football :**

La performance dépend aussi de la vision périphérique et du « split-vision ». Le champ visuel est de 208° sur 360° : il reste donc une zone aveugle de 152° ; il faut donc avoir « un œil dans la nuque »!

Le joueur qui sent qu'il se passe quelque chose derrière son dos possède une mémoire visuelle à court terme qui lui permet d'effectuer une passe correcte bien qu'il ne fixe pas le partenaire auquel il va passer le ballon.

Le joueur qui envisage de shooter doit être capable de regarder à la fois le ballon et le gardien pour savoir où existe un espace libre. Il concentre son attention sur le ballon, mais sa vision périphérique perçoit les adversaires, les partenaires, le but.

Très souvent les occasions de but se présentent si rapidement que le joueur n'a pas le temps de tourner la tête : le « split-vision », c'est avoir un œil sur le ballon, l'autre sur le but. Le joueur non entraîné fixe le ballon de façon si intensive qu'il en est aveuglé. À l'inverse de cette vision tunneliforme, le joueur entraîné acquiert un « split-vision » qui relève du sens du ballon et de la perception du jeu.

Des méthodes permettent d'améliorer le « split-vision » : « Le perfectionnement de la vision périphérique est un moyen d'équilibrer la tactique des joueurs » (I.-A. Meschtschersagin).

Hygiène bucco-dentaire :

Incontournable là aussi, la visite dentaire : examen clinique, paraclinique (panoramique dentaire), associé à un bilan d'occlusion.

Les contentions adhésives :

Cheville, genou, pied, poignet, doigts les plus souvent sont les articulations par ordre décroissant que nous sommes amenés à « strapper » à l'aide de contention adhésive, afin de maintenir l'athlète sur le terrain au lieu d'être au repos sportif, mais de manière simplifiée la pose de bandage se fait à titre curatif au moment de la blessure, soit préventif, à la reprise de l'entraînement et de la compétition.

La prévention : notion d'ateliers

• **Ateliers d'étirement**

À exécuter avant et après l'entraînement en groupe, avec des rajouts spécifiques pour chacun des joueurs.

• **Ateliers de proprioception**

Généralement uniquement axés sur les membres inférieurs, des exercices du bassin, du tronc, des ceintures supérieures sont à développer, des méthodes utilisant la Sophrologie peuvent être associées.

• **Ateliers de musculation**

Musculation préventive ou curative, tous les types de contraction sont utilisés : statique, concentrique, excentrique, pliométrie associée à l'utilisation de l'électrothérapie, de plateforme vibratoire qui génère des vibrations dont l'énergie est transmise au corps, cette stimulation mécanique provoque un réflexe d'étirement qui, suivant la fréquence choisie, se produit de 30 à 60 fois par seconde.

Les effets sont nombreux : augmentation de la souplesse et de la mobilité, production accrue des hormones qui interviennent dans le processus de régénération et de réparation (hormone de croissance HCH, facteur de crois-

sance IGF-1 et testostérone), grande amélioration de l'irrigation sanguine (capillaire et drainage lymphatique), renforcement du tissu osseux, atténuation de la douleur, renforcement des muscles, augmentation des hormones dite du « bonheur », la sérotonine et la neurotrophine.

• **Ateliers de thérapie manuelle**

Ostéopathie, massage californien, technique énergétique, fasciathérapie, les termes sont nombreux, mais les finalités communes : harmoniser l'individu à travers des séances individuelles.

• **Ateliers de coordination motrice**

Pour cet atelier, en dehors des exercices réalisés en salle ou sur le terrain avec ou sans ballon, des plateformes d'évaluation de l'équilibre existent (développées par les ORL). Nous collaborons actuellement avec la société LPG Systems qui commercialise un nouvel appareil intégrant les concepts de posture, de renforcement musculaire, de coordination d'équilibre nommé Huber.

Le sommeil du sportif :

La qualité du sommeil et la forme physique sont d'autant mieux corrélées que le niveau sportif est élevé, la compétition modifiant le sommeil en fonction d'investissement du sujet. La durée du sommeil est en général élevée, étant plus longue si le niveau sportif est plus élevé, ceci étant à rattacher à l'hyperthermie centrale induite par l'activité physique.

Le retentissement de la privation de sommeil essentiellement sur la phase lactique de la récupération. Le sommeil est donc un facteur parmi d'autres de la surveillance du sportif.

Il peut être apprécié sur cinq caractéristiques (la durée, la phase d'en-

dormissement, le nombre d'éveils nocturnes, l'état de forme au réveil, l'appréciation subjective de la qualité du sommeil).

Quatre conseils pratiques doivent être proposés :

1. Respect de la durée et de la régularité des horaires du sommeil.
2. Aménagement de l'environnement lors des déplacements.
3. Abstention de prise d'hypnotiques sur le seul critère de qualité du sommeil.
4. Respect de la récupération matinale après une compétition (d'après Ph. Deliac et D. Dugy).

Dopage : lutte

Les plaquettes d'informations et les campagnes de sensibilisation en amont sont très importantes auprès des jeunes comme des professionnels.

« Se doper, c'est tricher, c'est tromper les autres et soi-même sur ses véritables capacités sportives et sur son talent, c'est aussi être déloyal vis-à-vis des autres joueurs ; et surtout c'est mettre en péril sa santé ». Le masseur kinésithérapeute doit marteler ce message, mettre en garde. Les dérives peuvent parfois être anodines et réalisées de bonne foi, accoutumance à des antalgiques, des myorelaxants : surveiller d'autant plus l'auto médication antidouleur et décontractante ! En effet, ce problème complexe peut se retrouver à travers l'absorption :

- D'analgésiques, de corticoïdes pour faire taire la douleur (avec des risques d'accoutumance);
- De stimulants (amphétamines, cocaïne) avec la disparition momentanée de la fatigue, l'accroissement de la vigilance, de la concentration, la résistance aux exercices violents. Mais à long terme les dégâts sont majeurs : insomnie, agitation, irritabilité, troubles cardiaques, dépendance ;
- Les bêtabloquants (réduire le stress, l'angoisse, le trac) : effets per-

vers, diminution notable de la concentration ;

- Nous ne parlerons pas des anabolisants (souvent contaminés, de qualité inférieure ou frelatés), de l'hormone de croissance, du « pétard » convivial marijuana, haschich, qui détruit toute motivation, la cocaïne (destructrice de neurones).

Nous sommes en face d'un véritable problème de santé publique. Certaines publications de presse avancent des pourcentages invérifiables de 10 à 90% des sportifs de haut niveau suivant les disciplines. On ne trouve pas d'enquête digne de fiabilité, elles sont toutes parcellaires. Trois logiques s'affrontent : la logique sportive, la logique commerciale et la logique de défense de la santé.

- **La logique sportive** : basée sur le pouvoir des fédérations aidées par l'État.

- **La logique commerciale** : au sommet les bailleurs de fonds du sport spectacle avec une logique pure et dure toute commerciale où les sportifs sont ravalés au rôle d'acteurs. À la base, le développement de mouvements sportifs parallèles (sport de rue, sport de loisirs), l'envolée de sports nouveaux (entraînant un renouvellement de matériel, intéressant commercialement) séduit de plus en plus de sportifs. Les critères mesurant l'excellence sportive évoluent.

- **La logique de défense de la santé** : mise en place de classes pharmaceutiques de substances, associées à des contrôles organisés. Sachant que le dopage a de multiples buts en vrac, accroître le potentiel aérobie, augmenter la force et la puissance, faire reculer les sensations et signes d'alerte de la fatigue, modifier la morphologie, lutter contre le stress, masquer la prise illicite de médicaments.

Notre rôle est donc primordial, préventif : vigilance, débat, discussion, information sont les meilleures armes soutenues par le médecin et l'équipe technique, renforcer la pharmacovigi-

lance. Utiliser s'il le faut l'aspect répressif : peur du contrôle antidopage, risque pour la carrière.

Mental et performance : réussir sa saison.

Pour réussir sa saison, il faut évidemment s'entraîner, mais également définir son objectif. Le masseur kinésithérapeute, de par sa relation privilégiée, peut et doit aider l'équipe, les athlètes pour atteindre le but fixé.

En premier lieu, l'objectif doit être clair, formulé en termes positifs et concrets, il doit appartenir à l'individu et être suffisamment haut pour motiver. Nous pouvons renforcer l'objectif à l'aide d'un outil idéal : la visualisation; c'est une production d'images mentales qui intègre trois éléments : l'image, les sensations, les émotions.

La technique repose sur des séances de relaxation où après une recherche de prise de conscience du corps, une démarche de détente, les objectifs à atteindre et leurs conséquences positives sont décrits par l'athlète. Une planification est nécessaire, avec des objectifs intermédiaires et une ligne de conduite intégrant l'état interne avant et pendant la compétition, l'enjeu, l'environnement (le public, les médias, le lieu), le comportement pendant le match en diverses occasions (défaites, victoires).

Réussir demande au masseur kinésithérapeute d'aider l'athlète à mieux se connaître, à s'engager totalement, à mettre en place des stratégies « mentales » appropriées, approches demandant rigueur et travail, mais donnant de réels résultats.

L'usure professionnelle

S'il existe une part de valorisation de la fonction de thérapeute en équipe de football professionnel qui doit demeu-

rer du domaine de l'identification individuelle, la construction de l'identité professionnelle passe par la reconnaissance extérieure et notamment par celle de l'encadrement, et des structures nationales (Ligue, Fédération).

Ainsi, l'attention et la considération que l'on peut accorder aux équipes médicales et paramédicales contribuent à lutter contre l'usure professionnelle, ou « burn-out » selon le concept anglo-saxon défini dans les années 70, et décrit par C. Maslach et S. Jackson sous le terme de « syndrome relationnel d'épuisement des ressources physiques et mentales ».

L'usure psychologique résulte de la confrontation incessante à des situations problématiques apparemment sans solution, ce qui est souvent le propre du milieu sportif professionnel.

Ce processus d'usure professionnelle est consécutif à un niveau d'exigence relationnelle excessive et se traduit par la survenue successive, d'un sentiment d'épuisement émotionnel (« Je suis vidé »), d'une tendance à la déshumanisation de la relation qui s'accompagne d'une perte d'intérêt pour l'usager et d'une attitude froide et distanciée, d'une diminution du sentiment d'accomplissement personnel, d'une perte de l'estime de soi et d'un sentiment d'échec, d'un ego surdimensionné des interlocuteurs.

Fréquemment, ce syndrome ne trouve pas de moyen d'expression autre que la somatisation ou la mise en acte que peut constituer l'accident du travail qui intervient alors comme une rupture salutaire dans un rythme devenu insupportable.

Enfin, la démission est souvent le dernier recours (expliquant la durée de vie « professionnelle » inférieure à 5 ans des kinésithérapeutes du football professionnel).

Ces paroles et ces événements sont

autant de clignotants pour l'encadrement et les instances nationales qui doivent attirer l'attention sur la fatigabilité des personnels soignants et sur les moyens à mettre en œuvre pour y remédier. Les outils de gestion de ressources humaines, tels que la formation professionnelle continue et l'entretien annuel d'évaluation, peuvent contribuer à une meilleure prise en charge de ces problèmes, ainsi qu'une reconnaissance à l'échelon national de notre statut.

Conclusion

Le thérapeute du football professionnel doit concilier de nombreuses gageures. Membre de l'encadrement, il doit être cependant proche des joueurs. Son domaine d'intervention est vaste, nécessitant de multiples compétences, de qualités d'adaptation, une grande intégrité, associées à une énorme quantité de travail, souvent prise sur la vie privée.

Mal reconnue, cette profession souffre d'un phénomène particulier : une rotation importante des effectifs due à l'usure professionnelle et d'autres symptômes décrits plus avant. À l'initiative de F. Mankowski, a été créée, en 2002, l'Association des masseurs kinésithérapeutes de club de football professionnel qui essaye d'améliorer la reconnaissance, la formation, l'information de ce beau métier.

P.S. : Résultat des Bleus lors du Mondial.

L'équipe de France, après un début laborieux contre la Suisse et la Corée, a commencé à jouer collectivement face au Togo. De match en match, cet esprit d'équipe s'est bonifié pour atteindre son apogée face à l'équipe la plus redoutable : le Brésil. Face à l'Espagne, au Brésil et au Portugal, toute l'équipe a contribué à la victoire des Bleus : une défensive sans

faible, un gardien toujours très présent dans le match, des attaquants très offensifs et surtout Zidane, leur capitaine qui distribue les passes et jongle avec le ballon pour parfois donner une véritable leçon de football... Zidane qui marque ces « pénalités », ces buts, alors que certains le mettent à la retraite avant l'heure... et puis les Bleus se rendent en FINALE, alors que personne ne les attendait là ! Comme en 1998, et en plus 6 des 11 joueurs sur le terrain étaient déjà là en 1998 : vive l'expérience ! La finale contre l'Italie est très disputée. L'équipe de France domine la 2e mi-temps ainsi que les prolongations jusqu'à la 110e minute de jeu où il se passe quelque chose d'incompréhensible sur le terrain : Zidane donne un coup de tête dans le thorax d'un joueur italien qui l'avait probablement provoqué et mis à bout. Zidane qui au lieu de sortir du stade en demi-Dieu, est expulsé du match, du jeu, de sa finale par un carton rouge et sort par la petite porte. Ce geste est effectivement inadmissible, mais n'oublions pas que sous ce maillot d'athlète, il y a d'abord un être humain. Non Zidane n'est pas un demi-Dieu, mais sa réputation, son génie avec un ballon, sa générosité (il aide beaucoup de jeunes dans diverses fondations) pourront-ils permettre au public, aux supporters, à son équipe de pardonner un geste que presque un milliard de spectateurs ont vu en direct à la télévision ?

