

JOHN M. **O'BYRNE**

BRIAN M. **DEVITT**

Coordination de l'édition française
Alain Guierre

Préface de l'édition française
Dr Jean-Paul Canova

URGENCES EN MÉDECINE DU SPORT⁺

SCÉNARIOS DE PRISE EN CHARGE



ELSEVIER
MASSON

URGENTES EN MEDECINE DU

SPORT 

SCÉNARIOS DE PRISE EN CHARGE

URGENTES EN MEDECINE DU

SPORT+

SCÉNARIOS DE PRISE EN CHARGE

John M O'Byrne, MCh FRCSI FRCS (Ortho) FFSEM (I) FFSEM (RU)

Abraham Colles Professor of Orthopaedic and Trauma Surgery, Department of Orthopaedic and Trauma Surgery, Royal College of Surgeons in Ireland at Cappagh National Orthopaedic Hospital, Dublin, Irlande

Brian M Devitt, MD MMedSc MRCSI

Department of Orthopaedic and Trauma Surgery, Royal College of Surgeons in Ireland at Cappagh National Orthopaedic Hospital, Dublin, Irlande

Coordination de l'édition française

Alain Guierre

Préface de l'édition française

Dr Jean-Paul Canova



ELSEVIER
MASSON

John M O'Byrne, MCh FRCSI FRCS (Ortho) FFSEM (I) FFSEM (RU)

Abraham Colles Professor of Orthopaedic and Trauma Surgery, Department of Orthopaedic and Trauma Surgery, Royal College of Surgeons in Ireland at Cappagh National Orthopaedic Hospital, Dublin, Ireland

Brian M Devitt, MD MMedSc MRCSI

Department of Orthopaedic and Trauma Surgery, Royal College of Surgeons in Ireland at Cappagh National Orthopaedic Hospital, Dublin, Ireland

Coordination de l'édition française

Alain Guierre, DO

Préface de l'édition française

Dr Jean-Paul Canova, Centre de formation de l'OGC Nice CA

L'édition originale, *Sports Emergencies, Management Scenarios* (ISBN 978-0-443-06865-2), a été publiée par Churchill Livingstone Elsevier une filiale d'Elsevier Ltd.

Édition originale : *Sports Emergencies, Management Scenarios*

Commissioning Editors : Claire Wilson, Rita Demetriou-Swanwick

Development Editor : Sally Davies

Project Manager : Mahalakshmi Nithyanand

Designer : Charles Gray

Illustrator : Graeme Chambers

Illustrations Manager : Merlyn Harvey

Édition française : *Les urgences en médecine du sport, Scénarios de prise en charge*

Responsable éditorial : Marijo Rouquette

Éditeur : Gregg Colin

Chef de projet : Anna Davoli

© 2010 Elsevier Ltd. All rights reserved.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés pour la traduction française

62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex

www.elsevier-masson.com

L'éditeur ne pourra être tenu pour responsable de tout incident ou accident, tant aux personnes qu'aux biens, qui pourrait résulter soit de sa négligence, soit de l'utilisation de tous produits, méthodes, instructions ou idées décrits dans la publication. En raison de l'évolution rapide de la science médicale, l'éditeur recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics et la posologie.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. En application de la loi du 1^{er} juillet 1992, il est interdit de reproduire, même partiellement, la présente publication sans l'autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

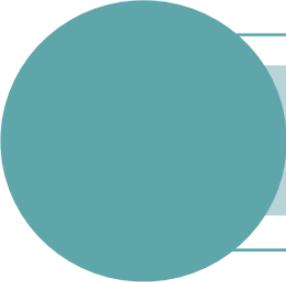
All rights reserved. No part of this publication may be translated, reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any other electronic means, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission of the publisher.

Photocomposition : SPI Publisher Services, Pondichéry, Inde

Imprimé en Italie par Printer Trento, 38100 Trento

Dépôt légal : juillet 2011

ISBN : 978-2-294-71286-9



Préface de l'édition française

Lors de tout rassemblement sportif, qu'il s'agisse de compétition, d'exhibition ou de pratique de loisir, des situations d'accident, de blessure, de malaise chez le participant doivent trouver une réponse adaptée de la part du « soignant » chargé de l'assistance « médicale » .

L'enseignement de la médecine du sport trouvera dans cet ouvrage une excellente expression des conduites à tenir sur le terrain de sport face aux multiples situations auxquelles l'on peut être confronté.

Abondance de schémas clairs, énoncé concis allant à l'essentiel et surtout au pratique, ce manuel a sa place sur le bureau comme dans la poche ou la mallette de soin de tout médecin du sport, tout médecin intervenant sur le terrain de sport, ainsi que tout kinésithérapeute présent qui doit souvent assurer plusieurs fonctions.

Le lecteur francophone sera charmé par l'accent de la verte Éirin qui transparaît au gré des illustrations photographiques et de certains protocoles de soins, les auteurs nous venant de Dublin.

À lire et relire inlassablement !

Dr Jean-Paul Canova
Centre de formation de l'OGC Nice CA

Avant-propos de l'édition originale

Le sport s'adresse à tous ! Quel que soit le niveau pratiqué, le sport est une expérience extrêmement plaisante et gratifiante, que vous jouiez au football en amateur le dimanche ou que vous soyez un sportif international. La pratique du sport contribue à votre bien-être physique, mental et émotionnel.

Cependant, des blessures se produisent. Elles sont habituellement mineures et peu importantes, mais peuvent être graves et entraîner une invalidité permanente, ou être mortelles.

Être confronté à des blessures sur un terrain de sport est une expérience stressante mettant les nerfs à rude épreuve, que ce soit pour le joueur blessé ou pour ceux qui assistent à la scène et désireux d'apporter une aide. Cet ouvrage est conçu pour apporter des indications claires à ceux qui seront confrontés à un joueur blessé.

Ces consignes faciliteront la prise en charge d'un joueur depuis le lieu de la blessure au banc de touche. Elles permettront en particulier :

- d'identifier la gravité de la blessure (rouge, orange, verte);
- de savoir ce qui *peut* et ce qui *doit* être fait;
- de savoir ce qu'il *ne faut pas* faire.

Cet ouvrage ne remplace pas une formation officielle aux premiers secours ou une formation sérieuse, mais devrait être utilisé comme un rappel des étapes importantes à suivre, normalement déjà apprises. Il n'a pas la prétention de devenir un guide d'urgence de référence, mais plutôt un manuel de terrain facile d'utilisation.

Février 2009

John M. O'Byrne
Brian M. Devitt

Préface de l'édition originale

Je suis ravi de préfacier ce manuel très pratique et bien présenté qui s'attache à décrire la prise en charge des urgences en médecine du sport lorsqu'elles surviennent. Le savoir-faire en matière de traitement des blessures sportives est large, et des avancées importantes ont eu lieu concernant les techniques chirurgicales et non chirurgicales ainsi que la rééducation.

Cependant, les soins prodigués à un sportif blessé depuis le moment de la blessure jusqu'à son arrivée dans une unité spécialisée sont essentiels.

Ce livre fournit des conseils très pratiques et très clairement présentés sur la manière de prendre en charge un sportif blessé durant cette phase initiale. Ne pas reconnaître la gravité d'une blessure ou mal la gérer peut l'aggraver, avec parfois des conséquences catastrophiques.

L'attrait de ce livre ne réside pas simplement dans les informations qu'il contient, mais aussi dans sa façon de présenter ce contenu. Les spécialistes qui ont rédigé l'ouvrage ont souhaité que ces textes puissent être compris par des personnes impliquées dans l'univers du sport – entraîneurs et arbitres – en plus des praticiens de santé. Dans ce contexte, les différents scénarios discutent non seulement de ce qu'il faut faire en cas de blessures, mais également des gestes qu'il faut surtout éviter.

Lorsqu'un joueur est blessé, l'ouvrage fournit des indications utiles sur la question difficile de sa capacité à poursuivre le jeu. Comme le savent de nombreuses personnes impliquées dans la pratique sportive, les joueurs eux-mêmes ne sont pas toujours les mieux placés pour prendre ces décisions.

Il est évident que des équipes de professionnels en mesure de répondre aux blessures existent dans le sport de haut niveau. Ce niveau représente toutefois un faible pourcentage de personnes pratiquant une activité sportive. Malheureusement, celles qui font du

sport pendant leurs loisirs sont également victimes de blessures pouvant à de rares occasions constituer des urgences.

Ce livre ne prétend pas remplacer une formation aux premiers secours par un organisme agréé. Il se veut un guide utile et rassurant à mettre dans la trousse de secours pour une consultation rapide lorsque vous êtes confronté à une blessure ou une urgence du sport.

Ray Moran, MCh FRCSI
Medical Director
Sports Surgery Clinic
Dublin, Irlande

Remerciements

Les coordinateurs de ce livre voudraient particulièrement remercier Ursula Gormally pour sa contribution inépuisable et son investissement dans la préparation de ce livre.

Nous remercions aussi Geraldine Taaffe de la Shamrock Gift Company pour son apport créatif.

Les figures et photographies énumérées ci-après ont été reproduites avec l'autorisation des propriétaires des droits, dont voici les sources :

Figure 11.6 : McCrory P, Johnston K, Meeuwisse W et al, *Summary and agreement statement of the 2nd International Conference on Concussion in Sport*, Prague 2004, Concussion in Sport Group.

Figure 20.3 : remerciements à patfalvey.com

Page 5, Sportsfile

Page 6, David Maher, Sportsfile

Page 8, Pat Murphy, Sportsfile

Page 13, Damien Eagers, Sportsfile

Page 18, Brian Lawless, Sportsfile

Page 21, Sportsfile

Page 42, Brian Lawless, Sportsfile

Page 44, David Maher, Sportsfile

Page 60, David Maher, Sportsfile

Page 65, Brendan Moran, Sportsfile

Page 70, David Maher, Sportsfile

Page 76, Damien Eagers, Sportsfile

Page 79, photographies de Ruby Walsh, reproduites avec l'autorisation de Tom Burke et de l'Irish Independent

Page 94, Pat Murphy, Sportsfile

Page 97, Brendan Moran, Sportsfile

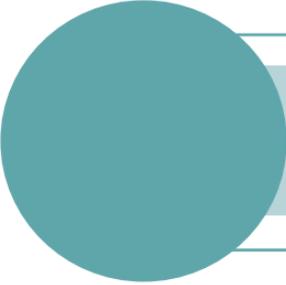
Page 120, David Maher, Sportsfile

Page 125, Paul Mohan, Sportsfile

Page 128, Damien Eagers, Sportsfile

Page 130, Brendan Moran, Sportsfile

Page 154, Damien Eagers, Sportsfile
Page 180, Brendan Moran, Sportsfile
Page 191, Ray McManus, Sportsfile
Page 197, Brendan Moran, Sportsfile
Page 225, Sportsfile





Dédicaces

À mes parents, Ruth et Joe O'Byrne, à mon frère, Jim, et à mes sœurs, Elizabeth, Ruth, Patricia et Mary.

John M. O'Byrne

À mes grands-parents, Brian McEvoy et Paddy Devitt, à ma famille et à mon épouse, Marina.

Brian M. Devitt

Contributeurs

Ciaran Bolger, FRCSI (SN) PhD

Professor, Clinical Neuroscience and Chairman, National Department of Neurosurgery, Beaumont Hospital, Dublin, Irlande

Joseph S Butler, MRCSI

Specialist Registrar in Trauma & Orthopaedic Surgery, Department of Trauma & Orthopaedic Surgery, Royal College of Surgeons in Ireland, Cappagh National Orthopaedic Hospital, Dublin, Irlande

Alan Byrne, MRCPI MSc (sports and exercise) FFSEM

Medical Director of the Football Association of Ireland; Team Doctor to the Republic of Ireland Soccer Team; Sports Medicine Consultant and General Practitioner (Dublin)

Ann-Maria Byrne, MA MB BCh LRCSPI MRCSI

Specialist Registrar, Trauma and Orthopaedics, Department of Orthopaedics, Cappagh National Orthopaedic Hospital, Dublin, Irlande

Kevin D Carson, BSc (Hons) MB BS FFARCSI FPPMCAI FJFICMI

Consultant in Anaesthesia and Intensive Care Medicine; Clinical Director of Intensive Care and Director, Department of Anaesthesia, Intensive Care and Pain Medicine, Children's University Hospital, Dublin, Irlande

Frank Coffey, MB DCH MMedSci DipSportsMed MRCPI FRCSEd FCEM

Consultant in Emergency Medicine, Nottingham University Hospitals NHS Trust; Nottingham Forest; Associate Professor, University of Nottingham, Nottingham, RU

Brian M Devitt, MD MMedSc MRCSI

Specialist Registrar in Trauma and Orthopaedics, Cappagh National Orthopaedic Hospital, Dublin, Irlande

Frank Devitt, BE PhD

Head, Department of Design and Innovation, School of Business and Law, National University of Ireland Maynooth, Maynooth, Irlande

Patrick Devitt, MRCPsych

Consultant Psychiatrist, Mental Health Commission, St Martins House, Dublin, Irlande

**Nicholas Eustace,
MB MMedSci FCA RCSI**

Consultant Anaesthetist, Department of Anaesthesia, Cappagh National Orthopaedic Hospital, Dublin, Irlande

**Stephen J Eustace,
MB MSc Rad Sci MRCPI FFR
(RCSI) FRCR FFSEM**

Newman Professor, Consultant Musculoskeletal Radiologist, Cappagh National Orthopaedic and Mater Misericordiae Hospitals, Dublin, Irlande

**Eanna Falvey, MB MRSPI
MMedSc (Sports & Exercise)
MFSEM**

Sports Medicine Fellow, Department of Rheumatology, Sport and Exercise Medicine, Cork University Hospital, Cork, Irlande

**Sean P Gaine, MD PhD FRCPI
FCCP FFSEM**

Consultant Respiratory Physician, Mater Misericordiae University Hospital; Chief Medical Officer, Olympic Council of Ireland, Dublin, Irlande

**Robert F Harrold, BSc HDE
MScEd**

Director of Adult Education and Senior Biology Teacher, Malahide Community School, Dublin, Irlande

**Gareth Horgan, MB BCh
MRCPI**

Gastroenterology Specialist Registrar, Mater Misericordiae University Hospital, Dublin, Irlande

**Fiona Kearns, MB BCh BAO
DCH DO**

Medical Ophthalmic Physician, Beaumont Hospital, Dublin, Irlande

**Ian P Kelly, MCh FRCSI FRCS
(Tr & Orth)**

Consultant Orthopaedic Surgeon, Department of Orthopaedic Surgery, Waterford Regional Hospital, Waterford, Irlande

**Paddy J Kenny, MB BCh BAO
FRCSI FRCS (Tr & Orth) MFSEM**

Consultant Orthopaedic Surgeon, Cappagh National Orthopaedic Hospital, Dublin, Irlande

Garrett O Lawlor, MB MRCPI

Specialist Registrar in Gastroenterology, Mater Misericordiae University Hospital, Dublin, Irlande

**Conor McCarthy, MD FRCPI
FFSEM**

Medical Director, Irish Rugby Football Union; Senior Clinical Lecturer, University College of Dublin; Consultant Rheumatologist, Mater Misericordiae University Hospital, Dublin, Irlande

**Damian McCormack, BSc
(Hons) FRCSI FRCS (Orth) MCh**

Clinical Professor of Orthopaedic Surgery, Mater Private Hospital, Dublin, Irlande

Gerry McEntee, MCh FRCSI

Consultant Hepatobiliary and Pancreatic Surgeon, Mater Misericordiae University, Dublin, Irlande

Liam Moggan

Coach Education Development Officer, Coaching Ireland, University of Limerick, Limerick, Irlande

**John H Mullett, FRCS
(Tr & Orth) MCh**

Consultant Orthopaedic Surgeon, Beaumont Hospital and Cappagh National Orthopaedic Hospital, Dublin; Sports Surgery Clinic, Santry, Irlande

**Ciaran Murray, BSc Physio
Hons MISCIP**

Chartered Physiotherapist, Private Practice, County Louth, Irlande

Jim O'Byrne

Team Leader, Londres, Royaume-Uni

**John M O'Byrne, MCh FRCSI
FRCS (Ortho) FFSEM(I)
FFSEM (UK)**

Abraham Colles Professor of Orthopaedic and Trauma Surgery, Department of Orthopaedic and Trauma Surgery, Royal College of Surgeons in Ireland at Cappagh National Orthopaedic Hospital, Dublin, Irlande

**Pat O'Neill, MD MSc (Orth)
DipSportsMed (London)
FFSEM(I) FFSEM (UK)**

Consultant in Orthopaedic and Sports Medicine, Mater Private Hospital; Dublin; Lecturer in Sports Medicine, Trinity College, Dublin, Irlande

**Gary C O'Toole, BSc (Hons)
MB BAO BCh (Hons) MCh FRCS
(Tr & Orth)**

Consultant Orthopaedic Surgeon, St Vincent's University Hospital and Cappagh National Orthopaedic Hospital, Dublin, Irlande

**Ashley R Poynton, MD FRCSI
FRCS (Tr & Orth)**

Consultant Spinal Surgeon, National Spinal Injuries Unit, Mater Hospital, Dublin, Irlande

Joseph M Queally, MRCSI

Registrar in Trauma and Orthopaedic Surgery, Royal College of Surgeons in Ireland, Cappagh National Orthopaedic Hospital, Dublin, Irlande

Ian Robertson, MB BCH BAO MRCSI

Orthopaedic Registrar, Cappagh National Orthopaedic Hospital, Dublin, Irlande

Martin J Shelly, MB BCH BAO BMedSc MRCSI

Specialist Registrar in Radiology, Department of Radiology, Mater Misericordiae University Hospital, Dublin, Irlande

Keith Synnott, MB BCH BAO FRCSI (Tr & Orth)

Consultant Orthopaedic Surgeon, Department of Orthopaedic Surgery, Mater Misericordiae University Hospital, Dublin, Irlande

Mihai H Vioreanu, MRCSI MCh (Orth)

Specialist Registrar in Trauma and Orthopaedic Surgery, Cappagh National Orthopaedic Hospital, Dublin, Irlande

James Walsh, MCh MRCSI MB BAO LRCPI Dip (Man)

Specialist Registrar in Trauma and Orthopaedic Surgery, Cappagh National Orthopaedic Hospital, Dublin, Irlande

Comment utiliser ce livre

Ce livre est d'abord et avant tout conçu pour fournir des consignes claires sur la façon de gérer un joueur ou un sportif blessé sur le terrain. Il est rédigé en suivant une démarche progressive simple, avec très peu de jargon médical et une riche iconographie. Nous avons divisé l'ouvrage en quatre sections.

Section 1 – Avant le jeu.

Nous y abordons les facteurs qui devraient être au point avant le début du jeu pour limiter la survenue de blessures. Cette section décrit les mesures permettant d'éviter les blessures et les préparations nécessaires pour faire face aux urgences.

Section 2 – Pendant le jeu.

Dans les premiers chapitres de cette section, nous traitons le thème très important des urgences vitales, ainsi que les mesures à suivre immédiatement. Les chapitres suivants fournissent des recommandations générales concernant les problèmes cutanés, musculotendineux et osseux.

Section 3 – Où la blessure est-elle localisée? Chacun des chapitres de cette section traite

les différentes parties corporelles. Si vous avez identifié la partie corporelle concernée, consultez le chapitre correspondant. Les urgences se produisant dans le cadre de sports aquatiques ou de l'alpinisme font l'objet des deux derniers chapitres.

Section 4 – Après le jeu.

Nous insistons sur l'importance de déterminer le déroulement de la blessure. Aurait-elle pu être évitée avec une meilleure préparation? Est-ce que la blessure a été traitée de façon appropriée? Que faire pour améliorer les soins dans le futur?

Lorsqu'on est confronté à une blessure, la première priorité consiste à estimer si : elle est grave et nécessite une hospitalisation en urgence ; si elle est modérée, le joueur devant alors être remplacé ; ou si elle est bénigne, le joueur pouvant continuer. Nous avons utilisé un code couleur reposant sur le degré de gravité des blessures.

- **Zone rouge : blessure grave qui nécessite une hospitalisation en urgence.**

- **Zone orange : blessure légère nécessitant une évaluation complémentaire, habituellement sur la touche. La zone de la blessure peut ensuite être redéfinie en rouge ou verte.**

- **Zone verte : choc mineur ou blessure mineure qui peut généralement être traité(e) sur le terrain de sport, le joueur pouvant continuer de participer.**

Face à une blessure sur le terrain, la première étape consiste à évaluer le joueur et à déterminer la zone correspondant à la blessure. Par conséquent, pour chaque sujet abordé, nous commençons par une section intitulée « Que dois-je vérifier ? », où est mise en évidence une liste d'étapes à suivre.

- Parler au joueur – posez au joueur des questions pertinentes concernant la blessure pour en évaluer la gravité.
- Identification du problème – en se fondant sur les réponses aux questions et sur le mode de survenue de la blessure, il est possible d'identifier le problème.
- Observation – la première étape de l'examen physique consiste à observer la zone lésée et à la comparer avec le côté normal. Observez et recherchez ce que l'on peut couramment retrouver, comme des déformations, des abrasions cutanées, des saignements, des grosseurs et des bosses, etc.
- Exclusion d'un traumatisme grave – avant d'aller plus loin, il est essentiel d'établir que le joueur n'a pas de blessure mettant en jeu le pronostic vital ou un membre en danger.
- Recherche de sensibilité à la palpation – après avoir mis des gants, vous pouvez maintenant palper avec douceur la zone lésée pour évaluer la présence : d'un œdème, d'une sensibilité, d'une déchirure musculaire, d'un étirement ligamentaire, voire d'une fracture.
- Bilan d'aptitude sportive – une fois le joueur bilanté, un facteur important intervenant dans la décision d'autoriser la reprise est la possibilité de réaliser les gestes requis pour le jeu. Par exemple, un joueur de tennis tombé sur l'épaule est-il en mesure de balancer la raquette au-dessus de sa tête ? Si ce n'est pas le cas, il doit arrêter de jouer !

Une fois la nature du traumatisme identifiée, certaines choses sont à faire et d'autres à éviter. Ainsi, dans chaque chapitre, la section

qui vient ensuite souligne ce qui doit être fait. Encore une fois, les consignes sont simples et sont énumérées ci-après.

- Parler au joueur – il est très important de parler au joueur, de lui expliquer ce qui se passe et ce que vous êtes en train de faire. Une blessure peut être très effrayante, et le joueur doit être rassuré sur le fait que l'on prend soin de lui. Dans certains cas, il n'est pas toujours évident de déterminer la blessure correspondant à la zone orange ou verte. Il est alors sensé de demander au joueur : « Est-ce que vous pensez pouvoir continuer à jouer ? » Normalement, les joueurs connaissent leurs propres limites.
- Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité – tous les joueurs dont les blessures correspondent aux zones rouge et orange doivent être déplacés hors du terrain de sport de manière contrôlée et sûre, avec l'équipement approprié et du personnel qualifié. Afin d'évaluer correctement un joueur devant éventuellement être remplacé, un bilan sur la touche est plus simple et plus sûr à établir que sur le terrain de sport. Les blessures de la zone verte peuvent être traitées sur le terrain ou sur la touche, en fonction du scénario.
- Transfert d'urgence – tous les joueurs atteints de blessures de zone rouge doivent être transportés le plus tôt possible à l'hôpital. Ceux qui présentent des blessures mettant en jeu le pronostic vital ou un membre en danger doivent être transportés dans une ambulance ou un véhicule de secours sous surveillance médicale. Pour les autres blessures, il faut effectuer le transfert vers l'hôpital en utilisant les modes de transport les plus rapides disponibles.
- Éviter d'aggraver la blessure – cette section procure des consignes sur « Que dois-je éviter de faire ? » afin d'éviter d'aggraver la blessure.
- Traitement – cette section indique le traitement adapté à chaque lésion spécifique, avec des consignes illustrées sur la façon d'appliquer un collier cervical, d'immobiliser une jambe fracturée, etc.

Au début de chaque chapitre est fournie une liste des blessures réparties dans les différentes

zones. Après les consignes de base « Que dois-je vérifier ? » et « Que dois-je faire ? », les

blessures spécifiques sont abordées de façon distincte, avec des consignes particulières.

Il est impossible de relater tous les scénarios de survenue d'une blessure. Cependant, il nous semble qu'en suivant les

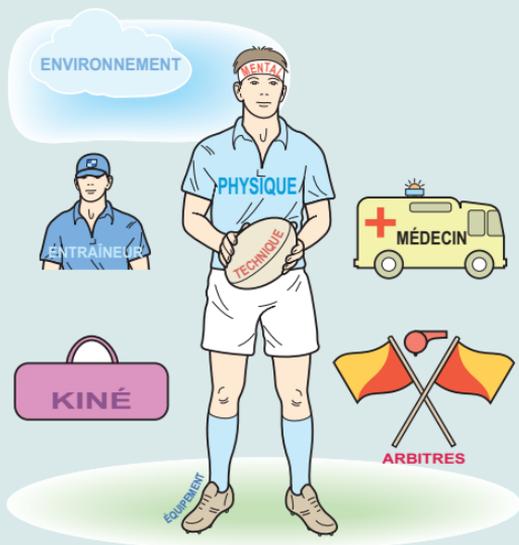
consignes décrites, la plupart des blessures peuvent être traitées avec compétence et efficacité, et permettre la poursuite du jeu, le sportif pouvant reprendre le jeu en toute sécurité dans les meilleurs délais.

Avant le jeu

Se préparer à jouer

Négliger de se préparer, c'est se préparer à perdre !

Afin de diminuer le risque de blessures, il convient de tenir compte d'un certain nombre de facteurs avant de prendre part à une activité sportive. Le joueur doit être prêt physiquement, mentalement et techniquement avant de commencer. Tout aussi important est le rôle de l'entraîneur, de l'équipe médicale et des arbitres ou officiels, qui doivent s'assurer que le jeu est pratiqué en toute sécurité, et que les blessures seront traitées rapidement et de la façon qui convient. Dans ce chapitre, nous montrons comment chaque personne impliquée doit se préparer.



En matière de sport, les entraîneurs jouent un rôle essentiel. Ils sont en charge de la préparation et de l'entraînement des joueurs pour un sport particulier ; pour ce faire, ils analysent les performances des joueurs, leur enseignent les compétences requises et leur apportent des encouragements. Cependant, ce rôle ne se limite pas à l'entraînement. L'entraîneur est responsable du bien-être des joueurs et, souvent, en l'absence de personnel médical qualifié, c'est lui qu'on appelle pour prendre en charge les blessures. C'est la raison pour laquelle une formation aux premiers secours est recommandée aux entraîneurs avant leur entrée en fonction.

Dans ce chapitre sont abordées certaines des questions importantes en lien avec le rôle de l'entraîneur dans le bien-être des joueurs.

LES JOUEURS

Les joueurs sont-ils blessés ?

- Plus les joueurs sont impliqués dans le jeu, moins ils sont prêts à signaler une blessure. En tant

qu'entraîneur, les points suivants doivent donc être vérifiés.

Suivent-ils le régime requis ?

- Avant l'événement, avaient-ils trop mangé ou pas assez ?
- Qu'ont-ils fait pour éviter la déshydratation ?

Sont-ils en forme ?

- Un bon échauffement peut permettre d'éviter de se blesser.
- Sont-ils sous l'emprise de médicaments ?
- Leur mental est-il bon ?
- Ont-ils été correctement préparés techniquement, par exemple le tacle et le plongeon au rugby.
- L'adversaire est-il d'un niveau équivalent, en particulier dans les sports de contact comme le rugby ? Comment le savez-vous ?
- Veillez au retour au calme après l'épreuve sportive.

AUTRES FACTEURS

- Examinez l'équipement, l'environnement et les installations.
- Les règles doivent être comprises et appliquées.
- Assurez-vous que le sportif désire jouer et se réjouit de participer.
- Variez l'entraînement, rendez-le sûr, amusant et pertinent.

LA TROUSSE DE L'ENTRAÎNEUR

S'il est essentiel de disposer d'une trousse de premiers secours bien approvisionnée, il convient de veiller à éviter de compliquer des situations potentiellement stressantes. Une règle générale simple peut permettre d'apporter des clarifications à ceux qui doivent équiper leur trousse de premiers secours : « Si vous ne comprenez pas de quoi il s'agit et à quoi ça sert, ne le mettez pas dans votre trousse ! » La liste suivante représente un bon début et, avec l'expérience, vous pourrez la compléter. Rappelez-vous toujours : votre trousse doit être régulièrement vérifiée, car elle se videra rapidement et souvent à votre insu !

- Poche de glace
- Bouteille d'eau
- Compresses de gaze
- Mèches nasales
- Ruban adhésif, dérouleur de ruban adhésif
- Vaseline
- Crème antiseptique (par exemple, Sudocrem®)
- Tampons de gaze, différentes tailles
- Sutures cutanées adhésives
- Teinture de benjoin
- Solution d'irrigation (normale salée, bain oculaire)
- Bandes élastiques adhésives (2,5 cm, 5 cm)
- Bandages compressifs (5 cm, 7,5 cm, 10 cm)
- Bandage triangulaire
- Pansements adhésifs (par exemple, Urgo®, Hansaplast®)
- Pommade/spray antiseptique (par exemple, Bétadine®)
- Compresses Melolin® x12
- Tampon pour les soins de la peau (par exemple, 2nd Skin®, Compeed®)
- Liste des proches des joueurs avec leurs numéros de téléphone
- Cartes plastifiées avec les numéros de téléphone des hôpitaux et des services d'urgences les plus proches.

chapitre 2

L'équipe médicale

C. Murray, P. O'Neill



Pour réussir en sport, le temps passé à l'entraînement et à la pratique est essentiel. Cette idée s'applique également à l'aide médicale, et elle est particulièrement importante face à des scénarios d'urgence : voies aériennes, respiration, circulation, stabilisation du cou, et transport du joueur. Une équipe médicale ayant répété, avant la survenue d'un événement, les divers scénarios qui peuvent se dérouler sur un terrain de sport sera bien plus compétente et efficace lorsqu'elle sera confrontée à un problème.

Ce livre *ne remplace pas* une formation sur la prise en charge des urgences, mais il fournit un rappel des étapes à suivre dans la situation stressante que

représente une blessure sur un terrain de sport. Il est impératif d'avoir suivi une formation spécifique à ces techniques.

APPRENEZ À CONNAÎTRE VOTRE ÉQUIPE !

Il importe de disposer d'une liste de tous les numéros de téléphone d'urgence :

- Médecin de proximité
- Service d'urgences de proximité
- Ambulance
- Dentiste de proximité
- Pompiers

Familiarisez-vous avec les différentes techniques et pratiquez ensemble, en tant qu'équipe. Chaque membre de l'équipe devrait connaître le rôle qu'il doit tenir dans un scénario d'urgence.

Apprenez à connaître les joueurs – affections médicales, blessures antérieures, etc. Le bien-être d'un joueur est plus important que la victoire.

Il importe de disposer du matériel requis et celui-ci doit être bien conditionné.

Sont indiqués ci-après les divers éléments qui devraient former le contenu des trousse de kinésithérapeute et de l'équipe médicale.

LA TROUSSE DU KINÉSITHÉRAPEUTE

- Poche de glace et serviette humide
- Compresses froides/éponge froide
- Bandes de crêpe (7,5 et 10 cm)
- Bouteilles d'eau/liquides
- Gants protecteurs
- Ciseaux orthopédiques
- Masques laryngé et facial
- Spray adhérent à séchage rapide/protecteur cutané
- Sous-bande en mousse (par exemple, Elastomousse®)
- Bandes de soutien adhésives type Elastoplast® (7,5 et 10 cm)
- Tampons d'oxyde de zinc (2,5 et 5 cm)
- Feutre orthopédique adhésif
- Rubans de gaze attachés (2,5 cm)
- Compresses de gaze – stériles
- Vaseline
- Solution d'irrigation à usage local
- Pommade/spray antiseptique
- Boules de coton hydrophile – stériles
- Pansement chirurgical adhésif (Mepore®)
- Sutures cutanées adhésives
- Pansement de gaze imprégné de paraffine – stérile
- Bande Elastoplast®
- Pansement adhésif Mefix®/Hypafix® (10 cm)
- Éponges nasales
- Bain oculaire
- Kit pour ampoule : gel de type 2nd Skin®, Compeed®, pansements gel
- Pince à ongles de pédicurie et limes à ongles
- Semelles protectrices (découpables)
- Bandage triangulaire et épingles
- Attelle pour doigt en maillet
- Savon
- Paracétamol
- Décongestionnant nasal
- Huile/crème de massage
- Spray réfrigérant



LA TROUSSE MÉDICALE

L'équipe doit pouvoir disposer de la trousse médicale à tous les matchs, et les entraîneurs, les kinés ainsi que les autres membres du staff – même si aucun médecin n'est présent.

- Poche de glace
- Cryo/Cuff Aircast® (attelles gonflables de froid)
- Bouteille d'eau
- Gants d'examen
- Glace
- Compresses de gaze
- Mèches nasales/tampons nasaux
- Dérouleur de ruban adhésif
- Sutures cutanées adhésives

Pansements

- Protecteur cutané
- Dissolvant
- Pansements secondaires (par exemple, Fixomull®/Hypafix®)
- Pansements rigides (2,5, 3,8 et 5 cm) (par exemple, Leukotape®, Mueller®)
- Bande élastique adhésive (2,5 et 5 cm)
- Feutre adhésif
- Rouleau de mousse orthopédique (par exemple, Elastomousse®)
- Bandage compressif (5, 7,5 et 10 cm)
- Bandage tubulaire élastique (par exemple, Tubigrip®)

Soins de plaie

- Tampons de gaze, différentes tailles
- Ruban adhésif, dérouleur de ruban adhésif
- Sutures cutanées adhésives
- Teinture de benjoin
- Solution d'irrigation (normale salée, bain oculaire)
- Bandages compressifs
- Compresses alcoolisées
- Tampons pour les soins de la peau (par exemple, 2nd Skin®, Compeed®)
- Pansements adhésifs (par exemple, Urgo®, Hansaplast®)
- Pommade/spray antiseptique (par exemple, Bétadine®)
- Compresses Melolin® x12
- Crème antiseptique

Soins orthopédiques/ neurologiques

- Collier cervical (ajustable)
- Canule de Guedel et masque facial
- Bandage triangulaire/écharpe d'immobilisation d'épaule
- Attelles (résine avec rembourrage, aluminium malléable, air)
- Béquilles
- Coudières, genouillères, chevilères, ceintures lombaires, etc.
- Talonnettes
- Supports de voûte plantaire
- Semelles orthopédiques temporaires

Soins généraux

- Serviette
- Arnica
- Huile de massage
- Anti-inflammatoire local
- Coupe-ongles/pince à ongles/ limes à ongles
- Brosse à ongles
- Miroir
- Cotons-tiges
- Épingles à nourrice
- Stylo et carnet
- Habits chauds
- Couvertures
- Ciré
- Comprimés/liquide de stérilisation Milton™
- Boîte réfrigérante

CHECK-LIST DU MATÉRIEL ET DES FOURNITURES POUR LE MÉDECIN DE L'ÉQUIPE

Si la devise est toujours d'être bien préparé, rien ne remplace la liste complète de la trousse



du médecin de l'équipe. Chaque sport, chaque équipe aura ses propres besoins et souhaits. Par conséquent, votre trousse sera toujours en constitution : elle va grossir au fur et à mesure de votre acquisition d'expérience. La liste qui suit constitue un bon début, mais assurez-vous d'y ajouter constamment des éléments. Certains matériels et produits d'urgence – par exemple, défibrillateurs, médicaments de premiers secours, matériel orthopédique – seront disponibles dans une ambulance. Il est important d'entrer en contact avec le service ambulancier avant de commencer à jouer pour vérifier ce dont il dispose.

Équipement à porter sur soi

- Gants d'examen
- Tampons de gaze
- Vaseline
- Ruban adhésif
- Mèches nasales/tampons nasaux
- Ciseaux chirurgicaux
- Masque de réanimation de poche
- Stylo et papier
- Lampe-stylo
- Cotons-tiges
- Couteau de poche/couteau suisse
- Téléphone portable/radio

Kit de soins de plaie

- Tampons de gaze, différentes tailles
- Ruban adhésif (différentes tailles, rigide/élastique), dérouleur de ruban adhésif
- Astringent (par exemple, eau oxygénée)
- Crème antiseptique
- Sutures cutanées adhésives
- Teinture de benjoin
- Solution d'irrigation (normale salée, bain oculaire)
- Bandages compressifs
- Compresses alcoolisées
- Pansements (par exemple, 2nd Skin®, Compeed®)

Kit de suture

- Lidocaïne (1 %, avec et sans adrénaline)
- Seringues et aiguilles
- Gants stériles, champs stériles
- Solution de stérilisation (polyvidone iodée)
- Plateau de suture jetable
- Fils (résorbables et non résorbables)
- Collecteur d'aiguilles
- Agrafes de suture et ôte-agrafe
- Scalpel/lames de scalpel

Kit de soins oculaires

- Patchs oculaires
- Compresses imbibées de

vaseline (Jelonet®) pour faciliter la fermeture de l'œil

- Gouttes de fluorescéine avec/ sans lidocaïne
- Bain oculaire
- Lumière bleue
- Gouttes/crème antibiotiques
- Ruban adhésif
- Boîtier pour lentilles de contact

Kit nasal

- Mèches nasales – ruban de gaze
- Tampons nasaux
- Mèches imbibées :
 - d'adrénaline (1 : 200)
 - de pommade antibactérienne (sulfate de framycétine)

Diagnostic sur la touche

- Tensiomètre
- Stéthoscope
- Otoscope/ophtalmoscope
- Marteau à réflexes
- Glucomètre (avec des lancettes et des bandelettes de test)
- Test d'évaluation cognitive (questionnaire de Maddock)
- Abaisse-langue
- Outil d'évaluation des commotions cérébrales chez les sportifs (Sports Concussion Assessment Tool [SCAT])

Soins neurologiques/ orthopédiques

(Les éléments suivants sont normalement fournis par les services ambulanciers – les contacter avant l'événement sportif.)

- Planche dorsale avec sangles de maintien corps/tête
- Matériel d'immobilisation de la tête
- Canule oropharyngée
- Outils pour ablation du masque facial
- Attelle du genou
- Attelles pour les doigts (aluminium/mousse)
- Attelles (résine avec rembourrage, aluminium malléable, sous vide)
- Bandage triangulaire/écharpe d'immobilisation d'épaule

Médicaments

- Antalgiques oraux
 - Paracétamol (comprimés de 500 mg)
 - Ibuprofène (comprimés de 600 mg)
 - Codéine phosphate
- Antalgiques injectables
 - Chlorhydrate de tramadol
 - Morphine
 - Péthidine
- Antiacide
- Inhibiteur de la pompe à protons (par exemple, pantoprazole)
- Antispasmodique (par exemple, butylbromure de scopolamine)
- Décongestionnant oral
- Décongestionnant nasal en spray (par exemple, xylométazoline ou béclométazone)
- Huiles essentielles
- Antihistaminiques : sédatifs (par exemple, chlorphéniramine), non sédatifs (par exemple, loratidine)
- Sirop antitussif (par exemple, phosphate de codéine)
- Sirop mucolytique (par exemple, Carbocystéine®)
- Pastilles pour la gorge
- Antidiarrhéique (par exemple, lopéramide)
- Antiémétique (par exemple, métoclopramide, oral/intramusculaire)
- Glucose (en comprimés, pâte ou gel)
- Trinitrine sublinguale en spray
- Gouttes auriculaires (céruménolytiques/antibiotiques/corticoïdes)
- Sédatifs (par exemple, zolpidem)
- Myorelaxant (par exemple, diazépam)
- Pilule contraceptive

- Anatoxine tétanique
- Laxatif émoullit
- Crèmes/pommades :
 - Antifongiques
 - Antibiotiques
 - Corticoïdes
 - Anti-inflammatoires
- Antibiotiques :
 - Co-amoxiclav
 - Clarithromycine
 - Flucloxacilline
 - Benzylpénicilline
 - Ciprofloxacine
- Bronchodilatateurs (par exemple, salbutamol, budésonide)
- Prednisolone orale
- Antiviral oral (par exemple, famciclovir)
- Soluté de réhydratation orale (par exemple, Fanolyte®)

Kit anaphylactique

- Adrénaline (Anapen®)
- Hydrocortisone (+ de l'eau pour une solution)
- Prochlorpérazine

Prise en charge des voies aériennes

- Sondes endotrachéales avec stylet
- Masques oropharyngés
- Laryngoscope (avec lames, source de lumière)

- Seringues
- Lubrifiant
- Kit de cricothyrotomie

Appareil respiratoire

- Masque Ambu® (divers types)
- Matériel d'aspiration

Support circulatoire

- Cathéters et tubes intraveineux
- Solutions intraveineuses (salée physiologique ; glucose 5 %)

Médicaments de premiers secours

(Les éléments suivants sont normalement fournis par le service de réanimation cardiologique – le contacter avant l'événement sportif.)

- Atropine (seringues préremplies de 1 mg)
- Adrénaline à 1 : 1000 (seringues préremplies de 1 mg)
- Lidocaïne (seringues préremplies de 100 mg)
- Lidocaïne, solution injectable pour perfusion
- Bicarbonate de sodium (seringues préremplies)
- Glucose 50 % (seringues préremplies de 50 ml)
- Trinitrine en spray
- Aspirine 300 mg
- Bouteille d'oxygène, masques, tubes

Surveillance électronique

- Moniteur/défibrillateur cardiaque

Général/divers

- Poche de glace
- Bandelettes urinaires
- Crème solaire
- Couteau de poche/couteau suisse
- Épingles à nourrice
- Liste des substances interdites
- Rouleaux salivaires
- Kit dentaire (cyanoacrylate, flacons stériles)
- Stylo et papier
- Lampe-torche et piles
- Miroir
- Formulaire de prescription
- Formulaire de consentement
- Formulaire de renseignements préremplis

- Habits chauds
- Couvertures
- Cirés
- Copie des autorisations d'exercice

LA DROGUE ET LE SPORT/ SUBSTANCES INTERDITES

Cette question est devenue un terrain miné du fait de la constante augmentation des comités antidopage et du nombre croissant de suppléments nutritionnels/substances ergogènes, ou stimulantes, dont peuvent disposer les sportifs. En cas de doute, vérifiez toujours **avant** de prescrire. Les sites Internet www.dopage.com et www.afld.fr fournissent une liste des produits dopants (par classes de substances interdites, mais également en fonction des sports).

Un joueur en forme est préférable à une star blessée !



- Un joueur porteur d'une pathologie doit être examiné par du personnel médical qualifié avant de prendre part au jeu.
- Les règles générales s'appliquent – ne jouez pas si vous avez de la fièvre.
- Tout joueur pratiquant un sport en étant déjà blessé court le risque d'aggraver la blessure et son état.
- Un sportif jouant blessé est souvent moins bien préparé mentalement, et fait souvent une contre-performance.

PRÉPARATION PHYSIQUE

- Pour prendre part à un jeu, le joueur doit avoir un niveau de forme de base.
- Le joueur doit avoir été formé aux techniques du sport qu'il pratique.
- Il est recommandé de s'échauffer avant de pratiquer un sport pour éviter le risque de blessure.

PRÉPARATION MENTALE

Soyez mentalement sur le terrain !

La préparation mentale est essentielle pour améliorer ses performances et réduire le risque de blessure. Le sport constitue une charge émotionnelle très élevée, et des personnes normalement sensibles peuvent y perdre leur self-control. Dans une

telle situation, les joueurs sont plus susceptibles de se blesser et d'en blesser d'autres.

Examinons maintenant les facteurs positifs et négatifs requis lorsque vous cherchez à être mentalement sur le terrain.

Facteurs positifs

- Concentration sur : les objectifs, la technique, la stratégie, les souhaits.
- Motivation : volonté de réussir, désir de remplir les objectifs fixés.

Une approche mentale idéale du sport est celle des « cinq C » :

- Calme
- Confiance
- Courage
- Contrôle
- Clarté

On trouve souvent des équipes qui récitent cette liste tel un mantra !

Je suis nerveux(se), que faire ?

Les joueurs font souvent part d'un sentiment de nervosité avant de jouer. L'anxiété est connue pour améliorer les performances et peut être une bonne chose. Cependant, un surcroît d'anxiété, particulièrement lors d'un grand événement, peut faire qu'un

joueur soit paralysé par la peur. Ce processus est appelé le « trac ».

Beaucoup de sportifs ont recours à des techniques de relaxation avant de commencer à jouer, telles que le yoga, la visualisation ou la méditation, afin de diminuer leur anxiété et d'améliorer leur concentration.

Facteurs négatifs

- **Trac.**
- **Trouble obsessionnel compulsif** – indécision provoquée par l'anxiété.
- **Superstitions** – forme de compulsion soulageant l'anxiété, et pouvant s'avérer une bonne ou une mauvaise chose. Un échec peut être garanti en l'absence de moyens permettant de répondre à une superstition.
- **Phobies** – peurs irrationnelles, telles que la peur d'une équipe considérée comme une « bête noire ».
- **L'échec de la préparation mentale** qui entraîne l'échec dans les performances peut conduire à la dépression, et vice versa. Soyez attentif aux signes révélateurs suivants, et faites alors examiner le joueur par un médecin : mauvais sommeil, perte d'intérêt, culpabilité, perte d'énergie,

absence de concentration, abus d'alcool, psychose (illusions, hallucinations), idées suicidaires.

- **Burn-out (épuisement)** – il est souvent dû à un entraînement trop intense : « S'il (si elle) ne fait que travailler sans jouer, Jacques est un garçon qui s'ennuie (Julie est une fille qui s'ennuie) ». Cela peut être dû à un manque de variété dans l'entraînement : « Un changement vaut autant que du repos ».
- **Manque de mise en perspective** – cela peut conduire à un stress intense et à jouer sous son niveau, ou à une perte de forme. (Ce n'est qu'un jeu !) Par exemple, un joueur peut réagir de façon excessive à son remplacement, ou au fait de ne pas pouvoir jouer à cause d'une blessure.
- **Abus de drogue et de substances** – l'usage d'alcool ou de drogue avant la pratique d'un sport accroît l'incidence des blessures. Dans ces circonstances, les joueurs ne doivent pas être autorisés à jouer et il convient de leur rappeler les règles.
- **Problèmes de personnalité** – il peut être nécessaire de conseiller une « tête brûlée » afin qu'elle améliore ses performances. Envisagez de remplacer un joueur si des

problèmes de personnalité interviennent – le joueur peut s'attirer le courroux de l'arbitre et recevoir un carton jaune ou rouge. Il peut être nécessaire de motiver de façon plus directe un « joueur paresseux » – et de lui « botter les fesses »!

Symptômes psychosomatiques

Il s'agit de symptômes physiques engendrés par le stress, par exemple, des céphalées (maux de tête), des douleurs thoraciques, un rythme cardiaque accéléré, un dérangement intestinal, une diarrhée, une douleur abdominale, un vertige.

Un tel diagnostic ne doit être posé que par du personnel qualifié, lorsque l'examen physique est sans équivoque, et qu'une telle symptomatologie a déjà été mise en évidence auparavant.

MALADIE MENTALE ET SPORT

Même en l'absence de consensus sur ce sujet, au minimum un sportif sur dix souffre d'une pathologie mentale, soit la même proportion que dans la population générale. La prévalence des pathologies mentales pourrait même être plus importante que cela en

raison du stress émotionnel associé au sport. Les troubles mentaux courants sont l'anxiété/dépression, le trouble bipolaire (trouble maniaco-dépressif) et la schizophrénie. C'est une bonne idée, avant d'entreprendre une tournée ou un tournoi, de dépister les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, en particulier les troubles bipolaires.

URGENCES PSYCHOLOGIQUES – QUE DOIS-JE FAIRE ?

Le médecin de l'équipe doit connaître les joueurs sous traitement pour trouble mental.

Bien connaître les règles antidopage ! (Voir les sites Internet www.dopage.com ou www.wada-ama.org.)

Panique

Il peut s'agir d'un sentiment de mort imminente – « J'ai cru que j'avais une crise cardiaque ». Tout d'abord, il est important d'exclure toute cause organique d'une maladie.

Si le joueur hyperventile (respiration rapide, superficielle), faites-le respirer dans un sac en papier.

- **Rassurer.** Approchez le joueur avec confiance, et parlez-lui de manière ferme : « Ce n'est qu'une attaque de panique, tu ne vas pas mourir. Tu as déjà eu ça avant, ça ira mieux dans quelques minutes. Et je te garantis que tu vas jouer le match de ta vie aujourd'hui ! »
- **Relâchement.** Concentrez-vous sur la contraction des principaux groupes musculaires pendant 10 secondes, et leur relâchement progressif pendant 10 secondes jusqu'à ce que les muscles soient totalement relâchés. Par exemple, demandez au joueur de serrer de plus en plus fort les poings pendant 10 secondes et de les relâcher petit à petit pendant 10 secondes. Tout en se relâchant, le joueur doit fermer les yeux et il faut lui demander de répéter certaines « phrases positives », comme : « Je suis totalement prêt ! », « Je me sens très bien ! », « Tout va bien se passer » .

Un médecin pourra être amené à prescrire un médicament si l'anxiété est très importante.

Si le problème ne peut être réglé en dehors du terrain, le joueur doit être accompagné à l'hôpital.

Manie

La manie peut se manifester par un comportement social inapproprié ou un comportement à risque, des troubles du sommeil, une irritabilité, un délire des grandeurs (par exemple : « Je suis Jésus-Christ. Dieu m'a donné pour mission de gagner la coupe cette année ! »), une logorrhée et un manque de discernement, pouvant être associé à une alternance entre pleurs et rires hystériques. **Assurez-vous que le joueur ne court pas de danger et faites appel aux services médicaux d'urgence !**

Psychose

La psychose renvoie à des pensées ou un comportement coupés de la réalité. Une personne atteinte peut présenter des délires (croyances erronées, par exemple : « Des extraterrestres ont placé une puce électronique dans mon cerveau pour me contrôler »), des hallucinations auditives ou bien des propos ou un comportement désorganisés. **Assurez-vous que le joueur ne court pas de danger et faites appel aux services médicaux d'urgence !**

Le bien-être du joueur prime sur la compétition

Même s'ils sont parfois impopulaires, les arbitres ont une extrême importance dans le sport. En arbitrant un match de façon juste et équilibrée, ils assurent la sécurité des joueurs durant la rencontre. Il est essentiel que l'équipe médicale et l'arbitre communiquent avant et pendant le jeu.



RÔLE DE L'ARBITRE OU DES OFFICIELS

- Appliquer les règles
- Éviter les comportements antisportifs
- Mettre fin à un jeu dangereux
- Distribuer des cartons jaunes/rouges
- Surveiller les équipements/installations
- Arrêter le jeu si un joueur est blessé

ENVIRONNEMENT

- **Surface de jeu.** S'assurer de l'absence d'obstacles (comme du verre brisé), de sa planitude et de la qualité de son entretien.
- **Conditions météorologiques.** Elles peuvent avoir une grande influence sur le jeu. La chaleur ou le froid extrême, la pluie, le brouillard et le gel peuvent tous accroître le risque de blessures. Si le risque est trop grand pour les joueurs, l'arbitre doit prendre la décision de reporter la rencontre.

Il faut être fort pour prendre la bonne décision.

ÉQUIPEMENT

La gamme peut s'étendre des vêtements adaptés

(par exemple, les chaussures de sport) à l'équipement utilisé pour pratiquer le sport (par exemple, perche, skis, vélo, etc.). Celui-ci doit être approprié et bien entretenu.

Durant le jeu



A = airway (voies aériennes), B = breathing (respiration), C = circulation

Ce chapitre est conçu comme un rappel pour ceux déjà formés aux techniques de premiers secours.

L'objectif de ce chapitre est de vous rappeler comment :

- évaluer un sportif ayant perdu connaissance ;
- mettre en route des soins de premiers secours pour maintenir la circulation sanguine et la ventilation ;
- utiliser un défibrillateur.



INFORMATION

Risques pour le sauveteur

- La sécurité personnelle du sauveteur prime avant tout.
- Être conscient des risques dus à l'environnement, par exemple lors des tentatives de sauvetage et de réanimation dans l'eau, en montagne, sur un circuit automobile.
- Être conscient du risque d'infection par la personne à réanimer. Portez des gants et utilisez un masque de protection, si disponibles.

BESOINS REQUIS

Équipe

- Deux sauveteurs
- Assistants pour la mobilisation en bloc (*logroll*)

Équipement de base

- Gants
- Serviette
- Ciseaux (pour ôter les vêtements)
- Rasoir (pour raser le thorax)
- Masque facial

Équipement avancé

- Canule de Guedel
- Masque Ambu®
- Canule nasopharyngée
- Masque laryngé
- Défibrillateur automatisé externe (DAE)

A = AIRWAY (VOIES AÉRIENNES)

Étape 1 (figure 5.1A)

- Le sportif est-il inconscient ?
- Y a-t-il eu un traumatisme ? Si oui, **stabilisez le cou** (voir chap. 7).
- Ne tentez pas de déplacer le sportif.
- Parlez au sportif : « Est-ce que ça va ? Où avez-vous mal ? »

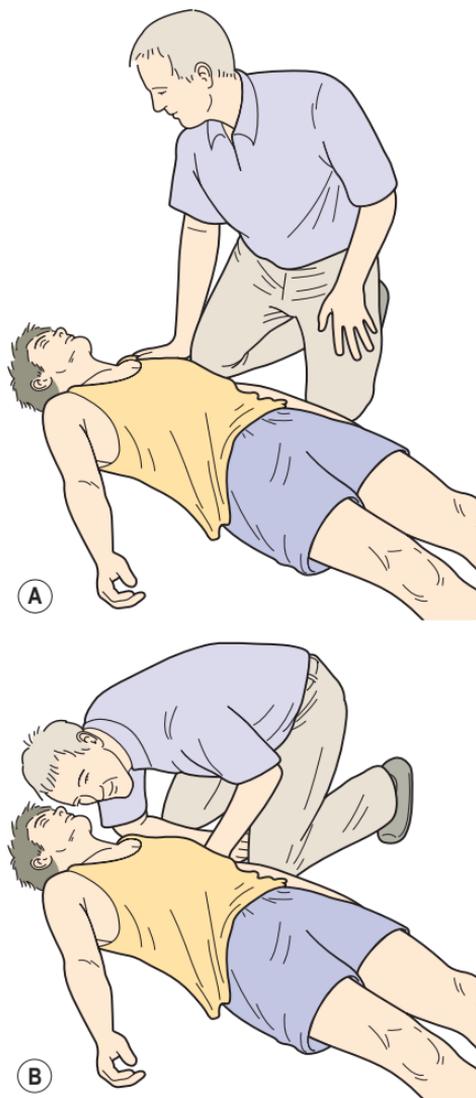
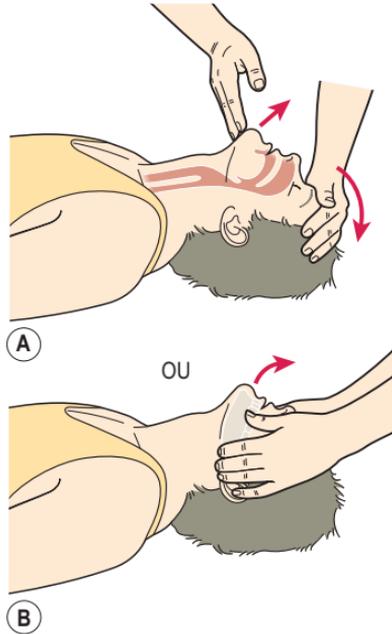


Figure 5.1 Évaluation du sportif ayant perdu connaissance. **A.** Étape 1 : « Ohé, ohé, ohé ! Ouvrez les yeux ! » **B.** Vérification de la respiration – observer, palper, écouter.

Étape 2 (figure 5.1B)

- Vérifiez si le sportif respire normalement.
- Si le patient peut parler sans voix enrouée ou sans sifflement (*wheezing*), ses voies aériennes sont libres.
- S'il est inconscient, ôtez tout ce qui peut obstruer les voies aériennes, comme un protège-dents ou des dents cassées.
- Après avoir enfilé un gant, ramenez d'un doigt la langue qui se trouve au fond de la gorge vers l'avant (**à ne pas faire chez les enfants**).



Étape 3 (figure 5.2)

- Si le patient est inconscient, dégagez doucement les voies aériennes en inclinant le menton vers le haut avec une main et en poussant le front vers l'arrière avec l'autre main (figure 5.2A).

OU

- En cas de possibilité de lésion cervicale, dégagez les voies aériennes par une manipulation de la mâchoire (*thrust*), en plaçant les doigts à l'arrière de l'angle de la mâchoire et en soulevant celle-ci vers le haut pour libérer la bouche et les voies aériennes (figure 5.2B).

Si le sportif est face contre terre, il est nécessaire de le mobiliser en bloc pour accéder aux voies aériennes.

Figure 5.2 Libération des voies aériennes.

A. Soulèvement du menton. **B.** Manipulation de la mâchoire (*thrust*).

La désobstruction des voies aériennes est prioritaire par rapport aux autres lésions.

Si ces méthodes permettent de libérer les voies aériennes :

- vérifiez la présence de tout autre blessure menaçant le pronostic vital ;
- en cas d'absence de douleur cervicale ou de possibilité de lésion rachidienne, placez le en position latérale de sécurité (figure 5.3) ;
- restez avec le sportif en attendant de l'aide ;
- en cas de vomissements, voir les instructions p. 29.

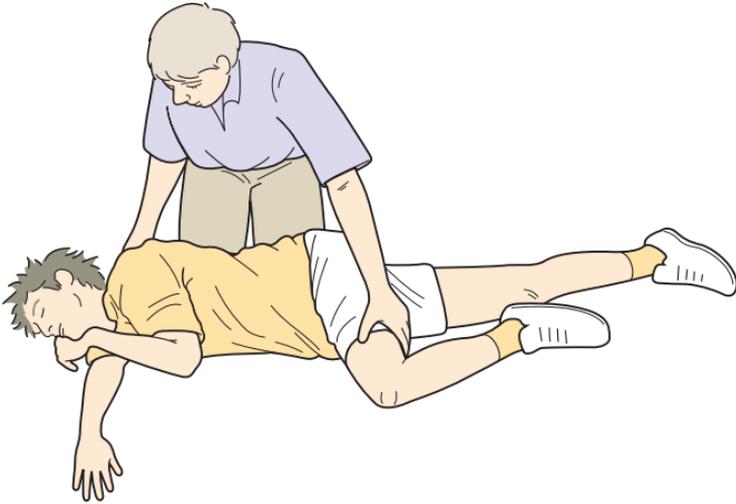


Figure 5.3 La position latérale de sécurité.

Si les voies aériennes sont libres mais qu'une respiration spontanée ne se produit pas, administrez d'abord deux insufflations (voir la section suivante).

Placement du joueur en position latérale de sécurité

1. Placez le bras comme indiqué à la [figure 5.4A](#).
2. Pliez le genou opposé et croisez la main opposée sur le thorax ([figure 5.4B](#)).
3. Tournez le sportif sur le côté ([figure 5.4C](#)).

Protection des voies aériennes – Techniques avancées

- Pour maintenir ouvertes les voies aériennes, il est

possible d'utiliser une canule oropharyngée ou de Guedel. Sélectionnez la taille appropriée en plaçant la collerette parallèlement aux dents antérieures. L'embout de la canule ne doit pas aller au-dessus de l'angle de la mâchoire ([figure 5.5](#)). S'il est trop long, il peut en réalité obstruer les voies aériennes. S'il est trop court, il peut pousser la langue contre le fond de la gorge et, de plus, obstruer les voies aériennes.

- Avec les mains gantées, ôtez tout corps étranger, tel un protège-dents, de la bouche.
- Ouvrez la bouche, en séparant doucement les dents du haut et du bas.
- Commencez par insérer l'embout de la canule à l'envers, la partie courbée étant dirigée

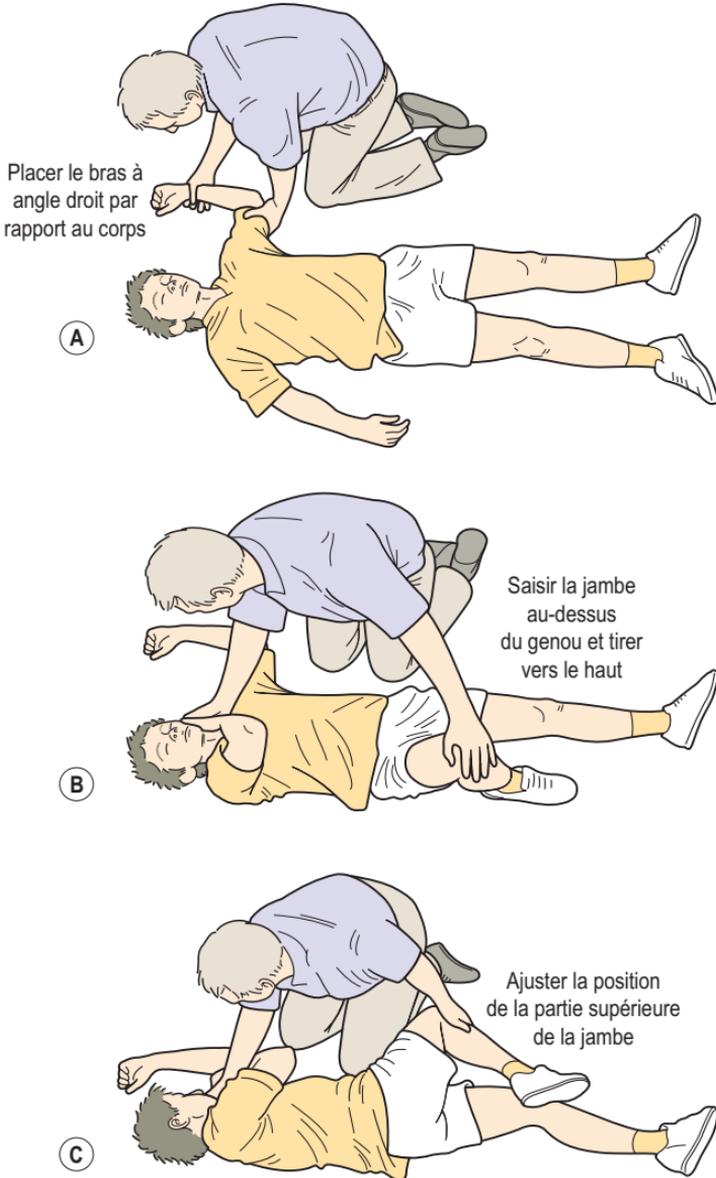


Figure 5.4 Placement du sportif en position latérale de sécurité.

vers la langue pour éviter de pousser la langue vers le fond de la gorge (figure 5.6A).

- Quand le masque atteint le fond de la gorge, faites tourner la canule de 180°, afin que l'embout soit dirigé vers le bas au moment où il est près du fond de la gorge (figure 5.6B).
- Si le sportif a un haut-le-cœur ou semble suffoquer après

l'intubation, ôtez la canule immédiatement.

- Vérifiez à nouveau la taille de la canule avant de la réinsérer.
- En l'absence de respiration spontanée ou bien si une respiration anormale survient, commencez la ventilation artificielle par le bouche-à-masque ou avec un masque Ambu® (figures 5.7 à 5.9).



Figure 5.5 Sélection d'une canule de Guedel de taille appropriée. La mesure se fait de l'angle de la bouche à l'angle de la mâchoire. Cette distance correspond à la taille appropriée de la canule.

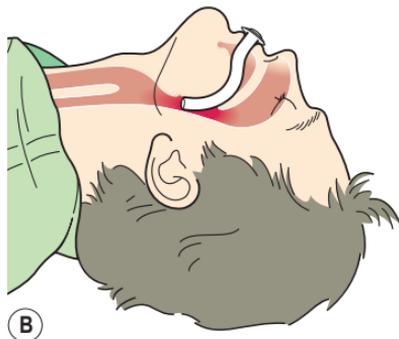
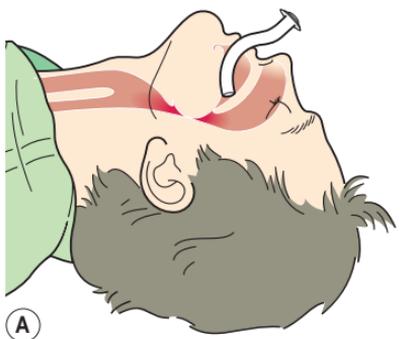


Figure 5.6 Techniques avancées d'intubation. **A.** Insertion de la canule de Guedel. **B.** Rotation de la canule de 180°.



INFORMATION

Techniques avancées d'intubation

- Pose d'une canule nasopharyngée – à éviter si le sportif a subi un traumatisme crânien
- Masque laryngé
- Sonde endotrachéale
- Cricothyroïdotomie d'urgence

Toutes ces interventions nécessitent une formation approfondie. Elles ne devraient être entreprises que par des praticiens qualifiés. Le sportif doit être immédiatement conduit à l'hôpital pour finaliser le traitement.

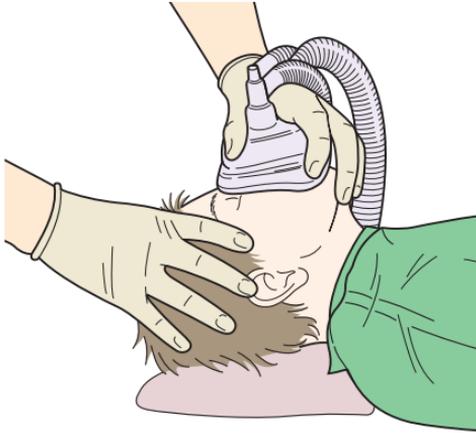


Figure 5.7 Ventilation à l'aide d'un masque Ambu®. Assurez-vous de l'étanchéité du masque autour de la bouche et du nez du joueur.

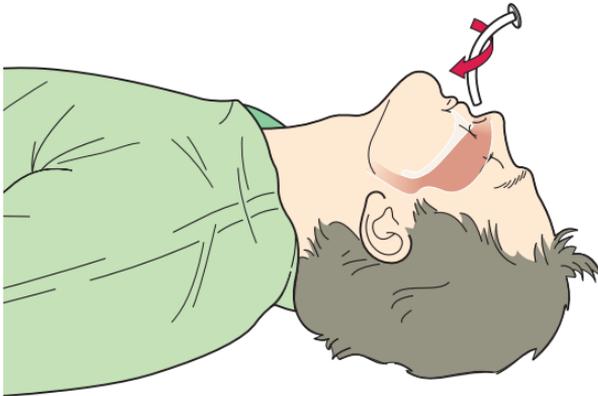


Figure 5.8 Insertion d'une canule nasopharyngée.

Vomissements

Si toute lésion rachidienne a été éliminée et que le sportif vomit, placez-le en position latérale de sécurité. Si une lésion rachidienne est possible, utilisez la mobilisation en bloc (voir chap. 7).

B = BREATHING (RESPIRATION)

Le maintien de la liberté des voies aériennes est essentiel avant de prendre en charge la respiration (figure 5.10).

- Observez, écoutez et palpez, à la recherche de signes respiratoires.

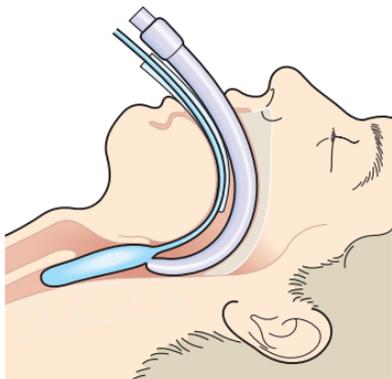


Figure 5.9 Masque laryngé.

- Recherchez des signes de souffrance respiratoire : battement des ailes du nez, lèvres bleutées.
- En l'absence de respiration spontanée : administrez deux insufflations.
- Ventilation bouche-à-bouche – le sauveteur crée une étanchéité autour de la bouche du sportif avec sa propre bouche (figure 5.11), pince étroitement le nez, puis souffle de l'air dans la bouche. Utilisez un masque facial, si disponible.

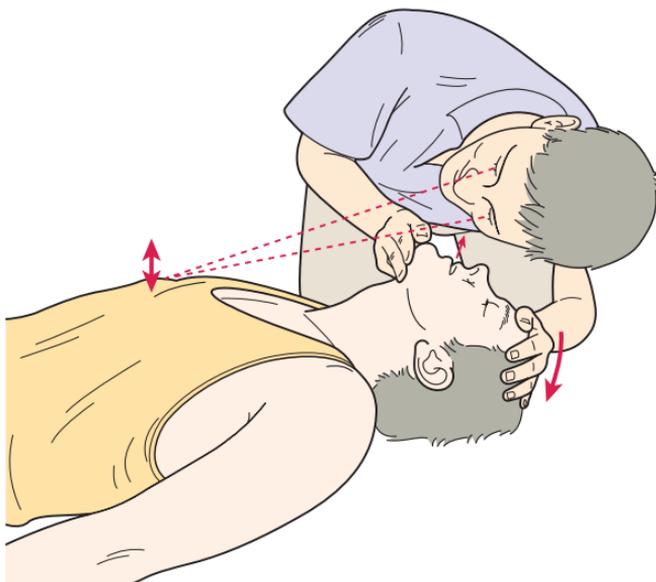


Figure 5.10 Ouverture des voies aériennes. Inclinez la tête vers l'arrière avec une main ; soulevez le menton vers l'avant avec votre doigt. Observez, palpez, écoutez les signes respiratoires. Préparez-vous à insuffler.



Figure 5.11 Bouche-à-bouche. Si aucun masque n'est disponible, inspirez profondément. Assurez l'étanchéité autour de la bouche du sportif avec votre propre bouche et expirez lentement.

- Ventilation bouche-à-nez – utilisée si le sportif souffre de lésions faciales importantes empêchant le bouche-à-bouche. Le sauveteur ferme la bouche du sportif, recouvre le nez avec sa bouche, souffle doucement, puis relâche la mâchoire pour permettre l'expiration.
- Ventilation bouche-à-nez-et-bouche – utilisée pour la réanimation d'un enfant, pour que la bouche du sauveteur puisse assurer une étanchéité autour du nez et de la bouche de l'enfant.

Utilisez un masque de poche ou une barrière de protection faciale, si disponibles.

C = CIRCULATION

- Vérifiez le pouls carotidien au cou (figure 5.12).
- S'il est palpable, continuez les insufflations jusqu'à ce que le sportif commence à respirer.
- En l'absence de lésion cervicale, tournez le sportif en position latérale de sécurité.
- Après deux insufflations, si le sportif ne respire pas, revérifiez le pouls carotidien.



Figure 5.12 Palpation du pouls carotidien. Placez deux doigts au-dessus des voies aériennes. Déplacez vos doigts vers l'extérieur, à l'écart de la ligne médiane. Pressez vos doigts contre le cou, à la recherche d'un pouls.

Commencer la réanimation cardiopulmonaire (RCP)

Positionnement des mains pour les compressions thoraciques (massage cardiaque)

1. Avec l'index et le majeur de votre première main, repérez une des côtes les plus inférieures de la victime du côté le plus proche de vous. Faites glisser la pulpe de vos doigts le long de la côte jusqu'à son articulation avec le sternum. Placez votre majeur à cet endroit, et l'index à côté, sur le sternum (figure 5.13).
2. Placez le talon de votre main opposée sur le sternum et faites-la glisser vers le bas jusqu'à votre index. C'est à cet endroit que vous allez exercer des pressions (figure 5.14A).

3. Placez le talon de votre première main au-dessus de l'autre main et entrelacez vos doigts (figure 5.14B).

Procéder à des compressions thoraciques (massage cardiaque) et bouche-à-bouche

1. Penchez-vous au-dessus du joueur, vos bras bien droits. Comprimez verticalement au-dessus du sternum et enfoncez le thorax d'environ 4 à 5 cm (figure 5.15).
2. Comprimez le thorax 30 fois, au rythme de 100 compressions par minute.
3. Inclinez la tête, soulevez le menton et faites deux insufflations.
4. Alternez 30 compressions thoraciques avec deux insufflations.



INFORMATION

Si une personne n'est pas formée à la RCP et ne peut pas administrer les insufflations requises, elle ne doit alors prodiguer que les compressions thoraciques (massage cardiaque). Le sauveteur doit poursuivre ainsi jusqu'à l'arrivée d'un défibrillateur automatisé externe, ou du personnel qualifié qui prendra en charge la victime. De même, si une personne a suivi une formation à la RCP mais n'est pas certaine d'administrer convenablement les insufflations, elle ne doit entreprendre que des compressions thoraciques. Celles-ci doivent être faites au rythme de 100 par minute.



Figure 5.13 Début de la RCP. Palpez au centre du thorax vers le bas, jusqu'à atteindre l'extrémité du sternum – à la charnière de la cage thoracique. Repérez un point deux doigts au-dessus de cette charnière.

Poursuivre la réanimation jusqu'à l'arrivée des secours

- Poursuivez la RCP jusqu'à ce que les services d'urgences prennent la relève, que la victime commence à bouger ou à respirer, ou jusqu'à ce que vous soyez trop épuisé pour poursuivre.
- Après 30 compressions thoraciques, administrez deux nouvelles insufflations.
- Continuez à ce rythme de 30 compressions pour deux insufflations.
- Revérifiez le pouls carotidien si le sportif bouge ou respire spontanément.

Si le sportif recommence à respirer, placez-le en position latérale de sécurité et **attendez que les secours arrivent.**



INFORMATION

Si deux sauveteurs sont présents

- La recherche d'aide est la priorité.
- Maintenez la liberté des voies aériennes comme décrit ci-dessus.
- Le premier sauveteur administre deux insufflations, et le deuxième sauveteur poursuit avec 30 compressions thoraciques.
- Poursuivre la réanimation selon ce rythme d'insufflations et de compressions thoraciques (massage cardiaque).

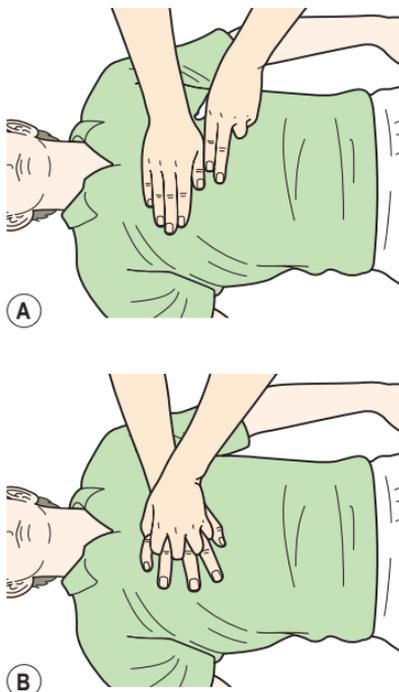


Figure 5.14 Début de la RCP. **A.** Faites glisser le talon de la main vers le bas. **B.** Entrelacez vos doigts.

UTILISATION D'UN DÉFIBRILLATEUR AUTOMATISÉ EXTERNE (DAE)

Des sportifs peuvent perdre connaissance en raison d'un arrêt cardiaque subit. Les signes comprennent :

- l'aréactivité;
- l'absence d'activité respiratoire;
- l'absence de pouls.

Un DAE permet de délivrer un choc électrique pour relancer le rythme cardiaque naturel. Les DAE donnent des instructions verbales au sauveteur, et sont

disponibles dans de nombreux clubs sportifs, aéroports, centres commerciaux et usines. La [figure 5.16](#) montre leur signalétique.

1. Vérifiez l'ABC.
2. Appelez les secours et demandez un DAE.
3. Commencez la réanimation en utilisant la méthode de l'ABC.
4. Vérifiez la présence d'un pouls.
5. En l'absence de pouls, préparez le DAE.
6. Préparez le sportif en découpant son maillot et en séchant sa poitrine. Il peut être nécessaire de raser rapidement la poitrine avant d'appliquer les électrodes du DAE, afin d'assurer un meilleur contact.
7. Un deuxième sauveteur doit poursuivre la réanimation jusqu'à la fixation des électrodes du DAE aux endroits présentés à la [figure 5.17](#). Le DAE analyse le rythme cardiaque et ne se déclenchera qu'en cas de nécessité.
8. **Assurez-vous que personne ne touche le sportif.**
9. **Ne pressez le bouton « choc » que si le DAE en donne l'instruction verbale.**
10. Poursuivez la réanimation.



INFORMATION

Recherchez toujours l'assistance médicale requise pour assurer la prise en charge.



Figure 5.15 Comprimez verticalement le sternum avec vos coudes tendus en l'enfonçant de 4 à 5 cm.



Figure 5.16 Symbole signalant la présence d'un défibrillateur.

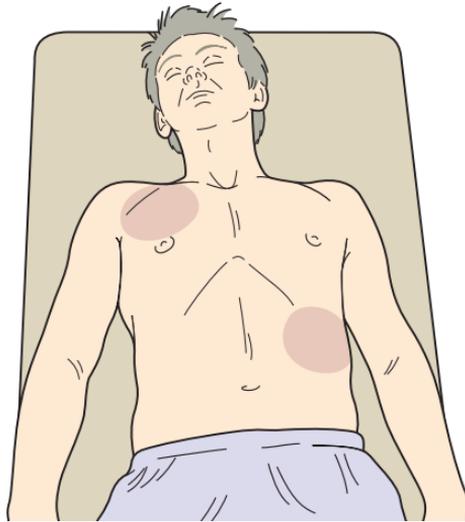


Figure 5.17 Positionnement des électrodes du défibrillateur.

chapitre 6

La perte de connaissance chez le joueur

B.M. Devitt, K.D. Carson

PERTE DE CONNAISSANCE SANS TRAUMATISME

C'est un incident très grave. Appelez les secours immédiatement !

Zone rouge

Se produit le plus souvent en cours de jeu.

- **Arrêt cardiaque**
- **Accident vasculaire cérébral**
- **Diabète – réaction à l'insuline ou coma diabétique**
- **Crise d'asthme aiguë**

Zone orange

Se produit le plus souvent après un jeu.

- **Syncope (évanouissement)**
- **Épuisement**
- **Déshydratation**

Zone verte

- **Problèmes musculaires ou articulaires**

Un sportif ayant perdu connaissance devrait être traité comme un blessé de **zone rouge** ou de **zone orange** jusqu'à preuve du contraire. Déplacez-le en dehors du terrain de jeu et assurez-vous qu'il soit évalué par du personnel médical qualifié.

Un sportif dont la perte de connaissance est en lien avec un problème musculaire ou articulaire ne peut recommencer à jouer que s'il est en mesure de réaliser les compétences requises (voir chapitre 9).

Que dois-je vérifier ?

Si le joueur est inconscient et ne revient pas à lui rapidement, consultez immédiatement le chapitre 5 !

En cas de traumatisme crânien, quel qu'il soit, prenez en compte l'éventualité d'une lésion cervicale et protégez le cou.

Parler au joueur

- « Ohé, ohé ! Est-ce que vous m'entendez ? »
- « Ouvrez les yeux. »
- « Quel est votre nom ? »
- « Est-ce que vous savez où vous êtes ? »
- « Avez-vous mal ? »
- « Pouvez-vous me dire ce qui s'est passé ? »

- « Est-ce que vous avez une affection médicale ? »
- « Est-ce que vous prenez des médicaments ? »

Si le joueur est somnolent : demandez à toute personne qui aurait vu l'incident de décrire ce qui s'est passé. Demandez si quelqu'un connaît le joueur. Cherchez à

déterminer s'il prend des médicaments ou s'il a une affection médicale.

Identification du problème
Envisagez toujours le pire des scénarios.

La perte de connaissance s'est-elle produite en cours de jeu ou après ?

Causes courantes de perte de connaissance en cours de jeu

Causes cardiaques

Arythmie létale (problème de conduction)

Crise cardiaque

Rupture de gros vaisseau (dissection aortique, anévrisme aortique)

Urgences métaboliques

Hyponatrémie (baisse du taux de sodium) symptomatique

Urgences diabétiques – Réaction à l'insuline (baisse du taux de sucre) ou coma diabétique

Pathologies cérébrales

Accident vasculaire cérébral

Hémorragie cérébrale (hémorragie subarachnoïdienne)

Crise convulsive

Températures corporelles extrêmes

Hyperthermie (température corporelle élevée)

Hypothermie (température corporelle basse)

Suffocation

Crise d'asthme aiguë

Réaction allergique (choc anaphylactique)

Aspiration d'un corps étranger : gros morceau de barre énergétique, chewing-gum ou protège-dents

Crampes importantes et autres affections orthopédiques

Causes courantes de perte de connaissance après un jeu

Perte de connaissance associée à l'exercice

Syncope – Chute temporaire de la tension artérielle

Chaleur excessive

Déshydratation

Crampes importantes et autres affections orthopédiques

Le joueur a-t-il toute sa raison ?

Oui. Signe encourageant : il s'agit moins probablement d'un traumatisme crânien grave. Interrogez le joueur sur ce qui s'est passé.

- « Savez-vous pourquoi vous avez perdu connaissance ? »
- « Est-ce que c'est déjà arrivé auparavant ? »
- « Avez-vous des problèmes médicaux ? »
- « Avez-vous une douleur thoracique ? » Si oui, consultez : « J'ai une douleur dans la poitrine – Je n'ai pas reçu de coup ! » (p. 132–133).
- Avez-vous des allergies ?

Non. Peut révéler un traumatisme crânien grave ou un trouble métabolique – taux de glycémie faible.

Une surveillance étroite est nécessaire – ne laissez pas le joueur seul !

Observation

Servez-vous de votre instinct !

Le joueur a-t-il l'air très malade ? Est-il pâle, en sueur, ou a-t-il la peau moite et froide ?

Si le joueur semble malade ou si vous n'êtes pas sûr de vous, faites immédiatement appel à une assistance médicale.

Quelques éléments à observer

Voies aériennes (*airway*)

Regardez dans la bouche du joueur et assurez-vous que rien ne bloque les voies aériennes. Ôtez tout ce qui se trouverait dans la bouche et assurez-vous que le joueur puisse respirer.

Un joueur peut indiquer avoir la sensation de « serrement » de ses voies aériennes. Une réaction anaphylactique est possible, donc interrogez-le à propos d'allergies ou de morsures éventuelles. Voir le paragraphe « Anaphylaxie » (p. 43). Voir le chapitre 5 pour plus de détails.

Respiration (*breathing*)

Le joueur a-t-il des difficultés à respirer ? Est-il asthmatique ?

Surveillez le mouvement du thorax, et palpez pour vérifier si la cage thoracique se dilate et se comprime symétriquement des deux côtés. Si ce n'est pas le cas, ou si le joueur est en grande détresse, consultez le chapitre 5.

Circulation

Palpez le pouls du joueur, de préférence le pouls carotidien, au cou (figure 6.1).



Figure 6.1 Palpation du pouls carotidien.

Niveau de conscience

Vérifiez par l'observation si le joueur est vigilant. Ses yeux sont-ils ouverts ?

Semble-t-il très somnolent ? S'il reprend et reperd conscience, parlez-lui et maintenez-le éveillé.

Un joueur peut avoir brièvement perdu conscience suite à une syncope (voir «Syncope», p. 44).

Faites immédiatement appel à une assistance médicale et faites-le transférer en urgence à l'hôpital.

Mouvements oculaires

Placez-vous en face du joueur et demandez-lui de vous regarder.

- Surveillez s'il peut fixer ses yeux sur vous.
- Si ses yeux roulent dans leurs orbites ou ne peuvent pas rester fixes, cela peut indiquer un traumatisme crânien ou une commotion cérébrale.
- Demandez-lui de suivre votre doigt alors que vous dessinez un «H» imaginaire devant lui.
- Assurez-vous que les yeux suivent dans toutes les directions.
- Toute absence de mouvement dans une direction ou toute vision trouble à ce moment-là suggère un traumatisme crânien.
- Demandez au joueur de se couvrir un œil avec la main. Montrez-lui un certain nombre de doigts et demandez-lui : «Combien de doigts voyez-vous ?»
- Une mauvaise réponse répétée suggère un traumatisme crânien.



INFORMATION

Palpation du pouls d'un joueur

Vous pouvez palper le pouls en plaçant les deux premiers doigts (l'index et le majeur) de votre main droite le long du bord externe de la trachée. Enfoncez vos doigts et déplacez-les vers l'extérieur d'une distance d'environ deux doigts – vous pourrez alors sentir le pouls de l'artère. La palpation est parfois difficile chez une personne en surpoids, et vous serez donc peut-être amené à presser un peu plus profondément. Étant donné que les artères carotides irriguent en grande partie le cerveau, il est important de ne pas presser les deux en même temps !

Si **la personne n'a pas de pouls**, vérifiez le côté opposé. Observez le teint du joueur. Une personne qui n'a pas de pouls est inconsciente et très pâle ; consultez immédiatement le chapitre 5 (vérifiez les voies aériennes et la respiration). Commencez la compression thoracique et **transférez vers l'hôpital le plus tôt possible**.

Une personne qui vient de faire un effort aura certainement un pouls rapide ! Ce qui est plus inquiétant, c'est un pouls très lent ou absent, ou bien un pouls qui ne baisse pas à l'arrêt de l'effort. Faites appel à une assistance médicale dans ces cas.

Réponse verbale

Posez les questions suivantes au joueur.

- « Quel jour sommes-nous ? » (Temps)

- « Quel est votre nom ? » (Personne)
- « Où vous trouvez-vous ? » (Lieu)

Des réponses incorrectes ou des propos confus indiquent un problème grave. Le joueur doit être surveillé de près et évalué en urgence par du personnel médical qualifié.

Mouvement

- Surveillez la façon dont le joueur est couché ou assis. Est-ce qu'il bouge tous ses membres normalement ?
- Demandez-lui de toucher votre doigt puis son nez. Répétez en déplaçant votre doigt dans plusieurs directions et vérifiez la coordination. Un manque de coordination peut indiquer un traumatisme crânien. Consultez le chapitre 11 et faites transférer à l'hôpital.

Exclusion d'un traumatisme grave

- À tout moment, si le joueur perd conscience consultez le chapitre 5.
- Toute perte de connaissance représente un risque vital potentiel.
- Si le patient présente une douleur cervicale ou dorsale, consultez le chapitre 7.
- Transférez directement à l'hôpital en cas de doute !



INFORMATION

Éléments à vérifier

- Déshydratation
- Coup de chaleur
- Hypothermie
- Réaction allergique (anaphylaxie)
- Diabète



Déshydratation

La déshydratation implique une perte d'eau et d'électrolytes importants comme le potassium et le sodium, pouvant **se produire dans tout type de sport**, mais plus couramment dans les sports d'endurance (marathon, triathlon, ski de fond). Se produit habituellement à haute altitude et en cas de températures extrêmes – chaleur ou froid intense.

Que dois-je vérifier ?

- Le joueur aura très soif.
- Demandez-lui d'ouvrir la bouche !
- Ses lèvres et sa bouche seront très sèches.

- Son pouls peut aussi être très rapide.
- Son urine sera extrêmement concentrée – très jaune.

Signes de déshydratation grave

- Lèvres bleues
- Pouls faible
- Respiration accélérée
- Confusion

Voir « Que dois-je faire ? » pour la déshydratation (p. 45).

Hyperthermie (coup de chaleur)

Appliquez le dos de votre main sur le front du joueur. Est-il très chaud ou très froid ? (Comparez avec votre propre front en cas de doute.)

Que dois-je vérifier ?

- Confusion mentale
- Crampes musculaires
- Céphalée
- Nausée et vomissements
- Chaleur extrême
- Absence de transpiration

Voir « Que dois-je faire ? » pour l'hyperthermie (p. 47).

Hypothermie (très froid)

Que dois-je vérifier ?

- Frissons – plus le joueur se refroidit, plus ils deviennent importants et incontrôlables

- Chair de poule
- Respiration accélérée et superficielle
- Confusion
- Lèvres, oreilles, doigts et orteils bleus

Voir « Que dois-je faire ? » pour l'hypothermie (p. 48).

Réaction allergique (anaphylaxie)

L'anaphylaxie est une réaction allergique soudaine, grave et potentiellement mortelle qui peut affecter toute partie du corps (comme la peau, les voies aériennes et le cœur). Les symptômes peuvent se présenter en quelques minutes ou quelques heures après le contact avec la substance allergique.

Causes courantes

- Nourriture
- Médicaments
- Morsures d'insectes
- Exercice

Que va présenter le patient ?

- Étourdissement/vertige
- Picotements
- Démangeaison
- Goût métallique dans la bouche
- Urticaire

- Sensation de chaleur
- Asthme
- Gonflement de la bouche et/ou de la zone autour de la gorge
- Difficulté à respirer
- Perte de conscience

En cas de suspicion d'anaphylaxie, il est important d'agir rapidement. Voir « Que dois-je faire ? » pour l'anaphylaxie (p. 46).

Diabète – réaction à l'insuline (hypoglycémie)

Cette réaction se produit en présence d'excès d'insuline dans l'organisme, entraînant une chute du taux de glycémie. Chez une personne diabétique, cela peut être dû à surdosage de médicament, une alimentation inadaptée, un effort intense et à des facteurs émotionnels.

Que dois-je vérifier ?

- Respiration accélérée
- Vertige
- Faiblesse
- Modification du niveau de conscience
- Problèmes de vision
- Transpiration
- Céphalées
- Pieds et mains engourdis
- Sensation de faim

Coma diabétique

Dans cette affection, le taux de glycémie est trop élevé et celui d'insuline trop bas. Chez les personnes diabétiques, elle est due à une absorption excessive de sucre, au défaut de prise du traitement, au stress et à une infection. Il est peu probable que cela se produise durant le jeu, mais il est important d'en connaître les signes.

Que dois-je vérifier ?

Les signes se développent plus lentement que dans une réaction à l'insuline, parfois sur plusieurs jours.

- Somnolence
- Confusion
- Respiration profonde et accélérée
- Soif
- Déshydratation
- Fièvre
- Modification du niveau de conscience
- Haleine étrangement sucrée ou fruitée

Voir « Que dois-je faire ? » pour le diabète (p. 47).

Syncope

Une syncope (ou évanouissement) correspond à une perte de conscience

temporaire suite à la diminution du débit sanguin cérébral. Elle peut être due à un exercice intense ou à une déshydratation à la suite d'une activité sportive.

Après s'être évanoui, un sportif devrait revenir à son état normal assez rapidement. Si la personne éprouve encore une faiblesse ou se trouve dans l'incapacité de parler, cela peut être plus qu'une simple syncope, et elle doit immédiatement être transférée à l'hôpital.

Voir « Que dois-je faire ? » pour une syncope (p. 46).

Crampes ou autres affections orthopédiques

Une crampe musculaire ou une lésion osseuse peut entraîner une perte de connaissance. Celles-ci ne représentent normalement pas un risque vital, et sont traitées dans des chapitres spécifiques en fonction de l'endroit de la blessure.



QUE DOIS-JE FAIRE ?

Il est très important de s'assurer que les voies aériennes sont libres en permanence Voir le chapitre 5.

Parler au joueur

- Il est extrêmement important de parler à un joueur ayant perdu connaissance.
- Rassurez-le sur le fait que l'on va s'occuper de lui.
- Expliquez ce que vous êtes en train de faire.
- Toute baisse du niveau de conscience peut être révélateur d'un incident grave. Consultez le chapitre 5 immédiatement !

Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité

Un joueur évanoui, inconscient doit être considéré comme atteint d'une lésion cervicale jusqu'à preuve du contraire. Il est nécessaire d'adopter les précautions optimales pour protéger le rachis pendant le transfert. Voir le chapitre 7.

Un joueur ayant perdu connaissance sans lésion cervicale ou dorsale doit être déplacé vers la touche, avec l'assistance de deux personnes, une de chaque côté du joueur. Celui-ci doit être placé dans un endroit sec, sûr, couché sur le dos, avec le cou soutenu.

Transfert d'urgence à l'hôpital

- Tout joueur inconscient ou classé en **zone rouge** doit être immédiatement transféré à l'hôpital. **Continuez à traiter comme indiqué au chapitre 5.**

Éviter d'aggraver la blessure

- Aucun joueur ayant perdu connaissance sans traumatisme ne devrait être autorisé à recommencer à jouer sans avoir été évalué par du personnel qualifié.



INFORMATION

Souvenez-vous des trois R

- **R**econnaître les symptômes
- **R**éagir rapidement
- **R**éexaminer ce qui s'est passé – assurez-vous d'éviter que cela ne se reproduise.

Réhydratation

Le traitement de la déshydratation consiste à remplacer la perte de liquides.

- Pour la déshydratation due à l'exercice, l'eau froide est ce qu'il y a de mieux.
- Les boissons énergétiques contenant des électrolytes sont aussi utiles.
- Placez le joueur dans un endroit abrité frais.
- Dites au joueur de boire lentement, à petites gorgées, jusqu'à ce qu'il soit désaltéré.

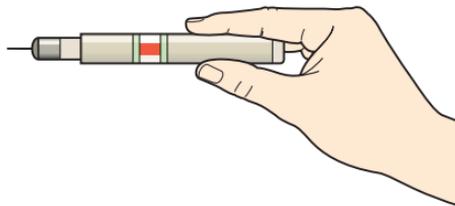


Figure 6.2 Adrénaline injectable (EpiPen®).

- Surveillez étroitement le joueur jusqu'à ce qu'il montre des signes d'amélioration.
- Dans les cas extrêmes de déshydratation, il peut être nécessaire d'administrer au joueur des liquides par voie intraveineuse. La décision doit en être prise par du personnel qualifié. **Des liquides intraveineux ne doivent être administrés que sous surveillance étroite.**
- Du personnel qualifié peut administrer de l'adrénaline auto-injectable. Référez-vous aux instructions de la notice de l'auto-injecteur (figure 6.2).

Syncope

L'objectif du traitement est de favoriser l'oxygénation cérébrale. La chute au sol permet généralement d'y parvenir, la tête étant alors au même niveau que le cœur. Si le joueur qui s'évanouit est tenu droit, le sang ne parviendra pas au cerveau.

Anaphylaxie

Agissez vite ! Chaque seconde compte !

- Faites appel à une assistance médicale immédiatement.
- Appelez les secours. Dites-leur que vous avez un joueur faisant une réaction anaphylactique. Dites-leur d'apporter de l'adrénaline.
- Si l'on connaît les antécédents d'un joueur faisant une réaction allergique, il est possible de lui administrer un antihistaminique ou un antiasthmatique.
- Placez le joueur par terre, et soulevez ses pieds au-dessus du niveau de la tête.
- Si vous ne pouvez pas étendre le joueur au sol, celui-ci doit s'asseoir et mettre la tête entre les genoux.
- Observez attentivement le joueur jusqu'à ce qu'il se sente normal.
- Ne l'autorisez à se lever qu'avec de l'aide.

Une syncope ne se produisant qu'une fois n'est, normalement, pas suspecte. Cependant, si elle se produit à répétition, le joueur doit bénéficier de soins médicaux.

Diabète

La recherche des signes et des symptômes va permettre de distinguer les deux types d'urgence diabétique. Si le joueur est conscient, posez-lui **deux questions importantes** pour déterminer quel est le problème.

- « Avez-vous mangé aujourd'hui ? » Une personne qui a mangé mais qui n'a pas pris son traitement peut être en coma diabétique.
- « Avez-vous pris votre traitement aujourd'hui ? » Une personne qui n'a pas mangé mais qui a pris son traitement peut avoir une réaction à l'insuline.

Trancher entre les deux peut être difficile ! Parmi ces deux affections, la **réaction à l'insuline** est celle qui requiert une action rapide.

Que dois-je faire ?

Le joueur a rapidement besoin de sucre ! S'il est conscient, donnez-lui du sucre sous quelque forme que ce soit – bonbons, jus de fruit, boissons énergétiques. Donner du sucre à un joueur qui a un faible taux de glycémie peut lui sauver la vie.

Si le joueur est en coma diabétique, le sucre *ne lui sera pas néfaste*.

En cas de doute, donnez du sucre ! Continuez à surveiller le joueur et transférez-le immédiatement à l'hôpital.



INFORMATION

Recherchez toujours, ou demandez au joueur s'il possède un bracelet ou une carte d'identification médicale indiquant une pathologie.

Hyperthermie (coup de chaleur)

Un joueur qui a été confronté à des chaleurs extrêmes doit se refroidir.

- Déplacez le joueur dans un endroit frais (à l'intérieur ou, au moins, à l'ombre).
- Ôtez les vêtements imprégnés de transpiration et séchez la sueur.
- Refroidissez activement le joueur. Baignez-le dans de l'eau froide. Il est possible de lui appliquer une veste réfrigérante.
- Placez une serviette humide froide sur la partie supérieure du corps, la tête, le cou et l'aîne.
- Il est possible d'utiliser un éventail.
- Donnez de l'eau ou des boissons énergétiques en quantité.
- Surveillez étroitement – si la température ne baisse pas et que le joueur ne revient pas à lui, transférez-le immédiatement à l'hôpital.



INFORMATION

N'utilisez pas de glace ou d'eau très froide – risque d'hypothermie.

Hypothermie (température corporelle basse)

- Déplacez le joueur en dehors du terrain. Amenez-le à l'intérieur ou dans une zone abritée chaude.
- Ôtez les vêtements humides et remplacez-les par des vêtements secs.
- Maintenez le joueur au chaud avec des serviettes, des couvertures, etc. (couverture de survie ou sac de couchage).
- Couvrez la tête et le cou du joueur pour retenir la chaleur.
- Assurez-vous qu'il n'est pas déshydraté.
- Donnez au joueur une boisson chaude sucrée.
- Si le joueur est confus ou si son état mental se modifie,

transférez-le immédiatement à l'hôpital.



INFORMATION

N'utilisez pas de source de chaleur directe (comme de l'eau chaude, des coussins chauffants ou une lampe à bronzer) pour réchauffer un joueur.

Ne donnez pas au joueur de l'alcool ou des boissons contenant de la caféine.

PERTE DE CONNAISSANCE AVEC TRAUMATISME

Ce sujet est traité en fonction de la localisation de la blessure – voir le chapitre approprié.

Rappelez-vous : **un joueur inconscient souffre d'une lésion cervicale jusqu'à preuve du contraire**. Consultez le chapitre 5.

Immobilisation et transfert du joueur

M.J. Shelly, A.R. Poynton

Du personnel qualifié devrait prendre en charge la stabilisation de la tête, du cou et du rachis. Les étapes à suivre sont décrites ci-après.

STABILISATION DE LA TÊTE ET DU COU

Comment stabiliser la tête et le cou ?

Ressources et matériel nécessaires

- Deux personnes.
- Un collier cervical rigide – diverses tailles ou un collier ajustable.
- Des cales latérales.
- Une planche dorsale.

Technique

- Agenouillez-vous dans une position confortable au-dessus de la tête du joueur. Placez vos mains sur les côtés de la tête ou du casque, et maintenez fermement (figure 7.1).

- Davantage de stabilité est obtenue en faisant reposer vos coudes sur vos cuisses.
- Pour assurer une bonne prise, les doigts peuvent être insérés dans les ouvertures du casque prévues pour les oreilles.
- Rassurez le sportif et dites-lui de ne pas bouger.
- Si un collier rigide n'est pas disponible, continuez de maintenir la stabilité de la tête et du cou en attendant de l'aide.

Poser un collier cervical rigide

Ne bougez pas la tête ni le cou durant la procédure.

Comment choisir la bonne taille ?

- Demandez à la personne qui vous assiste de mesurer avec ses doigts la distance entre la base du cou et le menton (figure 7.2). Cela vous donne la bonne taille.
- Identifiez la taille du collier qui convient le mieux au cou (figure 7.3).



Figure 7.1 Maintien de la tête.



Figure 7.2 Comment mesurer la longueur du cou du joueur.

Comment mettre en place le collier ?

Il est extrêmement important que la tête du joueur ne bouge pas lorsque vous mettez en place le collier.

Tout en maintenant la tête et le cou immobiles, la partie postérieure du collier doit d'abord être glissée derrière le cou du joueur, puis il doit être bien fermé sur le devant (figures 7.4, 7.5).



Figure 7.3 Établissement de la taille précise du collier cervical rigide.

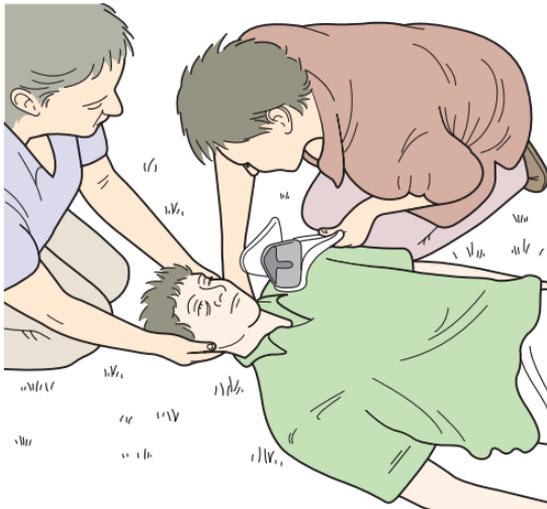


Figure 7.4 Pose du collier cervical rigide.

Rappelez-vous : un collier cervical rigide ne sécurise pas convenablement à lui seul la tête et le cou. **Continuez à maintenir fermement la tête et le cou du**

joueur jusqu'à son transfert sur une planche dorsale et que sa tête soit sécurisée avec des cales latérales et des sangles (figure 7.6).

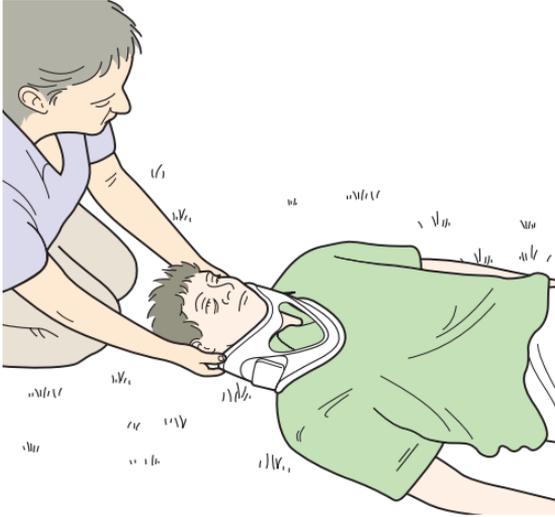


Figure 7.5 Collier cervical rigide mis en place.

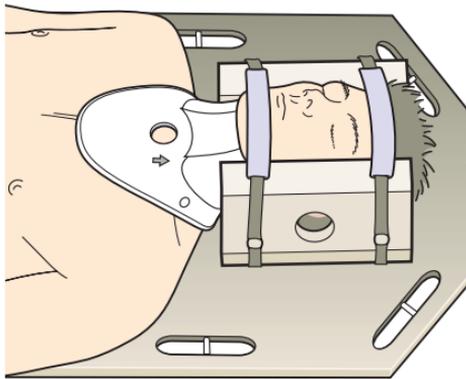


Figure 7.6 La tête et le cou du joueur sécurisés par des cales latérales et des sangles.

STABILISATION DU RACHIS – COMMENT EFFECTUER UNE MOBILISATION EN BLOC

- Toutes les consignes de manœuvre doivent provenir du médecin de l'équipe/d'une personne convenablement formée placé(e) à la tête du joueur.
- **Quatre personnes** doivent être présentes afin d'effectuer une mobilisation en bloc (*logroll*)



Figure 7.7 Position pour la mobilisation en bloc.

en toute sécurité – un nombre inférieur présente des risques et la mobilisation ne doit pas être tentée.

- Le joueur ne doit être déplacé qu'une seule fois : lorsqu'il est transféré vers la planche dorsale.
- Si le joueur est couché face contre terre ou en l'absence de poulx, il doit être mobilisé en bloc pour le placer sur le dos afin de commencer la RCP.
- Si un joueur inconscient vomit en présence d'une éventuelle lésion rachidienne, il doit être mobilisé en bloc pour être placé sur le côté afin d'éviter qu'il ne s'étouffe.

Mobilisation en bloc du joueur couché sur le dos

- Les personnes amenées à mobiliser le joueur sont

agenouillées sur un côté du joueur au niveau du thorax, du pelvis et des jambes (figure 7.7).

- La planche dorsale est placée de l'autre côté du joueur.
- **La personne responsable (c'est-à-dire celle qui maintient la tête et le cou du joueur) donne l'ordre de mobiliser le joueur.**
- Une bonne manière de s'assurer du déplacement simultané par tous est de dire : « Prêts à lever ? Levez ! »
- La tête, les épaules, le thorax, les hanches et les jambes du joueur sont mobilisés **en même temps** jusqu'à ce que le joueur soit perpendiculaire à la planche dorsale (figure 7.8).
- La planche dorsale est ensuite glissée sous le joueur (voir figure 7.8), et celui-ci est alors



Figure 7.8 Technique correcte de mobilisation en bloc.

posé sur la planche, en suivant les instructions de la personne qui tient la tête.

- La personne qui se trouve au niveau des hanches peut rapprocher la planche dorsale si personne d'autre ne peut l'aider.
- La tête ou le casque doit être bien fixé(e) à la planche dorsale avec des cales latérales et des sangles (figure 7.6). La tête et le cou du joueur sont maintenant sécurisés.

Mobilisation en bloc du joueur couché sur le ventre

- Les personnes effectuant la mobilisation doivent conserver les mêmes positions que ci-dessus, excepté la planche dorsale qui doit être placée du même côté que les personnes qui mobilisent le joueur (autrement dit, leurs genoux reposent sur la planche au début de la mobilisation).
- **La personne tenant la tête du joueur doit utiliser la méthode des bras croisés.** Cela permet de décroiser les bras au moment où le joueur est mobilisé.
- **La personne responsable (c'est-à-dire celle qui tient la tête et le cou du joueur) donne l'ordre de mobiliser le joueur – « Prêts à lever ? Levez ! »**
- La tête, les épaules, le thorax, les hanches et les jambes du joueur sont mobilisés **simultanément** jusqu'à ce que le joueur soit perpendiculaire à la planche dorsale.

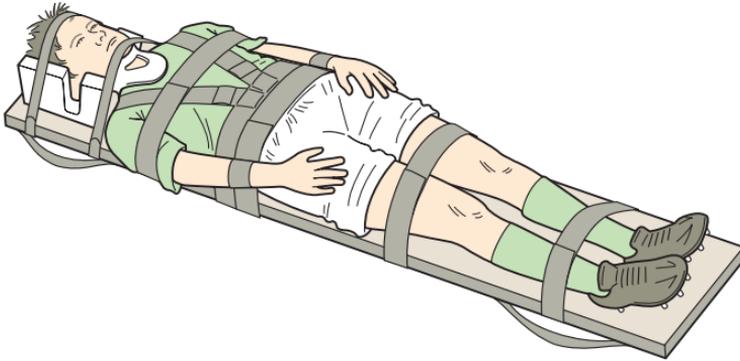


Figure 7.9 Joueur complètement immobilisé sur une planche dorsale.

- Le joueur est ensuite prudemment posé sur la planche dorsale pour finaliser la mobilisation.
 - Le joueur doit être sécurisé au niveau du thorax, du pelvis, des cuisses et des chevilles (figure 7.9).
 - Rappelez-vous : le cou du joueur n'est pas en sécurité tant que sa tête et son cou ne sont pas bien stabilisés par des cales latérales et des sangles.
 - Le joueur sur la planche dorsale peut maintenant être placé, avec précaution, en civière.
1. Couchez le joueur sur le dos.
 2. Aidez-le à rouler sur le bon côté.
 3. Soutenez le membre blessé si nécessaire.
 4. Placez la civière sous la partie soulevée du corps.
 5. Abaissez doucement le joueur et déplacez-le vers le milieu de la civière.
 6. Cinq personnes sont nécessaires pour soulever correctement une civière : une de chaque côté des hanches et des épaules, et une du côté de la tête.

TRANSFÉRER UN JOUEUR

Un joueur gravement blessé doit être sorti du terrain en civière (figure 7.10). Assurez-vous de l'absence de lésion cervicale ou dorsale, ou bien placez-le sur une planche dorsale (voir ci-dessus).

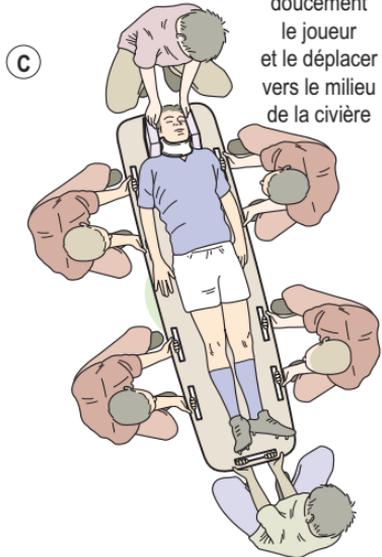
7. Au moment de soulever, la personne en charge doit commencer un décompte pour s'assurer que la civière est soulevée de façon sûre et homogène par toutes les personnes – « **1, 2, 3, on soulève !** »



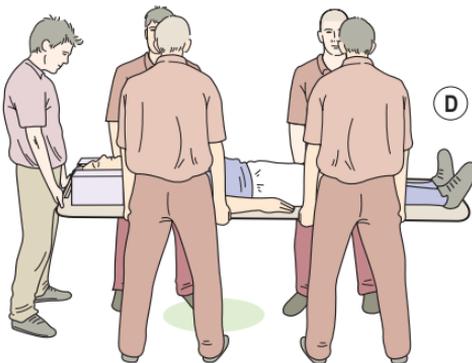
Un joueur gravement blessé doit être sorti du terrain en civière
S'assurer de l'absence de lésion cervicale ou dorsale
Coucher le joueur sur le dos
L'aider à rouler sur le bon côté
Soutenir le membre blessé si nécessaire



Placer la civière sous la partie soulevée du corps



Abaisser doucement le joueur et le déplacer vers le milieu de la civière



Cinq personnes sont nécessaires pour soulever correctement une civière : une de chaque côté des hanches et des épaules, et une du côté de la tête

Au moment de soulever, la personne en charge doit commencer un décompte pour s'assurer que la civière est soulevée de façon sûre et égale par toutes les personnes
– « 1, 2, 3, on soulève ! »

Figure 7.10 Transfert d'un joueur en civière.

ABRASIONS ET LACÉRATIONS

Les abrasions sont des plaies superficielles présentant des éraflures des couches supérieures de la peau, mais sans extension au-delà de la surface. Elles sont habituellement dues à des chutes sur une surface dure, éraflant les mains, les coudes et les genoux (figure 8.1).

Les lacérations sont des coupures profondes pouvant nécessiter des points de suture pour une bonne cicatrisation. Elles se produisent lorsqu'un objet pointu pénètre la peau, ou lorsque la peau est écrasée contre un rebord osseux, comme la pommette. Les coupures qui continuent à saigner après 15 minutes de compression directe sont profondes, ou les berges de la plaie disjointes, et peuvent nécessiter des points de suture (figure 8.2) (**blessure de zone rouge**).

Traitement

- Portez des gants protecteurs.

Zone verte

- **Ôtez toutes les salissures et tous les corps étrangers de la plaie.**
- **Nettoyez avec des crèmes et des savons antiseptiques faibles et de l'eau chaude.**
- **Utilisez éventuellement une solution antibactérienne.**
- **Appliquez un pansement adhésif sec.**
- **Reprise du jeu.**

Zone orange

- **S'il est difficile de rapprocher les berges de la plaie, il peut être nécessaire d'utiliser des sutures cutanées adhésives et des pansements.**
- **Utilisez une poche de glace pour soulager la douleur immédiate et l'œdème.**
- **Le joueur peut reprendre le jeu après avoir bénéficié du traitement adéquat.**
- **Si le joueur n'a jamais reçu de vaccination antitétanique, ou que sa dernière injection date de plus de 10 ans, il doit consulter un médecin après le jeu pour être traité.**



Figure 8.1 Multiples abrasions et lacérations du visage à la suite d'une chute sur du gravier. (Remerciements à Mme Eilis Fitzgerald.)



Figure 8.2 Traitement des lacérations par sutures, réalisé par un chirurgien plasticien. (Remerciements à Mme Eilis Fitzgerald.)

Zone rouge

- **La coupure saigne-t-elle toujours après 15 minutes de compression directe ?**
- **Y a-t-il des corps étrangers que vous ne parvenez pas à extraire de la plaie ?**
- **Est-il possible d'observer, à la base de la coupure, un muscle, des tendons, des vaisseaux sanguins, des nerfs ou l'os ?**
- **Après quelques jours, retrouve-t-on la présence d'un œdème, d'une rougeur, de pus ?**

Faire consulter un médecin immédiatement.

AMPOULES

Les ampoules, souvent considérées comme des lésions bénignes, peuvent empêcher un

sportif de continuer à jouer. Elles se forment lorsque la peau frotte contre une autre surface, par exemple, le frottement du talon contre l'arrière d'une chaussure, ou bien le frottement de la main contre le manche d'une raquette. Le frottement entraîne une déchirure des couches dermiques supérieures, et du liquide s'infiltré dans la zone déchirée, la surface de la peau demeurant intacte. Les ampoules se forment surtout sur de la peau moite et par temps chaud.

Prévention

- Utilisez de la vaseline ou du talc pour diminuer le frottement.
- Portez des chaussures d'une pointure adéquate.
- Portez chaussettes adaptées.

- Envisagez l'usage d'une « seconde peau », de frotter la peau avec du coton hydrophile imbibé d'alcool à brûler, de permanganate de potassium.

Traitement

Zone verte

- **Appliquez un pansement non adhésif sur les petites ampoules intactes.**
- **Reprise du jeu.**

Zone orange

- **Si l'ampoule crève, nettoyez la zone avec un savon antiseptique faible et de l'eau.**
- **Appliquez une solution antiseptique.**
- **Appliquez un pansement non adhésif sec.**
- **Reprise du jeu.**
- **Évitez autant que possible l'entraînement avec le poids du corps.**

Zone rouge

- **Les grosses ampoules douloureuses doivent être traitées afin d'éviter qu'elles n'augmentent encore et s'infectent.**
- **Consultation d'un médecin pour drainer les ampoules importantes intactes.**

- **Consultation d'un médecin pour le traitement des ampoules infectées rouges, gonflées et présentant un suintement purulent.**
- **La prise d'antibiotiques peut être nécessaire.**

COUP DE SOLEIL

Prévention

- La prévention contre les coups de soleil est essentielle pour tous les événements sportifs se déroulant en extérieur.
- Utilisez un écran solaire d'indice de protection 15 ou plus.
- Appliquez 20 à 30 minutes avant l'exposition solaire, puis régulièrement durant l'exposition.
- Portez un chapeau à larges bords si possible.
- Des vêtements anti-ultraviolets pour enfants et adultes sont maintenant disponibles.

Traitement

Zone verte

- **Un coup de soleil modéré peut être traité par une lotion après-solaire.**
- **Protégez la région affectée par des vêtements/un chapeau.**
- **Évitez un nouveau coup de soleil en appliquant de l'écran solaire.**



Zone orange

- **En cas de coup de soleil modéré, restez à l'écart des rayons directs du soleil.**
- **Favorisez une réhydratation légère par la prise de petites gorgées d'eau.**
- **Placez une serviette froide humide sur la région lésée.**

- **Bain froid pendant 10 minutes.**
- **Lotion après-soleil ou lotion à la calamine sur la région lésée.**
- **En l'absence de cloques, envisagez l'usage de lotion d'Hydrocortisone® 1 % ou de Flamazine® pour soulager les symptômes.**

Zone rouge

- **En cas de coup de soleil important avec cloques, recouvrez la région avec un pansement non adhésif.**
- **Paracétamol pour contrôler la douleur.**
- **Consultation d'un médecin si les cloques continuent de suinter, ou en cas de présence de pus au niveau des cloques.**

Élongations, entorses et déchirures

J. Walsh, S.J. Eustace

Les élongations, les entorses et les déchirures musculaires, tendineuses et ligamentaires représentent le groupe de blessures les plus courantes survenant dans le cadre de la pratique sportive. La majorité de ces blessures sont relativement bénignes. Cependant, il est important de reconnaître précocement les blessures graves pour favoriser leur traitement immédiat.

Muscle

Les muscles (**figure 9.1**) sont composés d'une partie supérieure (origine), moyenne (corps), et inférieure (terminaison). Les lésions musculaires sont habituellement dues à un étirement excessif du muscle durant une accélération/décélération soudaine (élongations/déchirure), ou bien à un choc direct sur le muscle



Figure 9.1 Muscle et tendon.

(ecchymose/contusion). Les muscles le plus souvent lésés sont les ischiojambiers, le quadriceps (cuisse) et les muscles du mollet.

Tendon

Les tendons ([figure 9.1](#)) sont des bandes épaisses de tissu fibreux reliant les muscles aux os. Les déchirures tendineuses se produisent le plus souvent à la jonction entre le muscle et le tendon, et surviennent habituellement sans signe annonciateur (typiquement chez les sportifs âgés). Les régions les plus fréquemment lésées sont la cheville (tendon d'Achille), la

cuisse (tendon du quadriceps), le biceps et l'épaule (tendon du supraépineux).

Ligament

Les ligaments ([figures 9.2](#) et [9.3](#)) sont des bandes de tissu fibreux reliant les os entre eux dans les articulations mobiles. Ils favorisent la stabilisation des articulations lors des mouvements. Les lésions ligamentaires surviennent typiquement durant les mouvements articulaires soudains (en particulier les torsions) et affectent le plus souvent le genou, la cheville, l'épaule, le coude et les doigts.

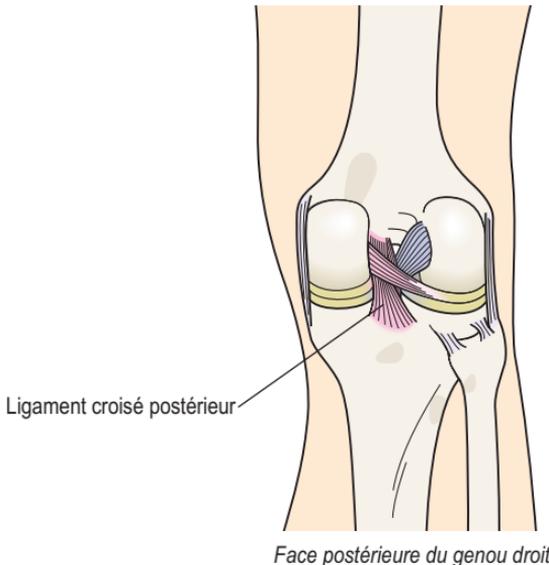


Figure 9.2 Ligament.



Figure 9.3 Légère élongation du genou suite à un tacle.

Une fois la blessure évaluée et si le joueur peut réaliser les gestes requis pour le jeu, le retour à la compétition peut être immédiat.

Zone rouge

- **Rupture musculaire totale**
- **Rupture tendineuse totale** (figure 9.4)
- **Rupture ligamentaire totale**

Zone orange

- **Contusion importante** (par exemple, sensation de « jambe morte »)
- **Déchirure musculaire partielle**
- **Déchirure tendineuse partielle**
- **Déchirure ligamentaire partielle**

Zone verte

- **Douleur musculaire**
- **Crampe musculaire**
- **Contusion bénigne**

- **Légère sensibilité au niveau du tendon (élongation tendineuse légère)**
- **Légère sensibilité au niveau du ligament (élongation ligamentaire légère)**

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

- « Que s'est-il passé ? »
- « Où avez-vous mal ? »
- « De quel type de douleur s'agit-il ? »
- « Avez-vous senti/entendu un craquement/un claquement ? »
- « Avez-vous la sensation d'une élongation musculaire ? »

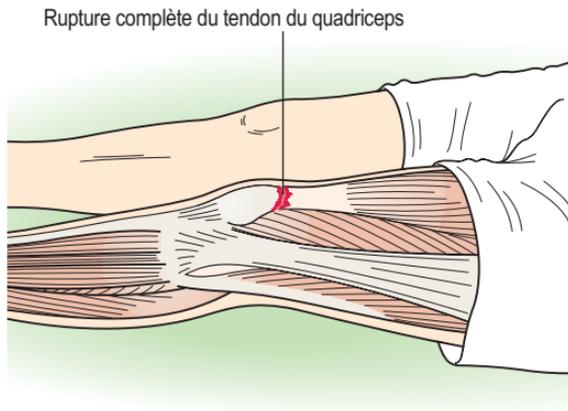


Figure 9.4 Rupture totale du quadriceps.

Zone rouge – transférez immédiatement à l'hôpital.

Identification du problème

- Demandez au joueur de montrer la région douloureuse.

Observation

- Observez la région lésée à la recherche de signes d'œdème/ de rougeur/ de déformation.
- Comparez la région lésée au côté opposé : y a-t-il une différence ?

Exclusion d'un traumatisme grave

- Demandez au joueur de bouger lui-même la région lésée.
- Est-ce douloureux ?
- La région blessée apparaît-elle déformée ? Vous devez garder à l'esprit la possibilité d'une fracture sous-jacente/ d'une déchirure totale nécessitant un transfert à l'hôpital (**blesseure de zone rouge**).

Palpation

- Palpez en recherchant une région chaude (révèle une inflammation).
- La palpation vous permet d'évaluer le degré de douleur.
- Existe-t-il un point précis douloureux à la palpation ?
- La mobilisation douce de l'articulation entraîne-t-elle une douleur ? (Mobilisez l'articulation dans toute l'amplitude de mouvements indolores.)
- Demandez au joueur de bouger lui-même l'articulation. S'il ne peut pas la bouger sans provoquer une douleur intense, la blessure doit certainement être classée en **zone rouge**.

Bilan d'aptitude sportive

- Demandez au joueur de se mettre debout et de bouger

la région blessée comme il le ferait durant l'activité sportive. Par exemple :

- en cas de blessure du membre inférieur, le joueur peut-il se tenir sur la jambe lésée sans aide ? (Faire sauter le joueur à cloche-pied en cercle permet de tester utilement le membre inférieur.)
- en cas de blessure du membre supérieur, le joueur peut-il bouger son bras dans toute son amplitude ; peut-il saisir, pousser et tirer un objet lourd ?

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- Le joueur pense-t-il pouvoir continuer ? (Un « oui » peut en réalité signifier « non » dans cette situation.)
- Rassurez le joueur et expliquez-lui ce que vous êtes en train de faire et pourquoi.

Sortir le joueur du terrain de sport

- Les traumatismes bénins (de la zone verte) peuvent être traités sur le terrain.
- Sortir le joueur vous permet de réévaluer la situation sur la touche et de prendre une décision en meilleure connaissance de cause et avec moins de pression.
- Lorsqu'une blessure a été identifiée, déterminez si le

joueur peut quitter le terrain en toute sécurité sans la pose d'une attelle ou sans assistance.

- **Ne faites sortir un joueur du terrain que si cela ne présente aucun risque.**



Transfert d'urgence

- La blessure nécessite-t-elle une prise en charge médicale urgente ? Envisagez-la si vous suspectez une fracture sous-jacente/que le joueur présente une plaie ouverte (**blessure de zone rouge**).
- En cas de suspicion de déchirure musculaire/tendineuse/ligamentaire totale (**blessure de zone rouge**), ne déplacez pas le joueur en dehors du terrain avant de disposer de suffisamment de personnel pour le faire, afin de ne pas mobiliser inutilement la région blessée.
- En cas de suspicion de fracture (**blessure de zone rouge**), prenez le joueur en charge comme s'il avait effectivement une fracture.

Éviter d'aggraver la blessure

Zone verte

- **Observez le joueur lorsqu'il retourne sur le terrain : il peut être incapable de « récupérer » de la blessure.**
- **S'il manifeste toujours des signes de gêne au bout de 5 minutes, il est peu probable que la blessure guérisse sans traitement supplémentaire. Le joueur doit être remplacé et la blessure réévaluée.**

Zone orange

- **Prêtez attention aux déchirures partielles (en particulier ligamentaires) : habituellement, mais pas toujours, elles entraînent une douleur à la mobilisation de la région lésée, en présence ou non d'un œdème et d'une sensibilité à la palpation.**
- **Les sportifs se sentent souvent en mesure de retourner sur le terrain immédiatement après une déchirure partielle, ce qui peut entraîner une blessure plus grave voire une déchirure musculaire/tendineuse/ligamentaire totale.**

Zone rouge

- **Ne tardez pas à transférer un patient présentant une déchirure totale ou une fracture possible/avérée. Il ne faut en aucun cas attendre la fin d'un match pour ce type de blessure.**

Traitement

- Voir :
 - la **figure 9.5** sur le protocole RICED (*rest, ice, compression, elevation, diagnosis* [repos, glace, compression, élévation, diagnostic]);
 - la **figure 9.6** sur la mise en place d'une attelle.
- Voir aussi la section portant sur le transfert d'un joueur au chapitre 7.

Muscle

Que dois-je vérifier ?

- Se produit habituellement à la suite d'une collision avec un autre joueur.
- Le corps musculaire sera chaud, gonflé, et présentera une sensibilité diffuse à la palpation sur l'ensemble de la région.
- L'étirement du muscle produit une douleur intense dans la région lésée.
- Il peut exister une déformation musculaire (**figure 9.4**), ou une anomalie palpable, avec une diminution marquée de la force musculaire et de l'amplitude.
- Le joueur sera incapable de réaliser un bilan d'aptitude sportive.



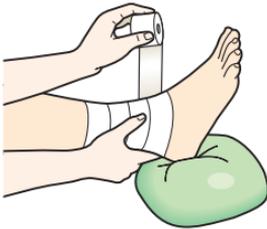
Repos

- Stoppez l'activité
- Évitez les mouvements autant que possible
- N'appliquez aucune pression sur la région lésée



Glace

- Diminue la douleur, l'œdème et le saignement
- Maintenez la poche de glace fermement en place avec un bandage
- Ne pas appliquer directement sur la peau.



Compression

- Un bandage ferme permet de diminuer le saignement et l'œdème



Élévation

- Permet d'arrêter le saignement et de diminuer l'œdème
- Maintenez la région lésée surélevée autant que possible



Diagnostic

- Consultez du personnel qualifié si votre blessure vous inquiète, ou si la douleur ou l'œdème s'aggrave

Figure 9.5 Protocole RICED.

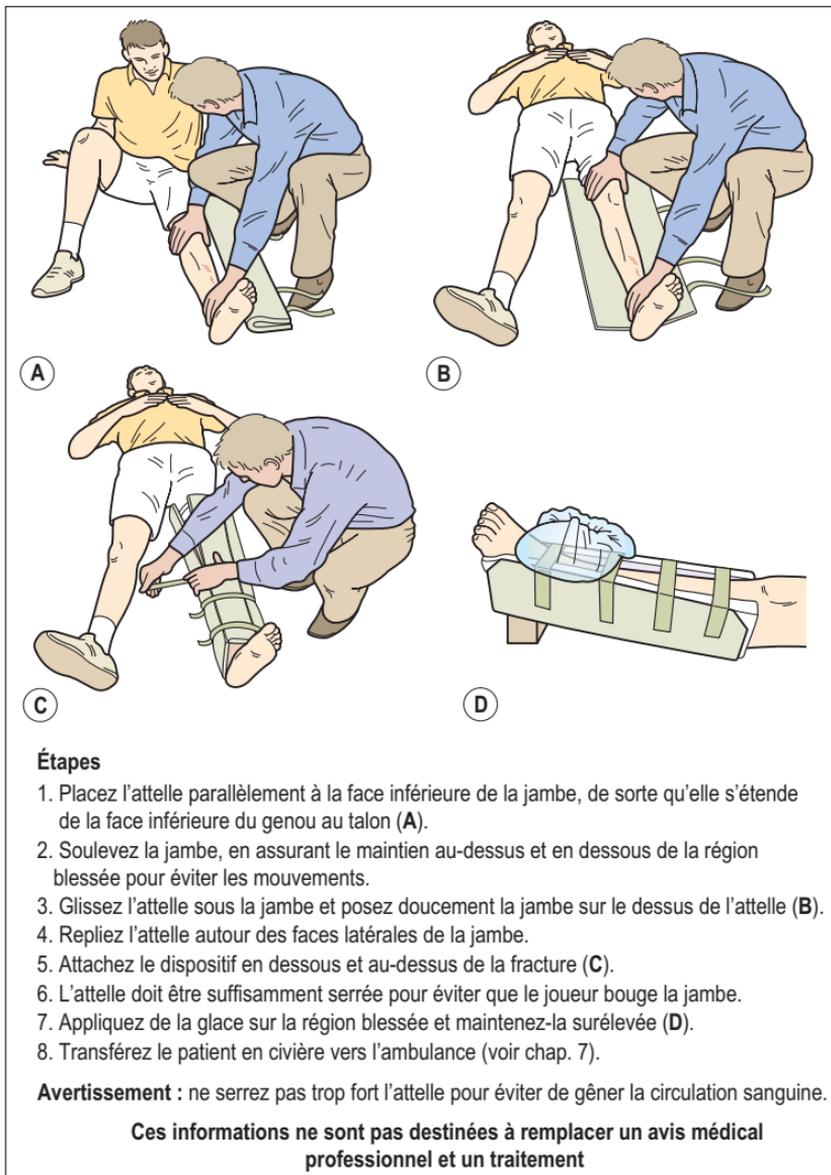


Figure 9.6 Pose d'une attelle.

Que dois-je faire ?

- Faites sortir le joueur du terrain (protocole **RICE**) et posez une attelle sur la région blessée.
- Transférez vers un centre médical pour une évaluation complémentaire et la mise en place d'un traitement.

Tendon

Que dois-je vérifier ?

- Se produit habituellement lors d'une accélération/décélération soudaine.
- Douleur palpatoire au niveau du tendon lésé, avec œdème localisé.
- Le joueur peut avoir entendu/senti un « claquement » quand la blessure s'est produite.
- Le joueur sera incapable de réaliser le bilan d'aptitude sportive.

Que dois-je faire ?

- Faites sortir le joueur du terrain (protocole **RICE**) et posez une attelle sur la région blessée.
- Transférez vers un centre médical pour une évaluation complémentaire et la mise en place d'un traitement.

Ligament

Que dois-je vérifier ?

- Se produit habituellement lorsque le joueur est taclé ou lors d'une torsion (figure 9.7).
- Zone de sensibilité marquée au niveau de la ligne articulaire lésée, associée parfois à un œdème articulaire.
- L'examen retrouvera une instabilité articulaire, et la douleur provoquée par la contrainte exercée sur le ligament sera le signe dominant.

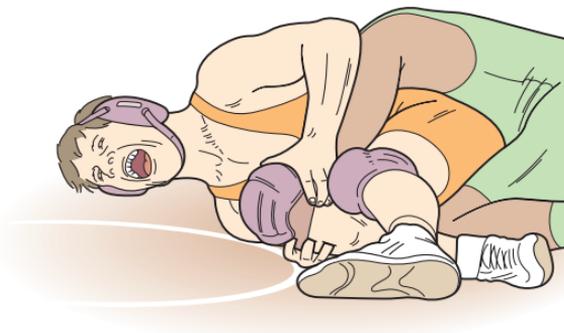


Figure 9.7 Scénario d'entorse du genou avec éventuelle lésion ligamentaire.

- Le joueur sera incapable de réaliser le bilan d'aptitude sportive.

Que dois-je faire ?

- Faites sortir le joueur du terrain (protocole **RICE**) et posez une attelle à l'endroit de la blessure.
- Transférez vers un centre médical pour une évaluation complémentaire et la mise en place d'un traitement.

Muscle

Que dois-je vérifier ?

- Se produit habituellement suite à une collision entre joueurs.
- Le corps musculaire sera chaud, gonflé, avec une sensibilité diffuse à la palpation sur l'ensemble de la région.
- L'étirement du muscle produit une douleur modérée dans la région lésée.
- Il **n'y aura pas** de déformation musculaire ; cependant, on retrouvera une diminution de la force musculaire avec ou sans diminution d'amplitude.
- Le joueur sera incapable de réaliser un bilan d'aptitude sportive adéquat.

Que dois-je faire ?

- Le sportif ne peut pas reprendre l'activité.
- Faites-le sortir le joueur du terrain (protocole **RICE**).

Tendon

Que dois-je vérifier ?

- Se produit habituellement lors d'une accélération/ décélération soudaine.
- Douleur palpatoire au niveau du tendon lésé.
- Le joueur sera incapable de réaliser un bilan d'aptitude sportive adéquat.

Que dois-je faire ?

- Le sportif ne peut pas reprendre l'activité.
- Faites-le sortir du terrain et réévaluez la blessure sur la touche.



- Si vous soupçonnez une déchirure, suivez le protocole **RICE**, posez une attelle sur la blessure, et faites consulter par un médecin après le jeu.

Ligament

Que dois-je vérifier ?

- Se produit habituellement lorsque le joueur est taclé ou lors d'une torsion.
- Zone de sensibilité au niveau de la ligne articulaire lésée – pouvant être associée à un œdème articulaire.
- L'examen ne retrouvera pas d'instabilité articulaire, mais la douleur sera le signe dominant.
- Le joueur sera incapable de réaliser un bilan d'aptitude sportive adéquat.

Que dois-je faire ?

- Le sportif ne peut pas reprendre l'activité.
- Faites-le sortir du terrain et réévaluez la blessure sur la touche.
- Si vous suspectez une déchirure, suivez le protocole **RICE**, posez une attelle, et faites consulter par un médecin après le jeu.

Muscle

Que dois-je vérifier ?

- Se produit habituellement à la suite d'une collision entre joueurs.
- Le corps musculaire sera chaud, gonflé, avec une sensibilité légère à la palpation de l'ensemble de la région.
- L'étirement du muscle produit une douleur modérée dans la région lésée.
- Il **n'y aura pas** de déformation musculaire ; diminution de la force musculaire ou diminution de l'amplitude.
- Le bilan d'aptitude sportive est normal.

Que dois-je faire ?

- Le sportif peut reprendre le jeu (continuez d'observer).
- En cas de crampe musculaire, traitez avec de la glace, un massage et un étirement doux.

Remarque : La cause sous-jacente exacte d'une crampe n'est pas connue, mais celle-ci serait en partie due à une déshydratation et à une hypoglycémie, avec ou sans déséquilibre électrolytique. Le maintien d'une hydratation adéquate et l'emploi de boissons énergisantes isotoniques peuvent permettre d'éviter les crampes.

Tendon

Que dois-je vérifier ?

- Se produit habituellement lors d'une accélération/décélération soudaine.
- Légère douleur palpatoire au niveau du tendon lésé.
- Le bilan d'aptitude sportive est normal.

Que dois-je faire ?

- Le sportif peut reprendre le jeu. (Observez attentivement : une distension tendineuse peut se transformer en une déchirure !)

Ligament

Que dois-je vérifier (figure 9.3) ?

- Se produit habituellement lorsque le joueur est taclé ou lors d'une torsion.

- Zone de sensibilité palpatoire au niveau de la ligne articulaire lésée – pas d'œdème associé.
- L'examen ne retrouve pas d'instabilité articulaire.
- Le bilan d'aptitude sportive est normal.

Que dois-je faire ?

- Le sportif peut reprendre le jeu. (Gardez encore une fois bien à l'esprit que des joueurs présentant des déchirures ligamentaires aiguës voire totales ont souvent été autorisés à reprendre le jeu.)
- **À la moindre suspicion de déchirure même partielle, remplacez le joueur.**

Les fractures se produisent couramment dans les sports de contact. Elles peuvent aussi se produire dans les sports individuels comme le ski, l'équitation et la gymnastique. De nombreuses classifications peuvent être utilisées pour décrire les fractures, mais dans ce chapitre, nous avons choisi de les diviser en deux types : les fractures fermées et les fractures ouvertes (figure 10.1).



INFORMATION

Fracture fermée

- L'os est fracturé et peut présenter une déformation marquée; cependant, la peau entourant l'os fracturé demeure intacte.

Fracture ouverte

- Une extrémité osseuse ou les extrémités transperce(nt) la peau.
- Il n'est pas nécessaire que l'os soit visible pour que la fracture soit dite ouverte (l'os peut transpercer la peau et rester intériorisée).

La prise en charge sur le terrain des fractures est classée en zone rouge et zone orange. Il n'existe pas de blessures de zone verte

dans ce chapitre. Tous les joueurs chez lesquels est suspectée une fracture doivent quitter le terrain.

Zone rouge

- **Toute fracture ouverte**
- **Toute fracture d'os long**
- **Toute fracture de doigt ou d'orteil avec déformation marquée**

Zone orange

- **Doigt ou orteil fracturé avec déformation minimale**
- **Suspicion de fracture**

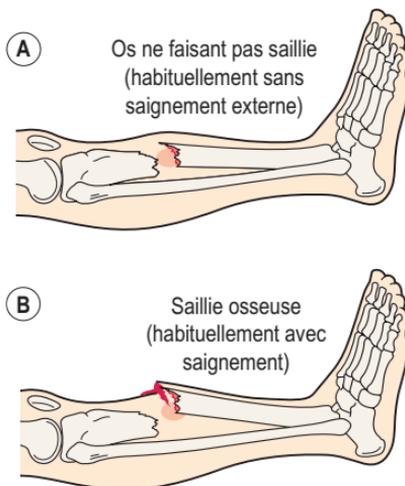


Figure 10.1 Fractures ouverte et fermée.

La majorité des fractures nécessitent un transfert immédiat à l'hôpital. En cas de doute, transférez !

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Que s'est-il passé ? »
- « Où avez-vous mal ? »
- « De quel type de douleur s'agit-il ? »
- « Avez-vous senti/entendu un craquement/un claquement ? »

Identification du problème

- Demandez au joueur de montrer la région douloureuse.

Observation

- Observez la région lésée à la recherche de signes d'œdème/de rougeur/de déformation.
- La peau est-elle lésée ?
- Pourrait-il s'agir d'une fracture ouverte, l'os étant intériorisée ?
- Comparez la région affectée au côté contro-latéral : existe-t-il une différence ?

Exclusion d'un traumatisme grave

- Demandez au joueur de bouger lui-même la région blessée.
- Une douleur est-elle engendrée ?
- La région blessée apparaît-elle déformée ?

Recherche d'une sensibilité à la palpation

- Palpez la région à la recherche de chaleur (révèle une inflammation).
- La palpation vous permet d'évaluer le degré de douleur.
- Existe-t-il une zone douloureuse spécifique à la palpation ?

Bilan d'aptitude sportive

- La mobilisation douce de l'articulation est-elle douloureuse ? (Mobilisez l'articulation dans toute l'amplitude de mouvements indolores.)
- Demandez au joueur de bouger lui-même l'articulation. Très peu de joueurs souffrant d'une fracture seront capables de réaliser de mouvement important.
- En cas de forte suspicion, ou si la fracture est manifeste, il n'est pas indiqué de réaliser un bilan d'aptitude sportive (**blessure de zone rouge**). Il peut être évident, depuis le banc de touche, que le joueur ne pourra pas continuer et qu'il doit être traité d'urgence.
- En cas de suspicion de fracture sous-jacente, le test d'aptitudes consistera à mobiliser l'articulation dans des amplitudes indolores, et à évaluer si le joueur peut supporter une mise en charge de la région lésée.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité

- En cas de suspicion de fracture, le joueur ne pourra pas continuer.
- Arrêtez le jeu immédiatement. La blessure est potentiellement grave, et le joueur peut nécessiter un traitement hospitalier d'urgence.
- **La réduction de la fracture (voir le paragraphe « Information » ci-après) est la principale intervention, et la seule, dont peut bénéficier le joueur en dehors de l'environnement hospitalier.**
- La réduction fracturaire permet d'éviter l'altération de la vascularisation et de la peau dans la région fracturée.
- La réduction va même diminuer la douleur du joueur blessé.
- En cas de fracture ouverte, irriguez la région avec de l'eau stérile, et appliquez un pansement stérile avant de mettre une attelle en place.
- Faites venir un brancard du banc de touche (d'après les textes de loi, toute structure sportive doit en disposer).
- Il n'est pas toujours possible de réduire une fracture – en cas de difficulté, posez une attelle et évitez des mouvements

supplémentaires des extrémités osseuses.

Transfert d'urgence à l'hôpital

- Même s'il ne s'agit que d'une suspicion de fracture, ne déplacez pas le joueur en dehors du terrain avant d'obtenir une aide suffisante afin d'éviter de mobiliser inutilement le membre blessé.
- Immobilisez la fracture avec une attelle (voir [figure 10.2](#)) afin de stabiliser la fracture réduite, et d'éviter un surplus de douleur et de lésions du fait d'une mobilisation inutile du foyer de la fracture.

Éviter d'aggraver la blessure

- Sur la touche, réévaluez la gravité de la blessure (n'ôtez le pansement appliqué sur une fracture ouverte qu'en cas de nécessité, car le risque infectieux augmente).
- Administrez des antalgiques (paracétamol et diclofénac) et des liquides (mais pas d'alcool). Évitez la nourriture.
- Dans le cas d'une fracture fermée du membre supérieur où l'attelle est bien posée, le transfert du joueur à l'hôpital en voiture est approprié. Pour les autres fractures fermées d'os longs (humérus, tibia et fibula [péroné]), le transfert doit être fait en ambulance autant que possible.



- Pour les fractures ouvertes, ou pour toute fracture avec suspicion de lésion vasculaire localisée ou de la peau, le transfert à l'hôpital doit être effectué en ambulance.

Traitement

Les principes de prise en charge des fractures de zone orange et de zone rouge sont les mêmes. Si vous n'êtes pas certain du classement de la fracture, traitez-la comme une blessure de zone rouge.



INFORMATION

Réduction d'une fracture de la jambe

- Les fractures de la jambe sont des blessures graves, extrêmement douloureuses.
- Elles doivent être traitées immédiatement par du personnel qualifié.
- Les os fracturés exercent une forte pression sur les muscles et la peau qui les entourent.
- La vascularisation peut être interrompue.
- Tout mouvement est douloureux, mais peut aussi aggraver la lésion.
- Si les os sont nettement déplacés, il est possible de les réaligner.
- Ce procédé soulagera la douleur et devrait restaurer la vascularisation.

Étapes à suivre

1. Demandez à un autre sauveteur de soutenir le membre blessé au-dessus du foyer de fracture.
2. Saisissez le membre blessé en dessous du foyer de fracture.
3. Exercez une traction douce – tirez doucement pour aligner dans l'axe longitudinal de l'os.
4. Avec douceur et précaution, déplacez la partie osseuse inférieure pour l'aligner avec la partie supérieure.
5. Relâchez la traction et immobilisez la fracture avec une attelle. La réduction des fractures du membre supérieur est plus difficile et seul du personnel qualifié doit tenter la manœuvre. Placez le bras fracturé dans une attelle pour éviter que les extrémités osseuses ne bougent.



INFORMATION

Pose d'une attelle de jambe

Étapes à suivre

1. Placez le dispositif d'attelle à côté, parallèlement à la face inférieure de la jambe, afin qu'il s'étende de la face inférieure du genou au talon (figure 10.2A).
2. Soulevez la jambe, en assurant le maintien au-dessus et en dessous de la région blessée pour éviter tout mouvement.
3. Glissez l'attelle sous la jambe et posez doucement la jambe sur le dessus de l'attelle (figure 10.2B).
4. Repliez l'attelle autour des côtés de la jambe.
5. Attachez le dispositif en dessous et au-dessus de la fracture (figure 10.2C).
6. L'attelle doit être suffisamment serrée pour éviter que le joueur bouge la jambe.
7. Si l'os fait saillie, appliquez un pansement de gaze stérile (figure 10.2D).
8. Transférez le patient en civière vers l'ambulance (voir chap. 7).

Ces informations ne sont pas destinées à remplacer un avis médical professionnel ou un traitement.

Anticiper

- Afin de vous assurer que la fracture est traitée comme il convient et rapidement, téléphonez au service d'urgences dont vous dépendez. Cela permet aux équipes nécessaires à la prise en charge (équipe orthopédique, radiologues, etc.) de se préparer à examiner le joueur blessé.
- Avant un match ou une épreuve sportive, il est utile de connaître le lieu du service d'urgences le plus proche et le moyen de s'y rendre. Certains services ne peuvent s'occuper que de blessures bénignes et devront retransférer un joueur atteint d'une blessure grave ou d'une fracture ouverte. Obtenir ces informations vous permettra d'orienter le joueur blessé vers l'établissement approprié le plus proche, et d'éviter un surcroît de détresse ainsi qu'un retard inutile dans la prise en charge de la fracture.

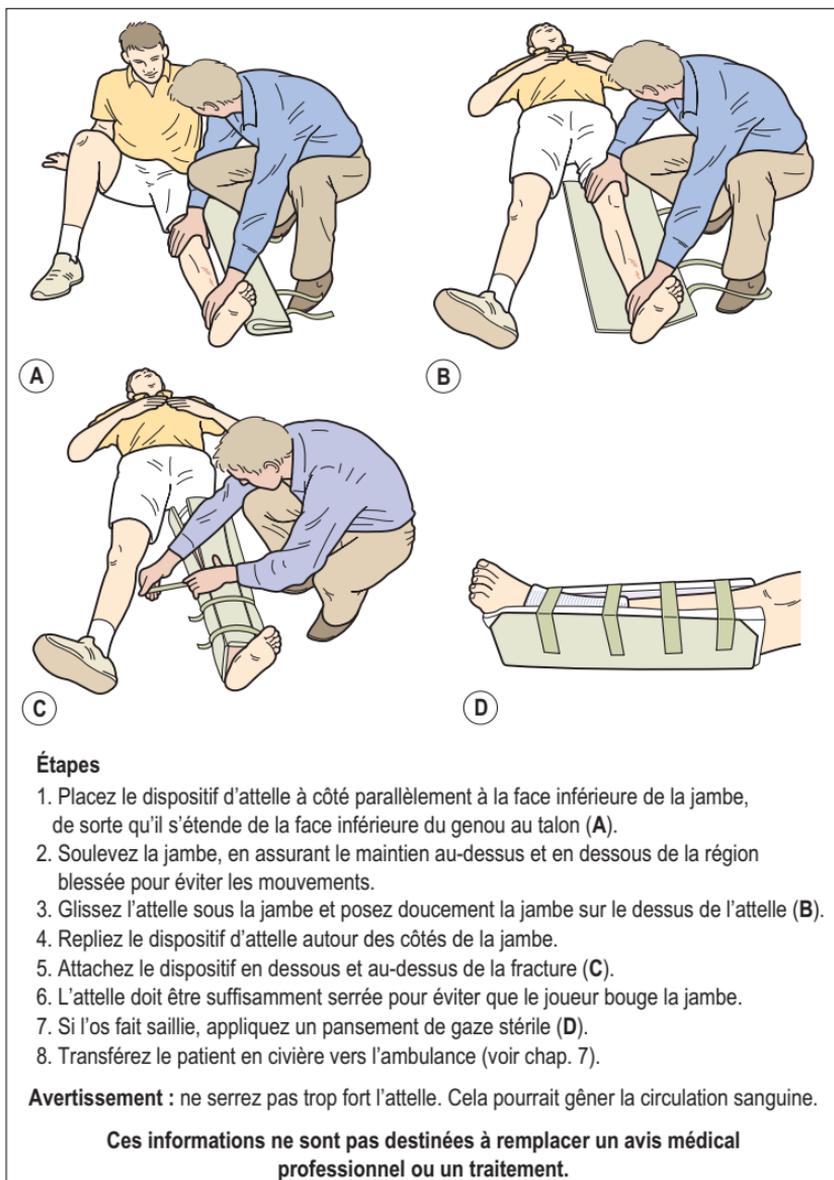


Figure 10.2 Pose d'une attelle.

Où se situe la blessure ?



INTRODUCTION

Les traumatismes crâniens vont du simple choc crânien aux blessures graves entraînant des lésions cérébrales et la mort. Il est important de pouvoir gérer une simple commotion cérébrale et de reconnaître les traumatismes crâniens potentiellement graves (figures 11.1 et 11.2).

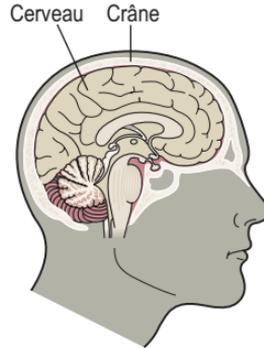


Figure 11.1 Coupe du crâne et du cerveau.

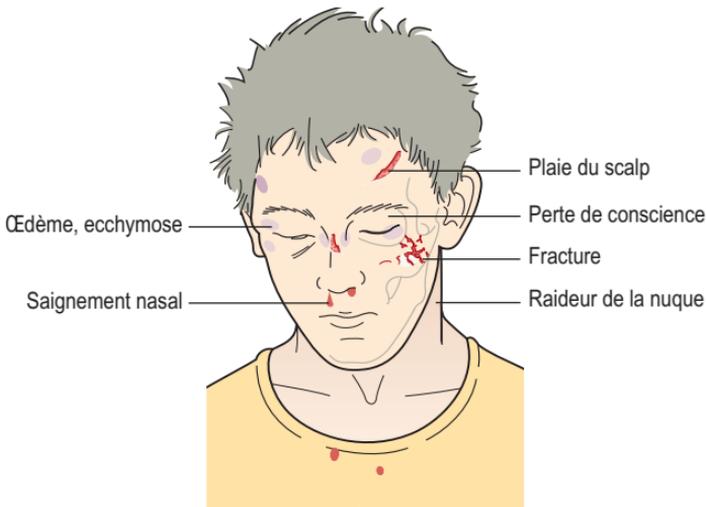


Figure 11.2 Signes et symptômes d'un traumatisme crânien.

Zone rouge

- **Sportif inconscient**
- **Traumatisme crânien grave**
- **Fracture du crâne**
- **Crise convulsive**

Zone orange

- **Commotion cérébrale**
- **Plaie du scalp**

Zone verte

- **Traumatisme crânien bénin (sans commotion cérébrale)**

Si le patient est **inconscient**, consultez le chapitre 5.

C'est une situation d'urgence jusqu'à preuve du contraire.

Si le joueur est conscient, suivez les étapes suivantes, et **répétez la procédure régulièrement.**

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Est-ce que ça va ? » « Où avez-vous été touché ? » « Comment est-ce arrivé ? » « Avez-vous perdu connaissance ? »

Identification du problème

- « Quel est votre nom ? » « Où êtes-vous ? » « Quel jour sommes-nous ? » « À quel poste jouez-vous ? » « Quel est le score ? » Un joueur qui ne peut pas répondre à ces questions souffre certainement d'une commotion cérébrale.
- « Avez-vous mal au cou ? » « Avez-vous mal à la tête ? »

« Ressentez-vous des vertiges ou une faiblesse ? » « Avez-vous des nausées ? » « Est-ce que vous voyez bien ? » « Ressentez-vous une quelconque faiblesse, des fourmillements ? »

« Pouvez-vous bouger vos mains et vos jambes ? »

Les symptômes suivants révèlent une **blesseure de zone rouge** (transfert d'urgence à l'hôpital)

- Céphalée
 - Douleur cervicale
 - Picotements, fourmillements
 - Vomissements
 - Crise convulsive
 - Confusion
 - Perte de mémoire – révèle une commotion cérébrale
-

Observation

- Regardez l'ensemble du visage et du crâne à la recherche de tout saignement (en particulier autour des yeux ou derrière les oreilles) ou de plaies du scalp.
- Comparez les deux côtés du crâne.
- Faire attention aux zones enfoncées – fractures du crâne.

Assurez-vous que le joueur est éveillé.

- Le joueur ouvre-t-il les yeux ?
- Le joueur peut-il fixer votre regard ?

Le fait qu'un joueur ne puisse pas fixer son regard ou le roulement des yeux dans leurs orbites sont évocateurs d'une blessure grave.

- Des ecchymoses sont-elles présentes autour des yeux ? – Traumatisme crânien grave.
- La taille des pupilles est-elle égale ? Des pupilles de taille inégale révèlent une blessure grave.
- Le joueur tremble-t-il de façon incontrôlable ? – Voir le paragraphe « Crise convulsive » (p. 86).
- Comment le joueur tient-il son cou ? Est-il droit ou tordu ?
- Peut-il bouger les quatre membres ?
- Existe-t-il une contusion ou un œdème sur le visage ? – Un traumatisme facial grave peut aussi révéler un traumatisme crânien.
- Observez le nez et les oreilles pour vérifier la présence d'un écoulement de liquide ou de sang – du liquide clair révèle un traumatisme crânien grave.

Exclusion d'un traumatisme grave

- Recherchez des signes de traumatisme crânien grave, à savoir : une céphalée intense, une altération du niveau de réactivité, une somnolence, des nausées, des vomissements,
- une taille des pupilles inégale, une paralysie ou un déficit hémicorporel (à l'opposé du point d'impact) ; une paralysie ou une faiblesse bilatérale peut être révélatrice d'une lésion rachidienne (voir chapitre 7).
- Demandez au joueur de bouger les bras et les jambes.
 - Vérifiez la sensibilité des bras et des jambes.

Palpation (gantée)

- Examinez la tête et le scalp à la recherche d'une éventuelle fracture du crâne.
- Examinez les oreilles et le nez à la recherche d'écoulement de sang et de liquide cérébrospinal.
- Examen des yeux (ensemble des mouvements) :
 - pour examiner les pupilles, vérifiez la réponse pupillaire à l'aide d'une lampe-stylo (figure 11.3) ;
 - si la pupille se contracte, elle réagit ;
 - vérifiez les deux yeux ;
 - ensuite, dirigez la lumière vers l'œil **droit** et vérifiez si le **gauche** réagit ; répétez de l'autre côté ;
 - demandez au joueur de suivre lentement des yeux votre doigt qui dessine un « H » (figure 11.4).

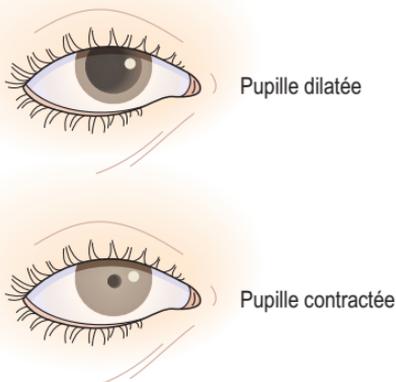


Figure 11.3 Pupilles dilatées.

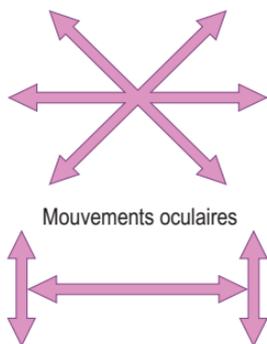


Figure 11.4 Mouvements oculaires.

Bilan d'aptitude sportive

Si tout est normal à ce stade, demandez au joueur de se lever, de fermer les yeux et de rester

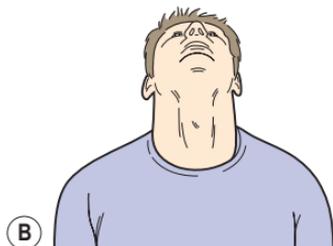
immobile ; assurez-vous que le joueur ne tombe pas de côté. Si le joueur peut marcher et courir sur place sans difficulté, il peut continuer à jouer.

En l'absence de douleur cervicale, vérifiez les mouvements du cou (figure 11.5) :

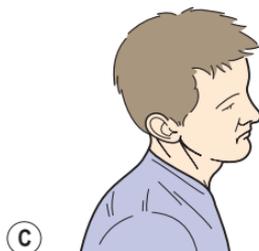
- « Touchez votre poitrine avec le menton. »
- « Regardez vers le ciel. »
- « Regardez par-dessus votre épaule gauche. »
- « Regardez par-dessus votre épaule droite. »
- « Mettez votre oreille contre votre épaule. »



Touchez votre poitrine avec le menton – **flexion**



Regardez vers le ciel – **extension**
(la pointe du nez du joueur doit être alignée avec le sommet du front)



Mettez votre oreille contre votre épaule – **latéroflexion**



Placez votre menton sur l'épaule – **rotation**

Figure 11.5 Test des différents mouvements du cou.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

- Continuez de parler au joueur. Celui-ci peut être désorienté. Un joueur qui se tient tranquille, ne parle pas ou ne réagit pas est source d'inquiétude.
- Rassurez le joueur – expliquez ce que vous êtes en train de faire et pourquoi.

Sortir le joueur du terrain

- Ne faites sortir un joueur du terrain qu'en toute sécurité.
- Lorsqu'une blessure a été identifiée, évaluez si le joueur peut quitter le terrain en toute sécurité sans la pose d'une attelle ou sans assistance.
- Sortir le joueur vous permet de réévaluer la situation sur la touche et de prendre une décision en meilleure connaissance de cause et avec moins de pression.
- Les traumatismes bénins (de **zone verte**) peuvent être traités sur le terrain.
- Rassurez le joueur et expliquez-lui ce que vous êtes en train de faire et pourquoi.

Transfert d'urgence

- Tout joueur atteint d'un traumatisme de zone rouge doit immédiatement être transféré à l'hôpital.

- En cas de suspicion de lésion cervicale, utilisez les techniques de stabilisation cervicale et rachidienne (voir chapitre 7).

Éviter d'aggraver la blessure

- En présence d'une quelconque suspicion de traumatisme crânien ou de lésion cervicale grave, ne déplacez le joueur que si l'ABC a été effectué, et suivez à la lettre les recommandations des techniques à employer en cas de lésion cervicale.
- Une personne présentant une commotion cérébrale ne doit pas continuer de jouer. Il est possible d'utiliser l'Outil d'évaluation des commotions cérébrales chez les sportifs (Sports Concussion Assessment Tool [SCAT]) (figure 11.6).

Traitement

- Tout joueur ayant présenté un traumatisme crânien doit être maintenu sous observation pendant 24 heures par une personne qualifiée, car il arrive qu'un saignement intracrânien se produise plusieurs heures plus tard.
- Le joueur doit éviter l'alcool, la caféine et tout médicament pouvant le rendre somnolent.

The SCAT Card (Sport Concussion Assessment Tool) Medical Evaluation

Nom : _____

Date: _____

Sport/équipe : _____

Protège-dents ? O/N

1. Signes

Y a-t-il eu perte de connaissance/aréactivité ? O/N

Y a-t-il eu une crise ou une activité convulsive ? O/N

Y a-t-il eu un problème d'équilibre/une instabilité ? O/N

2. Mémoire

Questions du questionnaire de Maddock modifiées (vérifier si le sportif répond correctement)

• Dans quel lieu _____ À quelle mi-temps en _____ Quelle équipe a
sommes-nous ? _____ sommes-nous ? _____ marqué en dernier ? _____

• Quelle est la dernière équipe _____ Avons-nous gagné le dernier match ? _____
que nous avons rencontrée ? _____

3. Score des symptômes

Nombre total de symptômes (notés sur le verso de la fiche) : _____

4. Évaluation cognitive (se souvenir de 5 mots)

	(Exemples)	Immédiatement	Plus tard
1 ^{er} mot :	_____ Chat	_____	_____
2 ^e mot :	_____ Stylo	_____	_____
3 ^e mot :	_____ Chaussure	_____	_____
4 ^e mot :	_____ Livre	_____	_____
5 ^e mot :	_____ Voiture	_____	_____

Les mois dans l'ordre inverse

Juin-mai-avril-mars-fév.-janv.-déc.-nov.-oct.-sept.-août-juill.

Énumérer les chiffres dans l'ordre inverse (vérifier l'exactitude)

5-2-8	3-9-1	_____
6-2-9-4	4-3-7-1	_____
8-3-2-7-9	1-4-9-3-6	_____
7-3-9-1-4-2	5-1-8-4-6-8	_____

Demander de se rappeler de 5 mots à réciter

5. Examen neurologique

	Réussi	Non réussi
Parole	_____	_____
Mouvements oculaires et réactions pupillaires	_____	_____
Pronator drift	_____	_____
Analyse de la marche	_____	_____

Toute anomalie de l'examen neurologique requiert une évaluation neurologique formelle ou à l'hôpital.

Figure 11.6 Fiche d'évaluation SCAT (Sports Concussion Assessment Tool).

Recommandations pour la reprise de l'activité sportive

Il est recommandé qu'un joueur ne reprenne pas la compétition avant 3 semaines.

Dans les premiers jours qui suivent une commotion cérébrale, il est important de rappeler au joueur la nécessité d'un repos physique et mental.

1^{re} semaine

- 1^{er}-3^e jours : aucune activité physique. Repos complet. Si le joueur ne présente pas de problèmes, il peut passer à l'étape suivante.
- 4^e-7^e jours : activité aérobie modérée – marche, jogging, vélo. Pas d'entraînement contre résistance.

2^e semaine

- Exercices spécifiques au sport pratiqué.
- Exercices sans contact.
- Technique, etc.

3^e semaine

- Après autorisation médicale, exercices avec contact.
- Reprise de la compétition.
- Le joueur ne doit passer à l'étape suivante que s'il est asymptomatique.
- Si, à quelque moment que ce soit, le joueur se plaint de céphalées, de nausées, de vomissements,

d'une diplopie (vision double), il doit être examiné par un médecin avant de reprendre le jeu.

URGENCES SPÉCIFIQUES AU SPORT

Zone rouge – Transfert direct à l'hôpital

Zone orange – Réévaluer

Zone verte – Adulte responsable

Sportif inconscient

- Traumatisme crânien grave – consultez le chapitre 5.

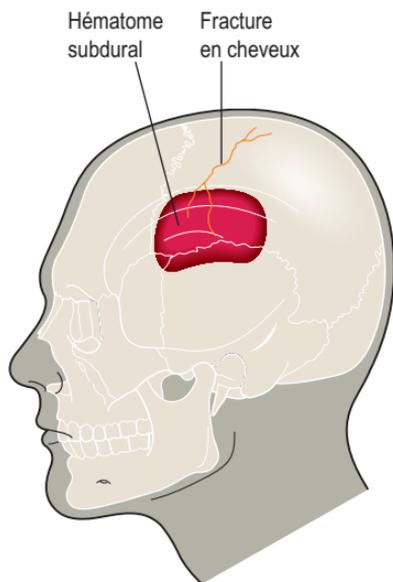


Figure 11.7 Fractures du crâne et hématomes.

Fracture du crâne (figure 11.7)

Que dois-je vérifier ?

Le joueur ressentira une grande gêne – céphalée intense, altération

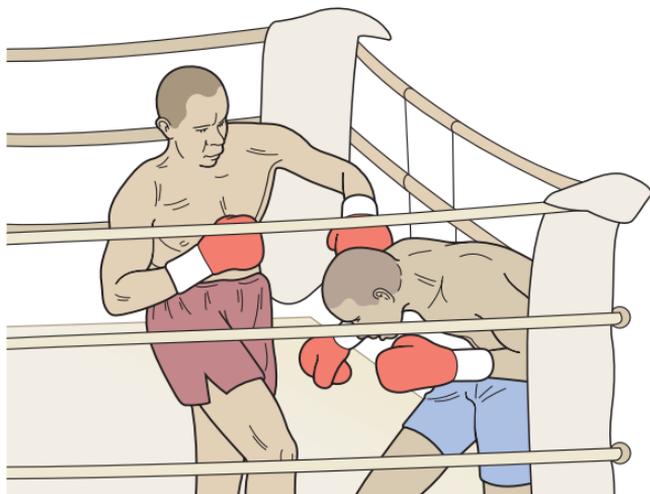


Figure 11.8 Un coup porté sur le crâne comme montré ici peut facilement provoquer une commotion.

des facultés mentales, somnolence, nausées, vomissements, asymétrie pupillaire, paralysie ou déficit hémicorporel. Examinez le crâne à la recherche d'un enfoncement.

Que dois-je faire ?

- Transfert d'urgence à l'hôpital.
- **Appelez les secours.**
- Si le sportif est conscient, soutenez-le, rassurez-le, et stabilisez sa tête et son cou en suivant les recommandations ABC (voir chapitre 7).
- Comprimez directement une plaie du scalp qui saigne – pas trop fort en cas d'enfoncement crânien.

Commotion cérébrale

Une commotion est un choc ou une secousse violent(e) entraînant

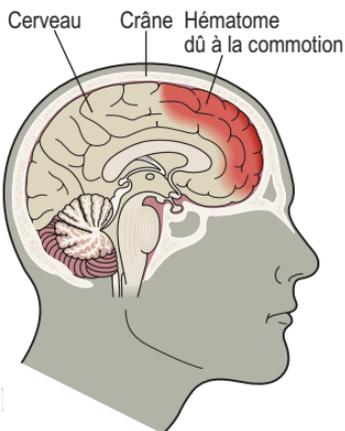


Figure 11.9 Mécanisme d'une commotion.

un trouble de la fonction cérébrale (figures 11.8, 11.9). Le joueur est normalement désorienté – il ne sait pas où il est, le score du match, etc.

- Vérifiez si la taille des pupilles est symétrique (voir figure 11.4).

- Vérifiez la présence de fractures crâniennes.
 - Assurez-vous que le nez et les oreilles ne saignent pas et vérifiez la présence de lésions des os de la face.
 - Vertige ou nausée (lors de la récupération).
 - Perte de mémoire (des événements qui ont immédiatement précédé le traumatisme ou du traumatisme même).
 - Légère céphalée généralisée.
- responsable. **Ne laissez pas le joueur seul.**
- Même si son état est normal, conseillez au sportif de se rendre à l'hôpital en cas d'apparition de céphalée, nausées, vomissements, somnolence excessive.
 - Si l'état du sportif n'est pas normal, envoyez-le immédiatement à l'hôpital.

En cas de doute, faites-le quitter le terrain !

Que dois-je faire ?

- Faites sortir le joueur du terrain.
- **N'autorisez pas** le sportif à reprendre le jeu.
- Vérifiez son niveau de conscience et surveillez les signes vitaux jusqu'à la récupération totale.
- Placez le joueur sous la surveillance d'une personne

Crise convulsive

Que dois-je vérifier ?

Une convulsion correspond à une activité électrique soudaine du cerveau entraînant une altération du comportement ou de l'activité musculaire (figure 11.10).

- Observez le joueur : il peut évoquer une sensation

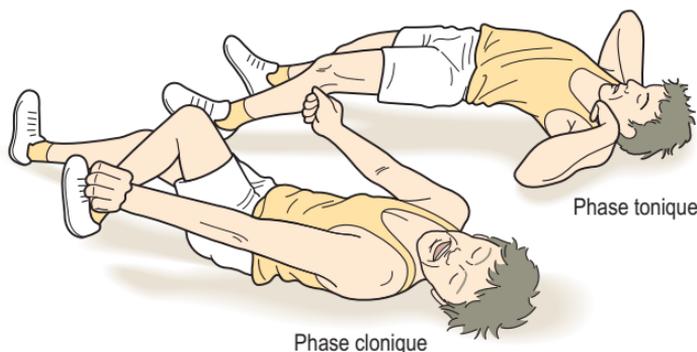


Figure 11.10 Phases tonique et clonique des convulsions.

- « bizarre » avant d'être atteint d'une crise convulsive : odeurs étranges, trouble visuel – aura.
- Phase tonique/clonique – secousses soudaines du corps pouvant durer plusieurs minutes. Consultez le chapitre 5.
 - Le joueur peut perdre conscience.
 - La crise peut s'accompagner d'incontinence.
 - Fatigue et céphalée légère (au moment de la récupération).

Que dois-je faire ?

- Assurez-vous que le joueur est en sécurité et enlevez les objets proches qui pourraient le blesser.
- Ne mettez rien dans la bouche du joueur ; il n'avalera pas sa langue.
- Vérifiez l'heure de début de la crise. Contrôlez sa durée si elle se prolonge. Essayez de vous souvenir des types de mouvements corporels.
- Ne tentez pas d'immobiliser le joueur : une crise convulsive ne peut être stoppée.
- Desserrez les vêtements autour du cou si nécessaire.
- Restez calme et rassurez le joueur après la crise. Après celle-ci, pendant que le joueur est somnolent, placez-le en position latérale de sécurité.

- Transférez-le immédiatement à l'hôpital.
- Un médecin ou un membre du personnel qualifié peut administrer du diazépam par voie rectale.

Commotion cérébrale

À quel moment un sportif peut-il reprendre le jeu après une commotion ?

- Aucun joueur victime d'une commotion ne peut reprendre l'entraînement ou le jeu avant une période de 3 semaines.
- Il ne peut reprendre le jeu après 3 semaines que s'il est asymptomatique et après autorisation du médecin.
- Les entraîneurs doivent obtenir une autorisation médicale avant de permettre à un joueur de s'entraîner ou de jouer. Voir les « Recommandations pour la reprise du jeu après une commotion cérébrale ».

Lésions du scalp

Que dois-je vérifier ?

Le scalp, ou cuir chevelu, peut beaucoup saigner, en donnant une impression de gravité à une lésion habituellement bénigne. Cependant, une plaie du scalp (figure 11.11)



INFORMATION

Recommandations pour la reprise du jeu après une commotion cérébrale

Une commotion est « une altération de l'état mental provoquée par un traumatisme qui peut ou non être accompagnée d'une perte de connaissance ». La plupart des recommandations comprennent les éléments suivants.

- Si des symptômes apparaissent en cours de jeu ou bien lors de l'examen statique, le sportif ne doit pas continuer à jouer.
- En cas de perte de connaissance manifeste, ou si les symptômes postcommotionnels persistent au-delà de 20 minutes, le sportif ne doit plus jouer ce jour-là, et doit consulter pour une évaluation complémentaire.
- Si un sportif a subi une commotion légère et que les symptômes ont complètement disparu en 15 à 20 minutes, en l'absence de perte de connaissance manifeste et si le sportif ne remarque pas d'autres symptômes lors de la reprise de l'activité, la poursuite du jeu est autorisée.
- Tous les scénarios décrits ci-dessus nécessitent un interrogatoire et un examen physique réguliers, ainsi qu'une réévaluation constante. En cas de doute, adressez le joueur à un spécialiste pour un bilan médical.

peut être la composante d'un traumatisme crânien sous-jacent plus grave tel qu'une fracture crânienne, ou peut être associée à un traumatisme cervical/rachidien. Il est donc essentiel d'évaluer attentivement le sportif à la recherche d'un traumatisme crânien grave.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

- « Quel est votre nom ? »
- « Où vous trouvez-vous ? »
- « Quel jour sommes-nous ? »
- « Avez-vous mal à la tête ? »
- « Est-ce que vous voyez double ? »

Palpation (gantée)

- Vérifiez la réaction des pupilles à la lumière (voir [figure 11.3](#)).
- Vérifiez les mouvements oculaires (voir [figure 11.4](#)).
- Appliquez un pansement ou une compresse stérile sur la plaie.
- Exercez une pression directe et ferme sur la compresse.
- Renforcez la fixation du pansement avec un bandage.

À la suite du traitement d'une lacération non compliquée,



Figure 11.11 Plaie du scalp évidente.

il est possible d'y appliquer un bandage compressif (figure 11.12). Si le joueur n'a pas subi de commotion, il peut alors reprendre l'activité. Il doit être évalué par du personnel qualifié après le match.

Gestes du médecin

- **Lacération du scalp non compliquée** – les berges de la plaie peuvent être approximées



Figure 11.12 Bandage compressif appliqué pour traiter une lacération.

avec du fil, une agrafeuse cutanée ou de la colle cutanée.

- **Lacération du scalp chez l'enfant** – les berges de la plaie peuvent parfois être approximées en attachant les cheveux du côté opposé.

INTRODUCTION

Les traumatismes faciaux sont courants dans le sport, en particulier les sports de contact. Les traumatismes types vont de simples coupures et d'abrasions légères au traumatisme des os de la face ou à la fracture de la mâchoire avec lésions des voies aériennes pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Il est important de se rappeler qu'il peut s'y associer un traumatisme crânien et cervical.

Ce chapitre est divisé en quatre parties :

- os de la face : nez et pommettes ;
- yeux et oreilles ;
- mâchoire et bouche ;
- coupures du visage.



OS DE LA FACE : NEZ ET POMMETTES

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Est-ce que tout va bien ? »
« Où avez-vous été touché ? »
- « Où avez-vous mal ? » « Avez-vous entendu un craquement ? »
- « Ressentez-vous un engourdissement au niveau du visage ? »
- « Avez-vous des difficultés pour respirer ? »
- « Est-ce que vous me voyez bien ? » (vision trouble/double)

Identification du problème

- Un « craquement » révèle habituellement une fracture.
- Un engourdissement révèle généralement une compression nerveuse.
- Un trouble de la vision peut révéler une fracture orbitaire ou une blessure de l'œil lui-même.
- Les fractures faciales peuvent léser les voies aériennes et altérer la respiration.

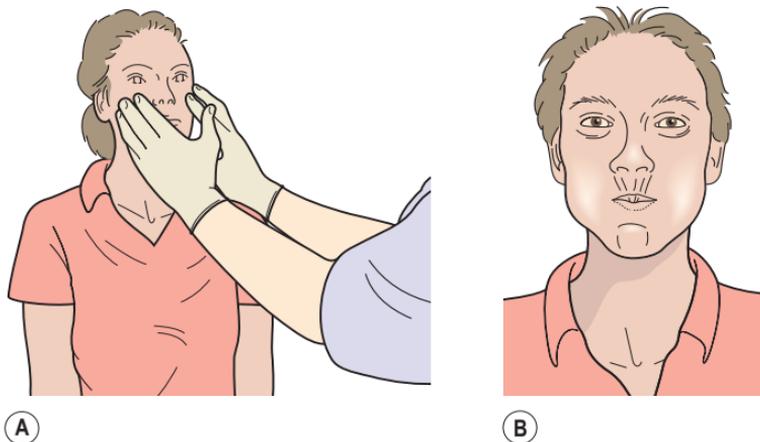


Figure 12.1 Vérification des os de la face. **A.** Examen d'une fracture orbitaire. **B.** Gonfler les joues !

Observation

- Y a-t-il un œdème, une rougeur, une déformation, une abrasion, une laceration ? L'œil est-il injecté de sang ?
- Comparez la région lésée avec le côté sain :
 - Y a-t-il une asymétrie du visage ? Une asymétrie indique normalement la présence d'un œdème ou d'une fracture.
 - Le nez est-il déplacé, ou bien la pommette est-elle enfoncée ?

Exclusion d'un traumatisme grave

- Y a-t-il un traumatisme crânien ?
- Un traumatisme rachidien ?
- En cas de suspicion de l'un ou l'autre, consultez le chapitre concerné.

Palpation (gantée)

- Palpez doucement autour des os faciaux à la recherche d'une sensibilité ou d'une « marche d'escalier » (éventuelle lésion ou fracture).
- Palpez doucement autour du bord de l'orbite à la recherche d'une sensibilité ou d'une « marche d'escalier » (éventuelle fracture) (figure 12.1A).
- Demandez au joueur de serrer les dents à la recherche d'un défaut d'alignement (une fracture du palais peut être en cause).
- Placez votre index et votre pouce dans la bouche du joueur, en appuyant sur le maxillaire. Évaluez grâce à un mouvement doux la stabilité de la mâchoire.

Bilan d'aptitude sportive

- Demandez au joueur de gonfler les joues, de sourire, de siffler et de plisser le front (**figure 12.1B**). En cas d'anomalie, le joueur doit être examiné par un spécialiste.

Que dois-je faire ?**P**arler au joueur

- Rassurez le joueur et expliquez-lui ce que vous êtes en train de faire et pourquoi.

Sortir le joueur du terrain de sport

- Ne faites sortir un joueur du terrain que si cela ne présente aucun risque.
- Les traumatismes bénins (de la zone verte) peuvent être traités sur le terrain.
- Sortir le joueur vous permet d'évaluer à nouveau la situation sur la touche et de prendre une décision en meilleure connaissance de cause et avec moins de pression.
- Lorsqu'une blessure a été identifiée, évaluez si le joueur peut quitter le terrain en toute sécurité sans la pose d'une attelle ou sans assistance.

Prise en charge d'urgence

- Prise en charge d'urgence de l'ABC.
- En cas de suspicion de traumatisme grave, transfert d'urgence à l'hôpital.

- Un joueur présentant une fracture des os faciaux insistera parfois pour se redresser et se pencher vers l'avant pour reprendre son souffle.

Éviter d'aggraver la blessure

- Faites sortir le joueur du terrain pour une évaluation/prise en charge complémentaire.
- Un joueur ne doit pas continuer à jouer s'il a le nez ou une pommette cassé(e).

Traiter le problème**Saignement de nez**

Ne laissez pas le joueur incliner la tête vers l'arrière.

- Demandez au joueur de s'asseoir. Faites-lui incliner la tête vers l'avant pour que le sang puisse s'écouler des narines.
- Mettez des gants. Appliquez une pression sur la partie charnue du nez (pas sur la racine du nez) à l'aide d'une compresse de gaze ou d'un tissu (**figure 12.2**).
- La plupart des saignements cessent en 10 à 15 minutes.
- Si le saignement cesse et reprend, dites au joueur d'appliquer de nouveau une pression.
- Si le saignement persiste au-delà de 30 minutes, **envoyez le joueur à l'hôpital**.
- Un **médecin** ou tout autre personne qualifiée peut insérer un tampon nasal imbibé d'adrénaline.



Fracture du nez

- Le nez sera d'apparence tordue ou asymétrique (figure 12.3).
- Demandez au joueur s'il s'est déjà cassé le nez. La position tordue peut être normale.
- Placez une compresse froide sur le nez.
- Un **médecin** ou bien une personne qualifiée peut tenter de corriger la déformation. Expliquez au joueur que cela peut être douloureux.
- Placez le pouce et l'index de votre main gauche sur la racine du nez.
- Tenez le nez avec le pouce et l'index de votre main droite.
- Déplacez le nez vers l'avant dans la ligne médiane (figure 12.4). Cela peut nécessiter une certaine force.
- Le joueur décrira souvent un « dé clic » ou un « claquement ».
- Observez le nez pour évaluer son réalignement. Si c'est le cas,



Figure 12.2 Traitement d'un saignement de nez.

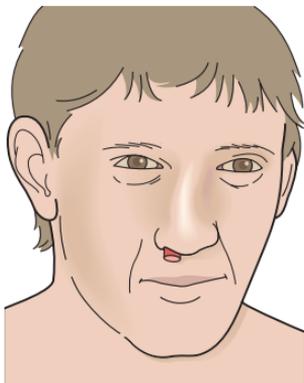


Figure 12.3 Nez cassé avec tampon nasal mis en place.

appliquez du ruban pour le maintenir en place.

- Si le repositionnement est très difficile, il peut être nécessaire d'administrer un anesthésiant au joueur. **Envoyez-le à l'hôpital.**
- Le joueur doit être évalué par un médecin pour que celui-ci s'assure que le septum nasal n'est pas dévié.

S'il est toujours dévié après la manœuvre, le joueur doit aller à l'hôpital.

Fracture des pommettes

- En cas de fractures des pommettes ou des os de la face, placez une compresse froide sur la région.
- Appliquez une pression sur toute coupure ou laceration avec de la gaze stérile.
- **Envoyez immédiatement le joueur à l'hôpital.**

LES YEUX ET LES OREILLES

Les yeux

Zone rouge

- **Fracture orbitaire**
- **Lacération de la paupière**
- **Lésion du globe oculaire**
- **Perte de vision**

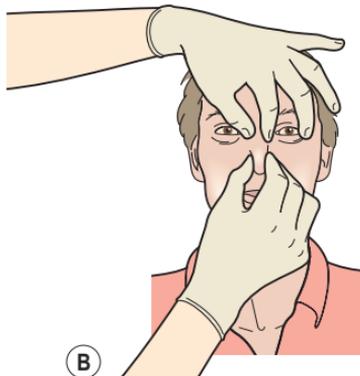


Figure 12.4 Redressement d'un nez cassé.

Zone orange

- **Corps étranger (ne pouvant être extrait)**
- **Vision double**

Zone verte

- **Corps étranger (pouvant être extrait)**
- **Perte de lentilles de contact**
- **Hématome périoculaire**

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Est-ce que tout va bien ? »
« Où avez-vous été touché ? » « Comment est-ce arrivé ? »
- « Me voyez-vous ? » « Votre vision est-elle trouble ? »
« Est-ce que vous voyez double ? »
- « Est-ce que vous sentez quelque chose dans votre œil ? »
- « Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact ? »

Identification du problème

- Y a-t-il un corps étranger dans l'œil ?
- Quelque chose flotte-t-il dans l'œil ?
- Le globe oculaire est-il lésé ou bien existe-t-il un hématome périoculaire (œil au beurre noire) ?
- Le joueur présente-t-il une douleur extrême ?

Observation

- L'œil lésé est-il différent de l'œil sain ?

Exclusion d'un traumatisme grave

- Existe-t-il un traumatisme crânien ?
- Existe-t-il un traumatisme cervical ?
- Les os de la face sont-ils fracturés ?
- Le globe oculaire a-t-il été lésé ou bien s'agit-il simplement d'un « œil au beurre noir » ?

Palpation (gantée)

- Examinez les pupilles et les mouvements oculaires.
 - Dirigez une lampe-stylo vers les yeux pour vérifier la bonne réactivité pupillaire à la lumière (elle doit se contracter) (voir figure 11.3).
 - Dessinez la lettre H (voir figure 11.4).
 - Examinez le bord de l'orbite à la recherche d'une sensibilité ou d'une « marche d'escalier » – fracture possible.
 - Observez le globe oculaire et examinez la pupille
 - Couvrez l'œil sain et demandez au joueur s'il peut voir normalement avec l'œil lésé.
- B**ilan d'aptitude sportive
- Si, à ce stade, la vision est normale et que le joueur ne présente pas de douleur, il peut reprendre le jeu.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

- Rassurez le joueur et expliquez-lui ce que vous êtes en train de faire et pourquoi.

Sortir le joueur du terrain de sport

- Ne faites sortir un joueur du terrain qu'en l'absence de risque.
- Les traumatismes bénins (de la zone verte) peuvent être traités sur le terrain.
- Sortir le joueur vous permet d'évaluer à nouveau la situation sur la touche et de prendre une décision en meilleure connaissance de cause et avec moins de pression.



Figure 12.5 Rinçage oculaire.

- Lorsqu'un traumatisme a été identifié, évaluez si le joueur peut sortir du terrain en toute sécurité.

Prise en charge d'urgence

- Prise en charge d'urgence de l'ABC.
- En cas de suspicion de traumatisme grave, transfert d'urgence à l'hôpital.

Éviter d'aggraver la blessure

- Demandez au joueur de ne pas bouger la tête pour pouvoir procéder à un examen oculaire.
- Ne frottez pas l'œil et ne le heurtez pas !

Traiter le problème (avec des gants)

- Les corps étrangers, y compris les lentilles de contact, doivent être retirés de l'œil, parfois par instillation d'eau stérile (figure 12.5).
- Appliquez un pansement ou un tampon stérile sur la plaie (figure 12.6).



Figure 12.6 Compresses bien fixées sur l'œil.

- Assurez-vous que les cils ne sont pas retournés.
- Renforcez la mise en place du pansement avec un bandage.
- Faites transférer à l'hôpital pour une évaluation complémentaire.
- Du **personnel qualifié** peut retourner la paupière pour retirer un corps étranger.

Les oreilles

Lacérations

- Adressez à un spécialiste.

Oreille en chou-fleur

L'oreille en chou-fleur est due à un saignement provoqué par une rupture cartilagineuse, entraînant un œdème, une cicatrice et des lésions permanentes.

- Un traitement rapide peut réduire la déformation.
- Appliquez un bandage compressif bien serré.
- Du **personnel qualifié** peut drainer le sang avec une seringue stérile.
- Continuez d'appliquer une pression après le drainage.

Tympan perforé

- Peut être provoqué par un coup violent sur l'oreille.

- Le joueur présente une surdité et une douleur de l'oreille.
- Adressez à un spécialiste pour une évaluation complémentaire.

LA BOUCHE ET LA MÂCHOIRE

Zone rouge

- **Avalement de la langue (voir le chapitre 5)**
- **Dent cassée**
- **Fracture de la mâchoire**
- **Lacération importante**

Zone orange

- **Saignement important de la bouche**
- **Lèvres très enflées**

Zone verte

- **Saignement bénin de la bouche**
- **Lèvres enflées**

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Est-ce que tout va bien ? »
« Où avez-vous été touché ? »
- « Où se situe la douleur ? »
« Avez-vous entendu un craquement ? »
- « Avez-vous des difficultés pour respirer ? »
- « Avez-vous des dents qui bougent ? »
- Le joueur a-t-il des difficultés pour parler ?

Identification du problème

- Un « craquement » indique habituellement une fracture.
- Les fractures de la partie inférieure de la face ou de la mâchoire peuvent léser les voies aériennes et altérer la respiration.
- Un joueur dont la mâchoire est fracturée peut ne pas être en mesure de parler.

Observation

- Y a-t-il un œdème, une rougeur, une déformation, une abrasion, une lacération ?
- Comparez avec l'autre côté – Existe-t-il une différence ?

Exclusion d'un traumatisme grave

- Recherchez des signes de fracture de la face, de traumatisme crânien et de traumatisme rachidien graves (voir chapitre 17).

Palpation (gantée)

- Palpez avec douceur les os de la face à la recherche d'une sensibilité (fracture ?).
- Examinez l'alignement de la mâchoire à la recherche d'une sensibilité ou d'une « marche d'escalier » (pouvant indiquer une fracture).
- Demandez au joueur de serrer les dents pour rechercher un défaut d'alignement. Saisissez les dents du haut entre le pouce et l'index pour vérifier

la présence d'une sensibilité ou d'une instabilité. Recherchez la présence de dents instables.

- Demandez au joueur d'ouvrir la bouche et de vous résister en poussant sa mâchoire de gauche à droite. Une douleur extrême révèle une fracture.
- Vérifiez si la langue du joueur saigne.

Bilan d'aptitude sportive

- Demandez au joueur de gonfler les joues, de sourire et de siffler (voir [figure 12.1](#)).

Que dois-je faire ?**P**arler au joueur

- Rassurez le joueur et expliquez-lui ce que vous êtes en train de faire et pourquoi.
- Les traumatismes bénins (zone orange / verte) peuvent être traités sur le terrain.

Sortir le joueur du terrain de sport

- Ne faites sortir un joueur du terrain qu'en l'absence de risque.
- Sortir le joueur vous permet de réévaluer la situation sur la touche et de prendre une décision en meilleure connaissance de cause et avec moins de pression.
- Lorsqu'une blessure a été identifiée, évaluez si le joueur peut quitter le terrain en toute sécurité sans la pose d'une attelle ou sans assistance.

Prise en charge d'urgence

- Prise en charge d'urgence de l'ABC.
- En cas de suspicion de traumatisme grave, transfert d'urgence à l'hôpital.

Éviter d'aggraver la blessure

- Faites sortir le joueur du terrain pour une évaluation/prise en charge complémentaire.

Traiter le problème**Saignement de la bouche**

- Faire incliner la tête vers l'avant pour faciliter le drainage sanguin.
- Il faut éviter d'avaler du sang, car il peut être cause de vomissements.
- Appliquez une pression ferme sur la région pour stopper le saignement.
- Les lacérations ou les coupures des lèvres devront être examinées par un médecin.

Fracture de la mâchoire

- Appliquez avec douceur une compresse froide pour diminuer la douleur et limiter l'œdème.
- Prise en charge identique à un saignement de la bouche.
- Transférez à l'hôpital.

Dent cassée/avulsée

- Déplacez doucement la dent dans son alvéole – assurez-

vous de ne pas replacer la dent d'arrière en avant.

- Maintenez la dent en place en appliquant une compresse de gaze entre les dents du haut et du bas.
- Demandez au joueur de maintenir la dent fermement en place.
- Envoyez à l'hôpital/chez un dentiste pour une évaluation/prise en charge complémentaire.
- Si vous ne parvenez pas à replacer la dent dans l'alvéole, ne forcez pas ! Conservez-la dans un milieu humide, tel du lait ou une solution saline (ou demandez au joueur de la garder sous la langue). Il est important que le joueur se rende le plus tôt possible à l'hôpital ou chez un dentiste.
- Si le joueur porte un protège-dents, celui-ci peut être utilisé pour maintenir la dent en place.

COUPURES AU VISAGE

Les lacérations atteignant ce qu'on appelle le « triangle dangereux » (figure 12.7) nécessitent toujours d'être examinées par un spécialiste.

Zone rouge

- **Saignement important non stoppé par la compression**
- **Coupures touchant l'orbite**
- **Coupures avec suspicion de fracture sous-jacente**

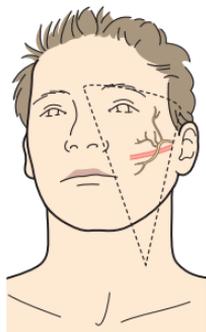


Figure 12.7 Le triangle dangereux.

Zone orange

- Coupures hémorragiques
- Coupures béantes
- Coupures/abrasions contaminées par de la terre, du sable, du gravillon ou tout autre corps étranger
- Coupures au niveau de la zone dangereuse du visage ou du bord de la lèvre
- Coupures impliquant la paupière

Zone verte

- Coupures superficielles, abrasions ou brûlures par frottement

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Est-ce que tout va bien ? »
« Comment est-ce arrivé ? »
- « Où se situe la douleur ? »
« Avez-vous entendu un craquement ? »
- « Ressentez-vous un engourdissement au niveau du visage ? »

- « Est-ce que vous me voyez bien ? »
- « Vos vaccins sont-ils à jour ? »

Identification du problème

- Un engourdissement est habituellement dû à une contusion ou à un nerf sectionné.
- En cas de blessure pénétrante, quelle est sa profondeur probable ?

Observation

- Localisation, longueur et profondeur de la coupure.
- Les bords sont-ils béants ?
- Le saignement est-il important ?
- La coupure est-elle souillée par du sable ou tout autre corps étranger ?
- Y a-t-il un hématome, un œdème ?
- Le visage est-il asymétrique ?

Exclusion d'un traumatisme grave

- Y a-t-il un traumatisme crânien ?
- Un traumatisme rachidien (voir chapitre 17) ?

Palpation (gantée)

- Palpez à la recherche d'une sensibilité autour de la coupure. Pensez-vous qu'il y a une fracture ?

Bilan d'aptitude sportive

- Demandez au joueur de gonfler les joues, de sourire, de siffler, de plisser le front (voir figure 12.1).

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

- Rassurez le joueur et expliquez-lui ce que vous êtes en train de faire et pourquoi.

Sortir le joueur du terrain de sport

- Ne faites sortir un joueur du terrain qu'en l'absence de risque.
- Les traumatismes bénins (de la zone verte) peuvent être traités sur le terrain.
- Sortir le joueur vous permet de réévaluer la situation sur la touche et de prendre une décision en meilleure connaissance de cause et avec moins de pression.
- Évaluez si le joueur peut quitter le terrain en toute sécurité sans assistance.
- Tous les joueurs présentant des coupures hémorragiques doivent quitter le terrain.

Prise en charge d'urgence

- Prise en charge d'urgence de l'ABC.
- Stoppez le saignement par une compression directe.
- En cas de suspicion de traumatisme grave, transfert d'urgence à l'hôpital.

Éviter d'aggraver la blessure

- Faites sortir le joueur du terrain pour une évaluation/prise en charge complémentaire.

Traiter le problème

- Les coupures et les abrasions bénignes, superficielles peuvent être traitées rapidement sur le terrain ou sur la touche. Nettoyez avec une solution saline ou de l'eau courante. Séchez la zone avec une compresse stérile et appliquez des bandes adhésives si nécessaire et/ou de l'Elastoplast®. La vaseline peut permettre de stopper le saignement.
- Si le matériel et les personnels médicaux qualifiés sont disponibles, ces derniers peuvent nettoyer et suturer les coupures.
- Couvrez les coupures avec des pansements stériles.
- Demandez au joueur de rester assis le dos droit, sauf s'il sent qu'il va s'évanouir.
- Les joueurs atteints de coupures dont les bords sont béants et de coupures profondes dans le « triangle dangereux » (voir [figure 12.7](#)), ainsi que de coupures profondes des lèvres et des bords des lèvres doivent être envoyés à l'hôpital.
- Retirez les débris importants en irriguant avec une solution saline ou de l'eau courante.
- Vérifiez que le vaccin antitétanique du joueur est à jour.

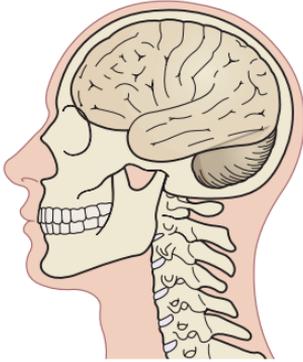


Figure 13.1 Le cou.

Les traumatismes cervicaux se produisent couramment dans les sports de contact, et doivent être traités avec une précaution extrême (figure 13.1).

Zone rouge

- **Fracture**
- **Luxation**
- **Rupture discale**

Zone orange

- **Contusion/claquage musculaire**
- **Plexopathie brachiale**

Zone verte

- **Choc cervical bénin**
- **Entorse cervicale modérée**

Que dois-je vérifier ?

Suivez les étapes décrites ci-après et ne déplacez pas le joueur immédiatement.

Parler au joueur

- « Est-ce que vous m'entendez ? »
Si le joueur est inconscient (**blessure de zone rouge**), consultez le chapitre 5.
- « Où se situe la douleur ? »
- « Avez-vous très mal ? »
- « Pouvez-vous bouger vos quatre membres ? »
- « Pouvez-vous sentir vos quatre membres ? »

Identification du problème

Identifiez l'étendue du traumatisme grâce aux réponses aux questions du paragraphe précédent. Par exemple, le joueur peut se plaindre d'une douleur cervicale et de picotements, ou d'un déficit sensitif.

Observation

- Maintenez le joueur en position couchée, le cou droit.
- Assurez-vous que le joueur respire et observez les mouvements des membres inférieurs.
- Recherchez toute anomalie importante.

Exclusion d'un traumatisme grave

- Le joueur est-il inconscient ou confus ?

- Présente-t-il une faiblesse hémicorporelle ?
- Souffre-t-il d'une céphalée importante ?

En cas de réponse positive à l'une de ces questions : traumatisme crânien grave (**blessure de zone rouge**).

- Le joueur peut-il bouger tous ses membres ?
- La sensibilité est-elle complètement préservée ?

En cas de réponse négative à l'une de ces deux questions : traumatisme rachidien grave (**blessure de zone rouge**).

Recherche de sensibilité à la palpation

- Demandez au joueur de bouger ses quatre membres.
- Palpez légèrement la région lésée. Le joueur ressent-il la palpation ? La région est-elle très douloureuse à la palpation ?
- Pouvez-vous sentir une quelconque déformation dans la région lésée ?

Si le joueur éprouve une douleur minime et qu'il peut bouger ses quatre membres, demandez-lui de déplacer sa tête dans toutes les directions, c'est-à-dire le menton vers chacune des deux épaules, contre le thorax, et les yeux vers le ciel (voir figure 11.5).

Bilan d'aptitude sportive

- Si l'amplitude de mouvements du cou n'est pas totale, il ne doit pas continuer à jouer.

Tableau 13.1 Degré de gravité du traumatisme cervical

	Douleur	Amplitude de mouvement
Zone rouge	+	↓
Zone orange	-	↓
Zone orange	+	-
Zone verte	-	-

- S'il ressent une raideur, il peut être en mesure de continuer à jouer. Procédez à une évaluation à la mi-temps et à la fin du match.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

- Expliquez au joueur ce que vous êtes en train de faire et rassurez-le.

Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité

Voir le chapitre 7.

Transfert d'urgence à l'hôpital – si nécessaire

Suivez les procédures pour protéger le rachis.

Éviter d'aggraver la blessure

Au moindre doute, il est plus sûr de poser un collier cervical et de faire sortir le joueur en toute sécurité du terrain.

Traitement

- Posez le collier comme indiqué aux figures 7.1 à 7.5.

- En cas de traumatisme bénin, appliquez une poche de glace et conseillez au joueur de se reposer.
- Évaluez à nouveau à la mi-temps et à la fin du match.

FRACTURES, LUXATIONS ET RUPTURES DISCALES

Que dois-je vérifier ?

- Paralysie.
- Perte ou altération de la sensibilité.
- Douleur intense.

Que dois-je faire ?

- ABC (voir le chapitre 5).
- Communiquez avec le joueur.
- Ne déplacez pas le joueur.
- Posez un collier cervical et une planche dorsale – il est essentiel que des personnels qualifiés soient

présents pour protéger le cou et positionner le joueur. Voir le chapitre 7.

- Une altération des voies aériennes doit être prise en charge d'urgence – voir le chapitre 5.
- **Prenez des dispositions pour un transfert d'urgence à l'hôpital.**

Si la douleur diminue et que le joueur possède une mobilité complète, il peut reprendre le jeu.

Plexopathie brachiale

La plexopathie brachiale est ressentie comme un choc électrique irradiant dans le bras de haut en bas mais cessant spontanément lorsque la pression n'est plus exercée. Cette affection est généralement récurrente.

CONTUSIONS/CLAQUAGES MUSCULAIRES, PLEXOPATHIE BRACHIALE

Que dois-je vérifier ?

- Le joueur peut-il bouger ses quatre membres ?
- Quel est le degré d'intensité de la douleur ?
- L'amplitude de mouvements du joueur est-elle complète ? Vérifiez-le en lui demandant de tourner le cou dans toutes les directions, comme décrit ci-dessus.

Que dois-je faire ?

- Parlez au joueur et rassurez-le.
- Faites-le sortir en toute sécurité du terrain.
- Posez un collier cervical en cas de doute.
- Appliquez de la glace.

Que dois-je vérifier ?

- Une douleur dans le cou et l'épaule irradiant dans le bras.
- Existe-t-il une sensation de faiblesse dans le bras ou l'épaule ?
- Le joueur ressent-il des fourmillements ou un engourdissement dans le bras ?
- L'amplitude de mouvements est-elle complète ?
- Le mouvement majore-t-il les symptômes ?

Que dois-je faire ?

- Soutenez le cou et faites sortir le joueur en toute sécurité du terrain.
- Faites examiner le joueur par du personnel qualifié.

CHOC CERVICAL ET ÉLONGATION MUSCULAIRE BÉNINS

Que dois-je vérifier ?

- Le joueur ressent-il une douleur cervicale ?
- Ressent-il une perte de force/sensibilité dans les bras ?

- L'amplitude de mouvements est-elle complète ?

Que dois-je faire ?

- Évaluer l'amplitude de mouvements et la douleur (voir figure 11.5).

Si l'amplitude articulaire est conservée et que le joueur ne présente pas de douleur, il peut récupérer et reprendre le jeu.

INTRODUCTION

Les traumatismes du membre supérieur sont très courants dans les sports de contact (par exemple, le rugby, le hockey sur glace) et dans les sports nécessitant de grandes amplitudes de mouvements (par exemple, la gymnastique, le tennis). Ils se produisent principalement après une chute sur une main en extension, ou à la suite d'un coup direct sur le bras.

Les blessures vont de la luxation (de l'épaule, du coude) à la simple entorse ou à la lésion ligamentaire.

Nous avons divisé le bras en trois régions (figure 14.1) :

- région de l'épaule ;
- région du coude ;
- région du poignet et de la main.

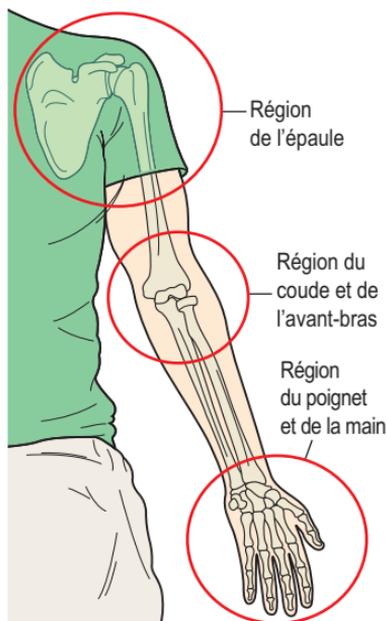


Figure 14.1 Traumatismes du membre supérieur.

INSTRUCTION

- Pensez à sauver la vie avant de sauver le membre.
- Éliminez la présence d'une lésion cervicale.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- Rassurez le joueur.
- Demandez au joueur ce qui s'est passé. Obtenez des détails concernant la blessure.
- « Comment êtes-vous tombé ? »
- « Avez-vous senti/entendu un craquement ? » (Fracture ?)
- « Avez-vous ressenti un claquement ou l'impression d'une élévation musculaire ? »
- « Où se situe la douleur ? »
- « Montrez-moi la zone la plus douloureuse. »
- « La douleur irradie-t-elle, ou est-elle localisée ? »
- « Pouvez-vous bouger votre bras ? »
- « Avez-vous des fourmillements ? »

Identification du problème

- Une douleur importante chez un joueur est généralement signe d'une blessure grave.
- La plupart des blessures du bras sont évidentes.
- Le joueur va montrer la région douloureuse et se plaindre d'une élévation musculaire ou d'un coup reçu.
- Les questions posées sur le mécanisme de survenue du traumatisme vont permettre d'obtenir des indices sur sa nature – par exemple, une

douleur intense de l'épaule après un impact direct.

Observation

- Regardez le bras lésé et comparez-le avec l'autre bras.
- Concentrez-vous sur la région douloureuse !
- Le bras a-t-il l'air différent ? Son apparence est-elle suspecte ? (Fracture ?)
- Le joueur tient-il son bras d'une manière particulière ?
- Existe-t-il une tuméfaction du bras ? Comparez avec le côté sain.
- Vérifiez la présence d'hématomes, d'éraflures ou de saignement manifestes.

Exclusion d'un traumatisme grave

Rappelez-vous : une douleur du bras peut provenir d'un traumatisme cervical.

- « Pouvez-vous bouger les bras ? » (Une réponse négative indique un possible traumatisme cervical ; voir chapitre 13.)
- « Ressentez-vous des fourmillements/un engourdissement dans les bras ? » (Si oui, traitez comme un traumatisme cervical.)
- Pouvez-vous voir l'os transpercer la peau ? (**Blessure de zone rouge**)
- Pouvez-vous voir un saignement important de la plaie ? (**Blessure de zone rouge**)

Recherche de sensibilité à la palpation

- Palpez la zone qui a été lésée.
- Est-elle gonflée ? Est-elle très douloureuse à la palpation ? (Le joueur grimace-t-il de douleur ?)
- Le bras est-il rouge ? Est-il chaud ? (Révélateur d'une inflammation.)
- Sentez-vous quelque chose de cassé ou d'inhabituel ?
- Demandez au joueur de bouger l'articulation.
- Mobilisez l'articulation à la place du joueur. Est-ce très douloureux ?

Bilan d'aptitude sportive

- Si le joueur n'est pas en mesure de mobiliser complètement l'épaule, le coude, le poignet et les doigts sans éprouver de douleur (**blessure de zone orange**), faites-le immédiatement sortir du terrain et poursuivez l'évaluation sur la touche.
- Parfois, la douleur se résorbe rapidement, et le joueur peut réaliser les gestes requis pour le sport pratiqué sans éprouver de gêne.
- Vérifiez les articulations au-dessus et en dessous de la zone lésée.
- Pratiquez des tests spécifiques pour évaluer chaque articulation/muscle.

- Si le joueur peut se tenir debout et effectuer les gestes de base, c'est bon signe. Il s'agit d'une **blessure de zone verte**, et la personne peut continuer à jouer.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

- Rassurez le sportif et expliquez-lui ce qui se passe.

Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité

- En cas de suspicion de traumatisme cervical, il convient de stabiliser le rachis du joueur avant de le transférer.
- En cas de traumatisme du bras, quel qu'il soit, demandez au joueur de sortir du terrain en marchant avec assistance.
- En cas d'autres traumatismes aux jambes, etc., il est conseillé de l'évacuer sur une civière.

Transfert d'urgence à l'hôpital

- Pour tout traumatisme cervical ou rachidien : transfert en ambulance.
- Fractures/luxations : transfert par les modes de transport les plus rapides possibles.

Éviter d'aggraver la blessure

- Immobilisation du bras blessé.
- Assurez-vous de l'absence

de traumatisme cervical ou autre.

- Tout joueur incapable de réaliser les gestes de base court le risque d'aggraver ses lésions et ne doit pas continuer à jouer (**blessure de zone orange**).

Traitement

- Techniques d'immobilisation (figures 14.2 à 14.7).
- Application de glace.
- Application de bandage compressif, si nécessaire.
- Administration d'antalgiques (uniquement par du personnel qualifié).

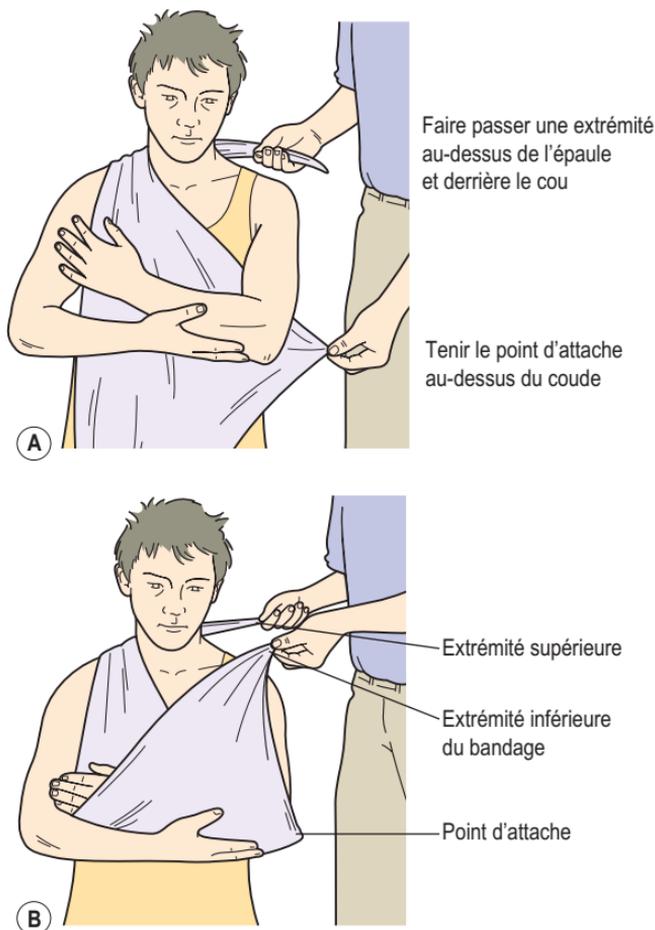
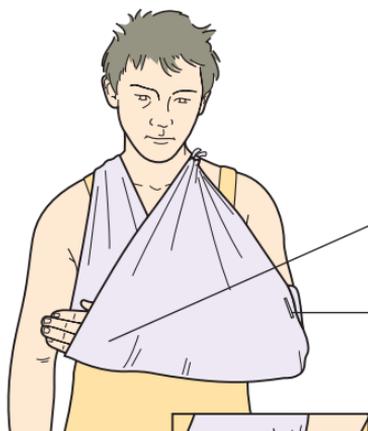


Figure 14.2 Mise en place d'une écharpe de bras.



Serrer le nœud juste au-dessus de la clavicle



S'assurer que l'écharpe soutient l'avant-bras et la main jusqu'au petit doigt

Localisation de la broche à l'avant du coude



Attache en place sans broche

Figure 14.2 Suite.

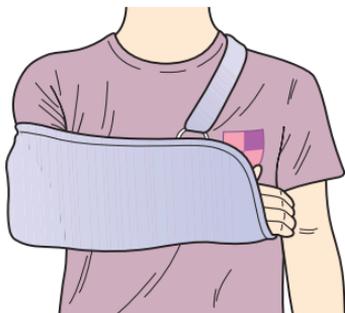


Figure 14.3 Orthèse d'épaule.



Figure 14.4 Attelles improvisées.

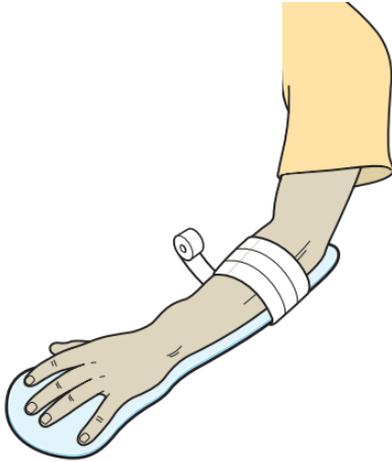


Figure 14.5 Attelle SAM®.



Figure 14.7 Immobilisation en syndactylie.

Zone orange

- **Traumatisme de l'articulation acromioclaviculaire**
- **Plexopathie brachiale**

Fracture de la clavicule (figure 14.8)

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- Rassurez le joueur.

Identification du problème

- Demandez au joueur de montrer la zone douloureuse.
- « Où se situe la douleur ? »
- « Avez-vous entendu un craquement ? »
- « Pouvez-vous bouger votre épaule ? »

Observation

- Déformation de la clavicule.
- Vérifiez si le joueur s'inquiète de ne pouvoir bouger son bras.

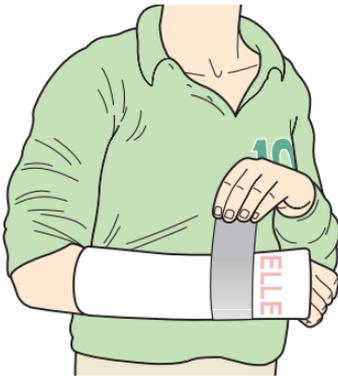


Figure 14.6 Attelle improvisée.
Placez le bras blessé à l'intérieur d'un magazine et fixez-le avec du bandage.

RÉGION DE L'ÉPAULE

Zone rouge

- **Fracture de la clavicule**
- **Luxation de l'épaule**
- **Fracture de l'humérus**

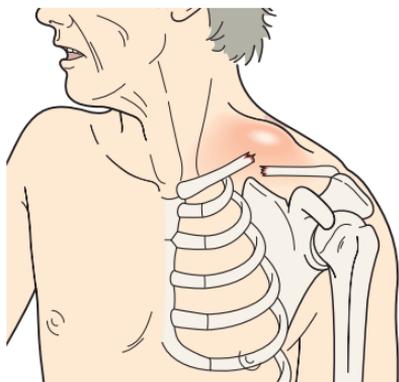


Figure 14.8 Fracture de la clavicule.

Exclusion d'un traumatisme grave

- Traumatisme cervical.

Palpation

- Douleur extrême au toucher léger.
- Il est possible que vous sentiez l'os fracturé à la palpation.

Bilan d'aptitude sportive

- Le joueur ne peut pas bouger l'épaule.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

- Rassurez le joueur.

Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité

- Soutenez le bras blessé.
- Posez une attelle large au bras.

Transfert d'urgence à l'hôpital

- **Transférez le joueur à l'hôpital** (en ambulance) en position assise.

Luxation de l'épaule

(figure 14.9)

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- Rassurez le joueur.
- « Où se situe la douleur ? »
- « Avez-vous entendu un craquement ? »
- « Avez-vous ressenti un déboîtement ? »

Identification du problème

- « Comment est-ce arrivé ? »
- Le joueur décrira sa sensation de déboîtement de l'épaule.
- Le joueur montrera la localisation de la douleur.

Observation

- Déformation de l'épaule.
- Normalement, on retrouve une tuméfaction sur la partie antérieure de l'épaule.
- Vous pourrez ressentir une « marche d'escalier » au niveau de l'articulation de l'épaule.
- Le joueur est anxieux de ne pouvoir bouger son bras.

Exclusion d'un traumatisme grave

- Traumatisme cervical.

Recherche de sensibilité à la palpation

- Douleur extrême au toucher léger.

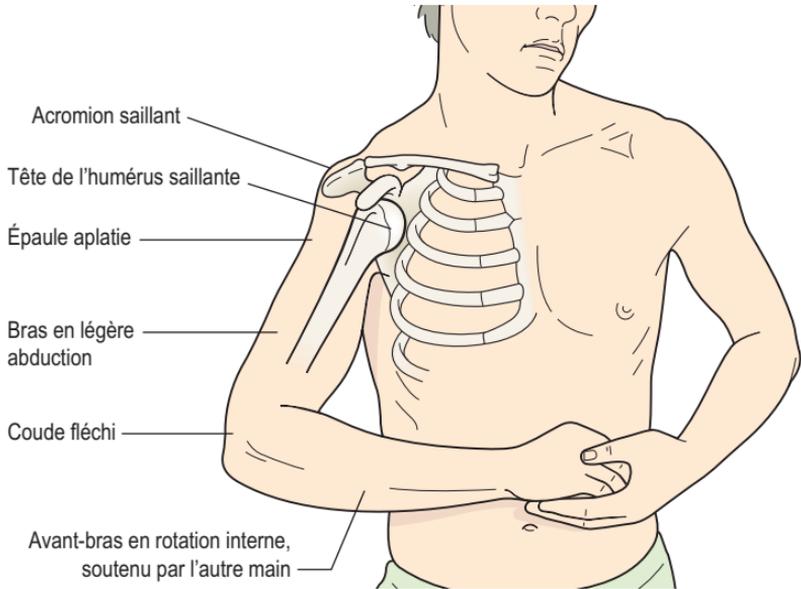


Figure 14.9 Luxation d'épaule.

- Palpez à la recherche d'une « marche d'escalier ». Suivez la clavicule jusqu'à son extrémité. Vous allez remarquer une irrégularité. Comparez avec le côté opposé.

Bilan d'aptitude sportive

- Le joueur ne peut pas bouger l'épaule.

Que dois-je faire ?

- Faites sortir le joueur du terrain en toute sécurité.
- Ne tentez pas de remettre l'épaule en place sur le terrain.
- Soutenez le bras.

- Posez une attelle large au bras.
- **Transférez immédiatement le joueur à l'hôpital**, en position assise, avec soutien d'épaule.

Fracture de l'humérus (figure 14.10)

Un traumatisme à haute énergie est nécessaire pour produire une fracture (par exemple, une course de moto, une chute d'une certaine hauteur, un tacle à très fort impact). La plupart du temps, le sportif sait que le bras est cassé. Il éprouve une douleur intense et a entendu un craquement.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- Rassurez le joueur.
- « Où se situe la douleur ? »
- « Avez-vous entendu un claquement ou un craquement ? »

Identification du problème

- Comment est-ce arrivé ?

Observation

- Déformation du bras.
- Vérifiez la présence d'un saignement (peau déchirée).

Exclusion d'un traumatisme grave

- Traumatisme cervical.

Recherche de sensibilité à la palpation

- Douleur extrême au toucher léger.
- L'os peut faire « pointer » la peau.

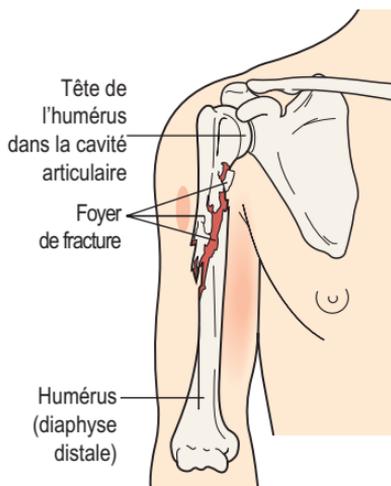


Figure 14.10 Fracture de l'humérus.



- Vérifiez toute faiblesse ou tout engourdissement de la peau.

Bilan d'aptitude sportive

- Le joueur ne peut pas bouger le bras.

Que dois-je faire ?

- Faites sortir le joueur du terrain en toute sécurité.
- Le bras blessé doit être soutenu par une attelle.
- Tout os visible ou toute hémorragie doit être recouvert de gaze stérile.
- **Transférez immédiatement le joueur blessé à l'hôpital.**

Voir le chapitre 10 consacré aux fractures.

Signes d'alerte orange

- Douleur disproportionnée au simple examen.
- Le sportif n'est pas en mesure de mobiliser complètement son bras.
- Diminution de la force du bras.

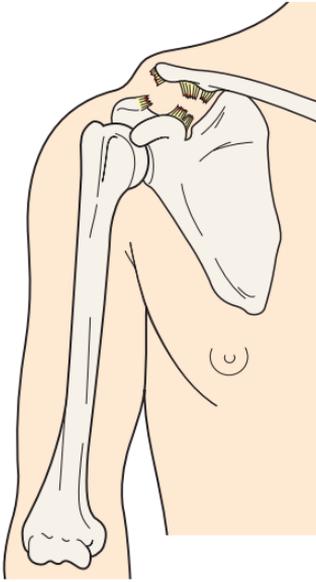


Figure 14.11 Rupture de l'articulation acromioclaviculaire.

Traumatisme de l'articulation acromioclaviculaire

(figure 14.11)

L'articulation acromioclaviculaire est lésée lors d'une chute sur l'épaule, le coude ou le bras en extension. La gravité du traumatisme peut aller d'une douleur légère à une rupture totale de l'articulation.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- Rassurez le joueur.
- « Avez-vous entendu un claquement ou un bruit sec ? »

Identification du problème

- Comment est-ce arrivé ?

Observation

- Vérifiez la présence d'un œdème ou d'une masse dans la région de l'épaule.
- Comparez avec le côté sain.

Exclusion d'un traumatisme grave

Palpation

- Douleur à la palpation au niveau de l'articulation acromioclaviculaire.
- Palpez le long de la clavicle – il est possible de sentir une « marche d'escalier », laquelle sera très sensible. Comparez avec le côté sain.

Bilan d'aptitude sportive

- Observez l'exécution des gestes sportifs de base par l'athlète.

Que dois-je faire ?

- **Mettez fin à la pratique de l'activité sportive.** Posez une attelle au bras blessé.
- Appliquez de la glace sur l'épaule atteinte (figure 14.12).
- Évaluez de nouveau le patient et adressez-le à un médecin du sport pour une évaluation et un traitement complémentaires.
- Voir les figures 14.2 à 14.7 pour les techniques d'immobilisation.



Figure 14.12 Application de glace sur une épaule blessée.

Plexopathie brachiale

Ce traumatisme se rencontre souvent dans les sports de contact (comme le rugby, le hockey sur glace) dans lesquels l'épaule subit des chocs (figure 14.13), ou chez les sportifs aux épaules « laxes ». L'articulation de l'épaule est une articulation sphéroïde où les deux éléments de l'articulation s'emboîtent et peuvent se déboîter en entraînant des picotements et une sensation de « bras mort ». Les joueurs en parlent souvent comme d'un « choc électrique » dans le bras.



Figure 14.13 Joueur de football américain recevant un « choc électrique » à l'épaule lors d'un tackle.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- Rassurez le joueur.
- « Avez-vous des fourmillements dans la main ? »

Identification du problème

- Comment est-ce arrivé ?

Observation

- L'épaule semble normale, identique à l'épaule controlatérale.
- Mouvement limité de l'épaule.

Exclusion d'un traumatisme grave

- « Avez-vous une douleur au cou ? »

Palpation

- Palpez l'épaule – assurez-vous qu'elle n'est pas luxée.
- Demandez au joueur de bouger le cou dans toutes les directions – Ressent-il une douleur ?
- Le joueur peut-il placer le menton contre le thorax, l'oreille contre l'épaule, le menton contre l'épaule ?
- Touchez les doigts du joueur pour vérifier qu'il peut sentir votre contact.

Bilan d'aptitude sportive

- Observez l'exécution des gestes sportifs de base par l'athlète.

Que dois-je faire ?

- Mettez fin à la pratique de l'activité sportive.

- Faites reposer le bras blessé dans une attelle large.
- Appliquez de la glace sur l'épaule atteinte.
- Parfois, les symptômes peuvent s'apaiser et le joueur peut reprendre l'activité.
- Réévaluez le patient et adressez-le à un médecin du sport pour une évaluation et un traitement complémentaires.

Recommandations pour la reprise du jeu

- Le sportif ne doit pas présenter de douleur et l'amplitude de mouvement du bras blessé doit être complète.
- Le sportif doit pouvoir réaliser les gestes de base sans éprouver de douleur.
- Absence de faiblesse du bras blessé.

RÉGION DU COUDE

Zone rouge

- **Luxation du coude**
- **Fracture du coude/ de l'avant-bras**

Zone orange

- **Douleur du coude**
- **Ecchymose importante du coude/de l'avant-bras**

Luxation du coude

(figure 14.14)

La luxation du coude n'est pas un traumatisme courant dans le cadre de la pratique du sport, et se produit surtout dans les sports à impact élevé.

La déformation est évidente et le coude est raide. Le joueur éprouve une douleur extrême et sait que le coude est luxé.

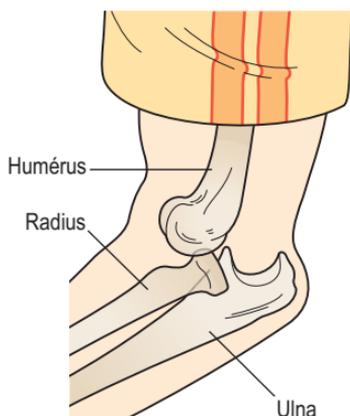


Figure 14.14 Luxation du coude.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- Rassurez le joueur et posez-lui des questions.
- Le joueur saura que son coude est luxé.

Identification du problème

- Comment est-ce arrivé ?

Observation

- Déformation évidente du coude.
- Le joueur s'inquiète de ne pas pouvoir bouger son bras.

Exclusion d'un traumatisme grave

- Traumatisme cervical.

Recherche de sensibilité à la palpation

- Douleur extrême au toucher léger et lors des tentatives pour bouger le coude.

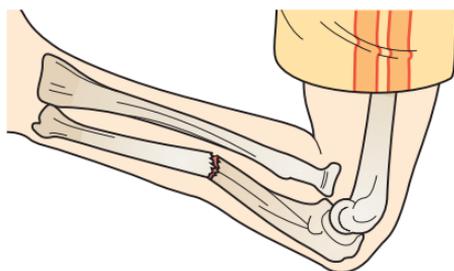


Figure 14.15 Fracture de l'avant-bras.



Que dois-je faire ?

- Parlez au joueur.
- Faites immédiatement sortir le joueur du terrain.
- Transférez d'urgence à l'hôpital.
- Évitez d'aggraver la blessure.
- **Ne forcez pas sur le coude quelle que soit sa position.**
- Immobilisez le bras.
- Maintenez le coude dans une position antalgique à l'aide d'une attelle ou d'une serviette.

Fracture du coude ou de l'avant-bras (figure 14.15)

Ce type de fracture est le plus susceptible de se produire dans les sports de contact ou les sports mécaniques suite à un choc direct ou à une chute sur le coude fléchi. La déformation peut être évidente dans le cas des fractures de l'avant-bras. Il peut être difficile d'établir la distinction entre une entorse et une fracture du coude.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- Rassurez le joueur et posez-lui des questions.
- « Avez-vous entendu un craquement ? »
- Dans la plupart des cas, le joueur sait que son avant-bras est fracturé.

Identification du problème

- Comment est-ce arrivé ?

Observation

- Déformation évidente de l'avant-bras.
- Le joueur s'inquiète de ne pas pouvoir bouger son coude.
- Vérifiez la présence de toute plaie perforante (fracture ouverte).

Exclusion d'un traumatisme grave

Palpation

- Douleur extrême au toucher léger et lors des tentatives de mouvements du coude.

Que dois-je faire ?

- Nettoyez les plaies et appliquez-y des pansements.
- Immobilisez le coude/l'avant-bras dans une position antalgique.
- Appliquez une attelle – maintenez le bras surélevé dans une attelle (voir les figures 14.2 à 14.6).
- **Envoyez à l'hôpital.**

Signes d'alerte orange

- Douleur disproportionnée au simple examen.
- Le sportif n'est pas en mesure de mobiliser complètement son bras.
- Diminution de la force du bras.

Coude douloureux

Une hyperextension du coude survient lorsque le coude est dirigé vers l'arrière dans une mauvaise position. Ce type de traumatisme se produit plus fréquemment dans les sports de contact comme le rugby ou certains arts martiaux comme le jujitsu. La douleur se déclenche lorsque le coude est plié de force dans une mauvaise position, entraînant des lésions ligamentaires et structurelles.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Où se situe la douleur ? »
- « Votre coude est-il très douloureux ? »
- « Avez-vous l'impression qu'il est déboîté ? »

Identification du problème

- Comment est-ce arrivé

Observation

- Pas de déformation évidente.
- Douleur à la mobilisation du coude.

Exclusion d'un traumatisme grave

Recherche de sensibilité à la palpation

- Le coude sera sensible à la palpation.

Bilan d'aptitude sportive

- Le joueur ne sera pas en mesure d'accomplir les gestes de base.

Que dois-je faire ?

- Faites sortir le joueur du terrain. Faites reposer le bras dans une large écharpe (voir [figure 14.2](#)).
- Appliquez de la glace sur le coude blessé.
- Des bandages doivent être appliqués, de préférence par du personnel qualifié, pour éviter de plier davantage le coude.
- Évaluez de nouveau le joueur et adressez-le à un médecin spécialiste pour une évaluation et un traitement complémentaires.

Ecchymose importante du coude/de l'avant-bras

Les ecchymoses dans la région du bras et de l'avant-bras sont relativement courantes dans les sports de contact suite à un choc direct. Une grande ecchymose, douloureuse et œdémateuse, qui se développe en 30 minutes peut révéler un traumatisme plus grave.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Où se situe la douleur ? »
- « Votre coude est-il très douloureux ? »
- « Pouvez-vous bouger les doigts ? Est-ce douloureux ? »

Identification du problème

- Comment est-ce arrivé ?

Observation

- Observez l'ecchymose ; couleur rouge à bleu.
- Observez l'œdème.

Exclusion d'un traumatisme grave

- Vérifiez l'absence de blessures plus graves, comme une luxation du coude ou une fracture de l'avant-bras.

Recherche de sensibilité à la palpation

- Douleur palpatoire.

Bilan d'aptitude sportive

- Le joueur ne sera pas en mesure d'accomplir les gestes de base.

Que dois-je faire ?

- Faites sortir le joueur du terrain. Faites reposer l'avant-bras contusionné dans une écharpe.
- Appliquez de la glace sur l'avant-bras atteint.
- Évaluez de nouveau le joueur et adressez-le à un médecin spécialiste pour une évaluation et un traitement complémentaires.

Recommandations pour la reprise du jeu

- Le sportif ne doit pas présenter de douleur et l'amplitude de mouvement du bras blessé doit être complète.
- Le sportif doit pouvoir réaliser les gestes de base sans éprouver de douleur.
- Absence de faiblesse du bras blessé.

RÉGION DU POIGNET ET DE LA MAIN

Zone rouge

- **Fracture du poignet**

Zone orange

- **Luxation digitale**
- **Doigt en maillet (*mallet finger*)**

Fracture du poignet (figure 14.16)

Les fractures du poignet sont fréquentes dans les sports de contact. Elles sont souvent dues à une chute sur un bras tendu, ou à un choc direct sur le poignet.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Où se situe la douleur ? »
- « Votre poignet est-il très douloureux ? »



Figure 14.16 Fracture du poignet.

- « Pouvez-vous bouger les doigts? Est-ce douloureux? »
- « Ressentez-vous des fourmillements dans les doigts? »

Identification du problème

- Comment est-ce arrivé?

Observation

- Déformation évidente (en « dos de fourchette ») dans certains cas.
- Observez l'œdème.

Exclusion d'un traumatisme grave

Recherche de sensibilité à la palpation

- Douleur du poignet au toucher/à la palpation.

Bilan d'aptitude sportive

- Douleur à la mobilisation du poignet.
- Le joueur n'est pas en mesure d'accomplir les gestes de base.

Que dois-je faire?

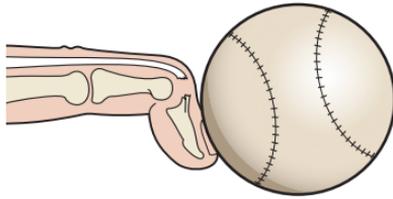
- Faites sortir le joueur du terrain. Faites reposer le poignet porteur d'ecchymose dans une écharpe.
- Appliquez de la glace sur le poignet atteint.



- Envoyez le joueur à l'hôpital (en ambulance) en position assise, avec l'épaule en écharpe.
- Voir les figures 14.2 à 14.6 pour les techniques d'immobilisation.

Luxation digitale (figure 14.17)

Ce traumatisme se produit au cours de nombreux événements sportifs. Il est très douloureux. Pour un sauveteur bien formé, il est souvent relativement facile de remettre un doigt en place (de le « réduire »), et de soulager ainsi rapidement la personne blessée.



A



B

Figure 14.17 Luxation d'un doigt.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- Rassurez le joueur.
- Expliquez ce que vous voulez faire (remettre le doigt en place – voir ci-après).

Identification du problème

- Comment est-ce arrivé ?

Observation

- Déformation évidente.

Exclusion d'un traumatisme grave

Recherche de sensibilité à la palpation

Bilan d'aptitude sportive

Que dois-je faire ?

- Faites sortir le joueur du terrain.
- Immobilisez le doigt douloureux (voir [figure 14.7](#)).
- Envoyez le joueur à l'hôpital.

Remise en place du doigt (par une personne qualifiée)

1. Expliquez chaque étape au joueur et rassurez-le.
2. Maintenez fermement le doigt avec les deux mains, en le fixant dans une position légèrement fléchiée. Procédez en plaçant une main sous la base de l'articulation luxée, et l'autre main à l'extrémité du doigt.
3. Tirez doucement sur l'extrémité du doigt dans l'axe osseux normal, comme si vous tentiez de l'allonger en suivant une ligne droite. Simultanément, poussez vers l'arrière avec votre autre main pour remettre l'articulation en place.
4. Immobilisez le doigt en l'attachant au doigt adjacent avec du ruban, et en

rembourrant l'attelle avec un tampon de gaze entre les deux doigts. Ne mettez pas de ruban directement sur l'articulation.

5. **Adressez le joueur à l'hôpital** pour une radiographie, un traitement complémentaire et la mise en place d'un suivi.



Doigt en maillet (figure 14.18)

Ce traumatisme est très courant dans les sports de ballon. Il est dû à l'impact direct du ballon sur l'extrémité digitale, ou à l'accroc du doigt dans un maillot.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Que s'est-il passé ? »
- « Où le ballon a-t-il atterri ? »
- « Avez-vous entendu ou senti un claquement ? »

Identification du problème

- Le problème doit être évident !

Observation

- Regardez le doigt latéralement. Comparez avec le même doigt de la main controlatérale. Le doigt blessé pendra au-dessus de l'articulation. Le joueur sera incapable de redresser la dernière articulation digitale.

Exclusion d'un traumatisme grave

Palpation (gantée)

- Palpez l'articulation – elle sera sensible et gonflée.
- Palpez les autres articulations à la recherche de toute zone sensible.

Bilan d'aptitude sportive

Que dois-je faire ?

- Faites sortir le joueur du terrain.
- Immobilisez le doigt douloureux avec une attelle pour le maintenir rectiligne (figure 14.19) – le bâton d'une sucette peut être très pratique !
- **Envoyez le joueur à l'hôpital pour une radiographie et un suivi médical.**

La dernière articulation gonfle et l'extension complète du doigt n'est plus possible

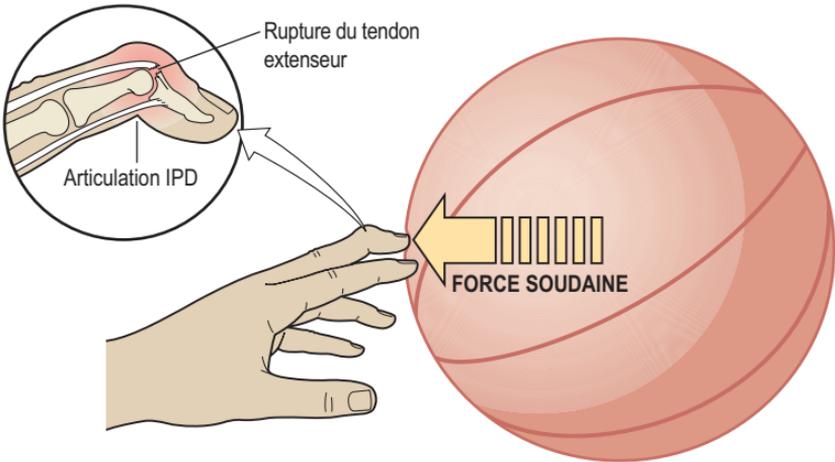


Figure 14.18 Doigt en maillet.

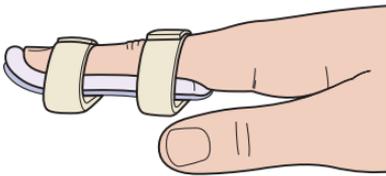


Figure 14.19 Doigt en maillet avec attelle.

présenter une articulation gonflée pouvant être assez douloureuse. Le plus important est d'observer le doigt et de le comparer aux autres :

- Le doigt est-il d'apparence normale ?
- Est-il droit ?
- Le joueur peut-il bouger son doigt ?

Si c'est le cas, il peut continuer à jouer. Il est souvent conseillé d'attacher deux doigts ensemble (figure 14.7), la poursuite du jeu étant ainsi facilitée. Évaluez le joueur après le jeu.

Recommandations pour la reprise du jeu

Dans la plupart des cas de traumatismes digitaux, le remplacement de joueurs n'est pas nécessaire. Ceux-ci peuvent

INTRODUCTION

Trois principaux scénarios peuvent se produire :

- «Je ne peux pas respirer – Je n'ai pas reçu de coup !» (figure 15.1)
- «J'ai une douleur dans la poitrine – Je n'ai pas reçu de coup !» (figure 15.2)
- «Je ne peux pas respirer et j'ai une douleur dans la poitrine – J'ai reçu un coup !» (figure 15.3)



Figure 15.1 Soudaine difficulté respiratoire – absence de traumatisme !

Figure 15.2 Douleur thoracique – absence de traumatisme !



Figure 15.3 « Je ne peux pas respirer et je ressens une douleur dans la poitrine – J'ai reçu un coup ! »

APPROCHE DU JOUEUR PRÉSENTANT DES PROBLÈMES RESPIRATOIRES/ THORACIQUES

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Pouvez-vous me dire ce qui s'est passé ? »
 - « Avez-vous reçu un coup ? »
- « Ressentez-vous une douleur ? »
 - « Où se situe la douleur ? »
 - « La douleur irradie-t-elle ailleurs ? »
 - « S'aggrave-t-elle en respirant ? »
 - « Vous sentez-vous essoufflé ? »
- « Est-ce cela vous est déjà arrivé ? »
- « Avez-vous des problèmes respiratoires ? »
 - « Êtes-vous asthmatique ? »
- « Avez-vous des problèmes cardiaques ? »
- « Prenez-vous des médicaments ? »

Identification du problème

- Le mécanisme de survenue du traumatisme vous donnera un bon indice sur la cause du problème.
- En parlant avec le joueur, vous pouvez obtenir une bonne

indication du degré de gravité du problème.

Si le joueur ne parvient pas à parler ou s'il est extrêmement essoufflé, il s'agit d'une affection grave (**blesseur de zone rouge**) – consultez le chapitre 5.

- En cas de contact – « j'ai reçu un coup » – : il s'agit très certainement d'une lésion musculaire ou osseuse.
- En l'absence de contact – « je n'ai pas reçu de coup » – : ATTENTION, il peut s'agir d'une pathologie respiratoire ou cardiaque. Soyez très prudent !
- Le siège de la douleur vous donnera une indication étiologique.
 - Douleur thoracique centrale – derrière le sternum – : probablement d'origine cardiaque ou pulmonaire, mais peut aussi être d'origine stomacale ou anxieuse.
 - Douleur d'un côté de la cage thoracique : certainement d'origine pulmonaire.
- Type de douleur
 - Douleur constrictive – constante, rebelle – : probablement d'origine cardiaque.
 - Douleur à la respiration : probablement d'origine cardiaque ou costale.

- La douleur irradie-t-elle ailleurs ?
 - Douleur qui irradie dans le bras gauche ou la mâchoire : **pensez toujours à un accident cardiaque !**
 - Une constriction thoracique irradiant vers le rachis peut être d'origine pulmonaire ou cardiaque – **attention !**
- Autres pathologies ou médicaments.
 - Il est très important de savoir si le joueur est porteur d'une pathologie.
 - Déterminez s'il prend des médicaments – le joueur peut les avoir sur lui et le traitement peut s'avérer très bénéfique



INFORMATION

Signes et symptômes de « problèmes respiratoires »

- Respiration profonde rapide
 - Respiration bruyante
 - Battement des ailes du nez
 - Vertige ou sensation ébrieuse
 - Anxiété ou confusion
 - Souffrance musculaire – cou, face, thorax, abdomen
 - Peau cyanosée – lèvres, visage
 - Engourdissement ou picotement – mains/pieds
 - Spasme des doigts et des orteils
- Si le joueur présente l'un des problèmes énumérés ci-dessus, mettez en place un traitement d'urgence – voir le chapitre 5.

Observation

- Observez l'aspect général du joueur, sa posture, sa faculté respiratoire et son élocution.

Exclusion d'un traumatisme grave

Problème des voies respiratoires ou arrêt respiratoire (zone rouge) :

- Si le joueur peut parler sans difficulté, les voies aériennes sont probablement normales.
- Déterminez si le joueur peut respirer sans assistance.
- Si le joueur n'est pas en mesure de parler, vérifiez les voies aériennes – **consultez immédiatement** le chapitre 5.

Recherche de sensibilité à la palpation

- Recherchez une zone de douleur à la palpation du thorax.
- Placez vos mains des deux côtés de la paroi thoracique pour vérifier leur symétrie à chaque inspiration.
- Palpez les voies respiratoires pour vous assurer qu'elles sont bien dans la ligne médiane du cou.
- En cas de localisation d'une blessure, palpez les côtes à la recherche d'une fracture ou d'une anomalie – en leur présence, il s'agit d'une **blessure de zone rouge**.

Bilan d'aptitude sportive

- Évaluez la capacité respiratoire du joueur pendant l'effort, de préférence en dehors du terrain.

- Un joueur continuant à éprouver une gêne respiratoire, en l'absence d'un simple essoufflement (ou sensation d'être « hors d'haleine »), doit sortir du terrain pour une évaluation complémentaire.

Si un problème respiratoire a été identifié, faites immédiatement sortir le joueur du terrain.

Que dois-je faire ?

Un joueur atteint d'un problème respiratoire grave ou d'un traumatisme thoracique doit immédiatement quitter le terrain pour être évalué et traité. Il s'agit de **blessures de zone rouge** jusqu'à preuve du contraire !

Parler au joueur

- Rassurez le joueur, expliquez-lui ce qui se passe.
- Agissez avec calme et assurance.
- Lorsque vous parlez avec le joueur, évaluez sa capacité respiratoire.

Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité

- Le joueur doit sortir du terrain en marchant en étant assisté.
- Si le joueur présente une blessure grave, il doit être transporté sur une civière.

Transfert d'urgence à l'hôpital

- Tout joueur atteint d'un traumatisme thoracique grave doit être le plus tôt

possible transféré à l'hôpital en ambulance, si disponible, ou par tout autre mode de transport.

Éviter d'aggraver la blessure

- Éloignez le joueur de tout environnement qui pourrait aggraver le problème respiratoire, par exemple fumée, air froid, brouillard.
- L'état du joueur doit faire l'objet d'une évaluation continue.
- **Ne laissez pas le joueur seul.**

Traitement

- Laissez le joueur se reposer dans un environnement calme.
- Placez le joueur en position assise. Un joueur pouvant se soutenir sur ses avant-bras en position assise facilitera ses efforts durant l'expansion de la cage thoracique.
- Continuez de parler au joueur.
 - Si le joueur s'arrête de parler ou n'en est plus capable, vérifiez que les voies aériennes sont dégagées.
 - En cas de doute à tout moment, consultez le chapitre 5.
- Administrez de l'oxygène, si disponible.
- Administrez au joueur des médicaments – agoniste bêta-adrénergique en inhalateur (salbutamol, etc.) – s'il a l'habitude d'en prendre (figure 15.4).



Figure 15.4 Prise d'un agoniste bêta-adrénergique en inhalateur.

- Couvrez le joueur pour conserver la chaleur corporelle.
- Continuez de surveiller le joueur et apportez-lui un soutien affectif.



INFORMATION

Une respiration adaptée = « Une respiration suffisante pour maintenir la vie »

- Respiration sans gêne et sans effort
- Capable d'élocution en construisant des phrases complètes
- Fréquence respiratoire normale (12 à 20 cycles par minute)

« JE NE PEUX PAS RESPIRER – JE N'AI PAS REÇU DE COUP »

Zone rouge

- **Crise d'asthme aiguë**
- **Anaphylaxie**

- **Collapsus pulmonaire (pneumothorax spontané) (figure 15.1)**
- **Épiglottite**

Zone orange

- **Crise d'asthme de gravité moyenne ou modérée**
- **Infection pulmonaire/ « mauvaise toux »**
- **Hyperventilation**

Zone verte

- **Sportif en méforme**

Crise d'asthme aiguë

L'asthme d'effort est très courant. La crise d'asthme survient généralement dans les 5 à 10 premières minutes suivant le début de l'effort, ou dans les 5 à 10 minutes après l'effort, et peut durer jusqu'à 30 minutes. Les signes d'une crise d'asthme sont une respiration rapide et difficile, une toux, un *wheezing* (respiration sifflante) et une constriction thoracique. Une crise d'asthme peut être grave, voire engager le pronostic vital. Jusqu'à 10 à 20 % de l'ensemble des sportifs seront atteints d'une forme ou d'une autre de crise d'asthme lors de la pratique de leur activité dans un environnement froid et sec (par exemple, ski de fond, hockey sur glace).

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Que s'est-il passé ? »

- « Avez-vous reçu un coup ? »
- « Avez-vous des difficultés pour respirer ? »
- « Souffrez-vous d'asthme ? »
 - « Où se trouve votre inhalateur ? »
- « Ressentez-vous une douleur ? »
- « Avez-vous mal en inspirant profondément ? »

Identification du problème

Déterminez la gravité de la crise en discutant avec le joueur.

- Un joueur très essoufflé, incapable de parler, extrêmement agité ou qui panique présente probablement une crise aiguë. Il doit se calmer, prendre son traitement et être envoyé à l'hôpital.

Observation

- Observez la façon de respirer du joueur.
 - Le joueur est angoissé et manifestement en détresse respiratoire.
 - Le joueur respire rapidement (fréquence rapide) – inspiration facile et expiration forcée, bruyante (*wheezing*).
 - Le joueur utilise d'autres muscles pour respirer – respiration abdominale, distension des muscles du cou et creusement des joues).
- La peau du joueur peut bleuir, particulièrement autour des lèvres.

Exclusion d'un traumatisme grave

- Assurez-vous que les voies aériennes sont dégagées.
- Assurez-vous que le joueur est en mesure de parler.

En cas d'obstruction des voies aériennes, ou bien si le joueur ne peut plus respirer, consultez immédiatement le chapitre 5.

Bilan d'aptitude sportive

Si le joueur a subi un traumatisme thoracique, il est conseillé de le faire cesser de jouer. Seuls les joueurs atteints de traumatismes bénins devraient être autorisés à reprendre l'activité.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

Les difficultés respiratoires et les douleurs thoraciques entraînent une anxiété et une détresse intenses.

- Agissez avec calme et assurance – la tension et l'anxiété majorent une crise d'asthme.
- Tentez de faire en sorte que le joueur se concentre pour calmer et contrôler sa respiration.

Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité

Éviter d'aggraver la blessure

- L'arrêt de l'activité va diminuer la contrainte exercée sur le cœur et les poumons.
- Éloignez le joueur de tout environnement qui pourrait engendrer des difficultés

respiratoires, par exemple, l'air froid et sec, le brouillard.

Transfert d'urgence

- Appelez les secours si nécessaire.

Traitement

- Administrez de l'oxygène.
- Placez le joueur en position assise.
- Tentez de lui faire prendre des bouffées d'un inhalateur – salbutamol ou équivalent (figure 15.4).
- Envoyez le joueur à l'hôpital en ambulance ou, en cas d'indisponibilité, par le mode de transport le plus rapide.
- Encouragez le joueur à respirer profondément et lentement.

Ne laissez pas le joueur sans assistance !

Anaphylaxie/choc anaphylactique (voir aussi chapitre 6)

L'anaphylaxie est une réaction allergique extrême pouvant menacer le pronostic vital. Elle peut être associée à un prurit généralisé ainsi qu'aux mêmes signes et symptômes que l'asthme. Bien que rarement, les sportifs peuvent présenter une réaction anaphylactique à une substance – un allergène. Elle peut être due à l'ingestion de certaines noix, à des piqûres d'insectes, à la prise d'antibiotiques, etc.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- Assurez-vous que le joueur peut parler ! Un joueur qui ne peut pas parler est révélateur d'un œdème des voies respiratoires. Il s'agit d'une pathologie de **zone rouge** – consultez immédiatement le chapitre 5.
- « Que s'est-il passé ? »
- « Avez-vous des difficultés pour respirer ? »
- « Avez-vous été piqué par quelque chose ? »
- « Avez-vous mangé quelque chose d'inhabituel ? »
- « Avez-vous des allergies ? »
- « Ressentez-vous des démangeaisons ? »
- « Cela vous est-il déjà arrivé ? »
- « Prenez-vous des médicaments ? »

Identification du problème

- Les réactions anaphylactiques ne sont pas toujours très évidentes.
 - Le joueur se plaindra souvent d'une sensation de grande chaleur et de gêne.
 - Il peut se plaindre d'un œdème et se sentir congestionné.
- Il est souvent agité et irritable.

Observation

- Le joueur peut être angoissé – il peut s'agir de détresse respiratoire.

- Sa respiration peut être bruyante ou « sifflante ».
- S'il présente un prurit ou une douleur cutanée, vérifiez la présence d'une piqûre d'insecte ou d'un érythème.
- Parfois, l'érythème est situé sur le thorax ou le dos du joueur et difficilement visible. Faites-le sortir du terrain et vérifiez ces régions s'il se plaint de démangeaisons.
- Recherchez sur la peau la présence de papule, de rougeur, de tache, de vésicule ou d'œdème.

Exclusion d'un traumatisme grave

- Assurez-vous que les voies aériennes sont dégagées.

Recherche de sensibilité à la palpation

- Touchez le front du joueur pour déterminer s'il a de la fièvre.
- Palpez toute zone de la peau provoquant des démangeaisons.
 - Recherchez un œdème.
 - Recherchez toute élévation cutanée pouvant indiquer un érythème.
- Palpez sous l'angle de la mâchoire pour vérifier la présence d'un œdème glandulaire.
- Si une piqûre est mise en évidence, le « dard » peut parfois être senti – attention à ne pas vous piquer !

Bilan d'aptitude sportive

Le joueur n'est pas capable de continuer une activité physique.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

Agissez avec calme et assurance – la tension et l'anxiété aggravent les difficultés respiratoires.

Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité

Transfert d'urgence

- Appelez les secours.

Éviter d'aggraver la blessure

- L'arrêt de l'activité va diminuer la contrainte exercée sur le cœur et les poumons.
- Éloignez le joueur de tout environnement pouvant engendrer des difficultés respiratoires, par exemple l'air froid et sec, le brouillard.
- Éliminez l'allergène (par exemple, le dard d'une piqûre d'insecte) – prenez soin de ne pas vous blesser !

Traitement

En fonction de la gravité de la réaction anaphylactique, traitez comme suit.

- Si le joueur présente des difficultés respiratoires, un érythème généralisé et des lèvres enflées :
 - Appelez les secours.
 - Administrez au joueur de l'oxygène, si disponible.

- Administrez de l'adrénaline injectable, si disponible (voir figure 6.3).
- Réévaluez fréquemment – si le joueur cesse de parler ou en cas d'obstruction des voies aériennes, consultez immédiatement le chapitre 5.
- Face à un joueur présentant une réaction anaphylactique mais pas de difficultés respiratoires :
 - Placez le joueur en position assise.
 - Administrez un antihistaminique, si disponible.
 - Observez le joueur toutes les 15 minutes.



INFORMATION

Morsures et piqûres d'insectes

- L'œdème provoqué par une piqûre d'insecte peut être spectaculaire et effrayant.
- Le dard d'une abeille restant logé dans la peau, l'injection de venin peut persister 20 minutes après l'envol de l'abeille.
- Vous devez tenter de retirer doucement le dard fixé dans la peau ou le muscle en grattant la peau avec le bord tranchant et rigide d'un objet comme une carte de crédit.
- **Ne laissez pas le joueur sans assistance.**

Collapsus pulmonaire (pneumothorax spontané)

Un pneumothorax spontané est défini par la présence d'air dans l'espace pleural avec pour conséquence un collapsus du poumon (figure 15.5). « Spontané » signifie qu'il n'existe pas de traumatisme thoracique ou pulmonaire. Il se produit habituellement chez des hommes grands et minces, âgés de 20 à 40 ans. La compétition en haute altitude peut constituer un facteur favorisant. **Les symptômes débutent souvent soudainement et peuvent apparaître au cours de l'effort comme au repos. Il s'agit d'une affection menaçant le pronostic vital, et le sportif doit être pris en charge d'urgence par un médecin.**

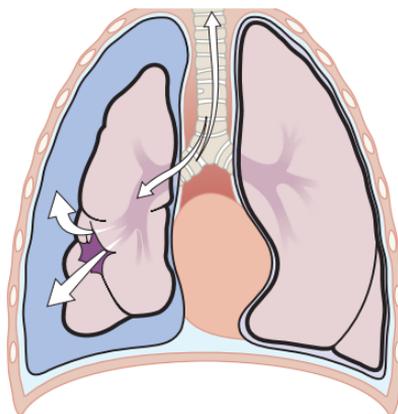


Figure 15.5 Collapsus pulmonaire (pneumothorax spontané).

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Que s'est-il passé ? »
- « Avez-vous des difficultés à respirer ? »
- « Avez-vous reçu un coup ? »
- « Ressentez-vous une douleur au niveau du thorax ? »
- « Où se situe la douleur ? »
- « Avez-vous mal lorsque vous inspirez ? »
- « Est-ce que cela vous est déjà arrivé ? »

Identification du problème

- Le joueur se plaindra d'une douleur vive et la situera d'un côté du thorax.
- La douleur est majorée à l'inspiration profonde.
- Les hommes grands sont plus susceptibles de développer un pneumothorax spontané.
- Ce problème pouvant être récurrent, il est important de déterminer l'existence d'antécédents. Si c'est le cas, le joueur saura tout sur le sujet !

Observation

Observez la façon dont le joueur respire.

- Il peut être angoissé et en détresse respiratoire.
- Observez les mouvements de la cage thoracique – un côté sera fixe en comparaison de l'autre.

- Vérifiez si le joueur utilise d'autres muscles pour respirer – distension des muscles du cou, creusement des joues et ventre rentré, comme si le joueur cherchait à faire entrer plus d'air !
- Vérifiez la présence d'un bleuissement de la peau, en particulier autour des lèvres – indicateur d'un faible taux d'oxygénation du sang.

Exclusion d'un traumatisme grave

- Assurez-vous que les voies aériennes sont dégagées.

Recherche de sensibilité à la palpation

- Palpez la trachée du joueur. Dans les cas graves, celle-ci n'est pas dans la ligne médiane.
- Palpez des deux côtés du thorax pour vérifier leur symétrie à chaque inspiration. La présence d'un mouvement pulmonaire unilatéral peut être évocateur d'un poumon collabé.

Bilan d'aptitude sportive

Le joueur n'est pas capable de continuer une activité physique.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

Agissez avec calme et assurance – la tension et l'anxiété majorent les difficultés respiratoires.

Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité

Transfert d'urgence

- Appelez les secours.

Éviter d'aggraver la blessure

- L'arrêt de l'activité va diminuer la contrainte exercée sur le cœur et les poumons.
- Éloignez le joueur de tout environnement pouvant engendrer des difficultés respiratoires, par exemple l'air froid et sec, le brouillard.

Traitement

- Placez le joueur en position assise.
- Administrez de l'oxygène.
- Faites appel à une assistance médicale.
- L'importante accumulation d'air comprimant les poumons nécessite la pose d'un drain thoracique; donc **envoyez d'urgence à l'hôpital**.
- Un médecin peut tenter de décompresser le poumon par l'insertion d'une aiguille thoracique. Ce geste ne doit pas être pratiqué par une personne sans expérience antérieure !

Épiglottite

L'épiglottite est une affection inflammatoire du cartilage recouvrant la trachée. Elle est plus fréquente chez les enfants,

mais peut affecter des adultes normaux, bien que rarement. Elle peut facilement être négligée du fait de sa rareté. L'épiglotte (lame de cartilage située à l'arrière de la langue et obstruant la trachée lors de la déglutition) gonfle et peut obstruer la respiration. Avec l'œdème de l'épiglotte, la détresse respiratoire augmente rapidement. Cette pathologie qui engage le pronostic vital débute par une fièvre et un mal de gorge.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « **Que s'est-il passé ?** »
- « **Avez-vous des difficultés à respirer ?** »
- « **Avez-vous mal à la gorge ?** »
- « **Vous sentez-vous vraiment mal ?** »
- « **Avez-vous chaud et êtes-vous en sueur ?** »
- « **Est-ce que cela vous est déjà arrivé ?** »

Identification du problème

- Cette affection est plus courante chez les enfants.
- Le joueur aura souvent de la fièvre et un mal de gorge.
- Le joueur peut indiquer se sentir fiévreux – avoir chaud et être gêné –, et non simplement avoir chaud et être en sueur comme à la suite d'un effort.

Observation

Observez la façon dont le joueur respire.

- Le joueur sera angoissé, en détresse respiratoire, et son essoufflement augmentera progressivement.
- D'autres muscles respiratoires pourront être recrutés muscles du cou et de la face – battement des ailes du nez.
- La peau du joueur pourra bleuir, en particulier autour des lèvres.

Exclusion d'un traumatisme grave

- Assurez-vous que les voies aériennes sont ouvertes et que rien ne les obstrue.
- Si le joueur ne parvient plus à parler ou si ses difficultés respiratoires augmentent, consultez immédiatement le chapitre 5.

Bilan d'aptitude sportive

Le joueur n'est pas capable de continuer une activité physique.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

Agissez avec calme et assurance – la tension et l'anxiété majorent les difficultés respiratoires.

Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité

Transfert d'urgence

- Appelez les secours.

Éviter d'aggraver la blessure

- L'arrêt de l'activité va diminuer la contrainte exercée sur le cœur et les poumons.
- Éloignez le joueur de tout environnement qui pourrait engendrer des difficultés respiratoires, par exemple l'air froid et sec, le brouillard.

Traitement

- Faites appel à une assistance médicale.
- Placez le joueur en position droite.
- Encouragez-le à respirer profondément et lentement.
- Administrez de l'oxygène.
- **Ne tentez pas** de libérer les voies aériennes en enfonçant un quelconque objet dans la gorge. Cela pourrait augmenter l'œdème des voies aériennes et aggraver le problème.
- **Envoyez d'urgence le joueur à l'hôpital en ambulance.**
- **Ne laissez pas le joueur sans assistance !**

Crise d'asthme de gravité moyenne ou modérée

Les crises d'asthme sont courantes durant les activités sportives. Heureusement, la plupart des crises sont de gravité moyenne ou modérée,

et le joueur peut reprendre le jeu après avoir reçu un traitement léger.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Que s'est-il passé ? »
- « Avez-vous reçu un coup ? »
- « Avez-vous des difficultés à respirer ? »
- « Avez-vous de l'asthme ? »
 - « Où se trouve votre inhalateur ? »
- « Ressentez-vous une douleur ? »
- « Avez-vous mal à l'inspiration profonde ? »

Identification du problème

Évaluez la gravité de la crise en parlant avec le joueur.

- Un joueur très essoufflé, incapable de parler, extrêmement agité ou qui panique souffre probablement d'une crise aiguë. Il doit se calmer, prendre ses médicaments et être adressé à l'hôpital.
- Un joueur souffrant d'une crise modérée doit être en mesure de parler en construisant des phrases, mais il se plaindra d'une certaine constriction thoracique.
- Les joueurs asthmatiques sont souvent habitués à la sensation de début de crise, et recherchent fréquemment leur inhalateur pour se soulager.

Observation

Observez la façon dont le joueur respire.

- Le joueur est légèrement essoufflé et quelque peu agité.
- Sa respiration est assez difficile, et la fréquence respiratoire est élevée.

Exclusion d'un traumatisme grave

- Assurez-vous que les voies aériennes sont dégagées.
- Assurez-vous que le joueur est en mesure de parler, et gardez-le sous étroite surveillance afin de déceler toute aggravation de son état.

Recherche de sensibilité à la palpation

- Placez vos mains sur la paroi thoracique pour sentir ses mouvements.
- Assurez-vous que les mouvements sont identiques des deux côtés.

Bilan d'aptitude sportive

Le joueur devrait être capable de reprendre l'activité une fois son état respiratoire amélioré.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

- Agissez avec calme et assurance – la tension et l'anxiété majorent une crise d'asthme.

Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité – si nécessaire

Transfert d'urgence à l'hôpital
Nécessaire uniquement si l'état
du joueur s'aggrave.

Éviter d'aggraver la blessure

- L'arrêt de l'activité va diminuer la contrainte exercée sur le cœur et les poumons.
- Éloignez le joueur de tout environnement qui pourrait engendrer des difficultés respiratoires, par exemple l'air froid et sec, le brouillard.

Traitement

En fonction de la gravité de la crise (déterminée par la capacité d'élocution), traitez comme suit.

- Joueur présentant un *wheezing* évident/des difficultés à construire des phrases complètes :
 - Faites sortir temporairement le joueur sur la touche.
 - Placez-le en position assise.
 - Donnez-lui son inhalateur (figure 15.4).
- Observez le joueur pendant quelques minutes pour voir si son état s'améliore.
- Faites faire au joueur des exercices sur la touche. En l'absence de changement, le joueur peut reprendre le jeu, sous étroite surveillance.

Infection pulmonaire/« mauvaise toux »

L'infection pulmonaire d'un joueur affecte les volumineux conduits respiratoires ou les

plus petits sacs alvéolaires. Les sécrétions s'accumulent dans les poumons et rendent la respiration plus difficile. Il s'essouffle plus facilement dès le début de son activité physique en raison de son incapacité à absorber suffisamment d'oxygène.

Cette affection peut se déclarer durant ou après le jeu.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Que s'est-il passé ? »
- « Avez-vous reçu un coup ? »
- « Avez-vous des difficultés à respirer ? »
- « Toussez-vous ? »
- « Êtes-vous asthmatique ? »
- « Ressentez-vous une douleur ? »
- « Avez-vous chaud ou froid ? »

Identification du problème

- Normalement, le joueur indiquera la présence d'une toux.
- Il se sentira essoufflé.
- Le joueur peut aussi se sentir souffrant, et avoir de la fièvre ou des frissons.

Observation

- Observez la façon dont le joueur respire.
- Écoutez sa respiration – un « sifflement » ou un « crépitement » peut être perçu.
- Le joueur peut présenter une toux, celle-ci pouvant être grasse.

Exclusion d'un traumatisme grave

- Assurez-vous que les voies aériennes sont dégagées.
- Vérifiez qu'il ne s'agit pas d'une crise d'asthme.
- Vérifiez l'absence de réaction anaphylactique.

Recherche de sensibilité à la palpation

- Placez votre main sur le front du joueur pour voir s'il est fiévreux.

Bilan d'aptitude sportive

Le joueur ne doit pas jouer en présence d'une infection pulmonaire.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

- **Agissez avec calme et assurance** – dites au joueur qu'il va s'en sortir.

Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité – si nécessaire

Transfert d'urgence à l'hôpital
Nécessaire **uniquement** si l'état du joueur s'aggrave.

Éviter d'aggraver la blessure

- L'arrêt de l'activité va diminuer la contrainte exercée sur le cœur et les poumons.
- Éloignez le joueur de tout environnement qui pourrait engendrer des difficultés respiratoires, par exemple l'air froid et sec, le brouillard.

Traitement

- Amenez le joueur en dehors du terrain.
- Maintenez-le au chaud.
- Si le joueur tousse :
 - Faites-le asseoir penché en avant.
 - Tapotez-lui doucement le dos pour encourager la remontée des mucosités.
 - Dites-lui de cracher les mucosités.
- Donnez au joueur une grande quantité de liquide à boire.
- Adressez-le à un médecin pour des examens complémentaires et la mise en place d'un traitement.

Hyperventilation

L'hyperventilation est une respiration rapide et superficielle. L'anxiété et le stress en sont les causes les plus fréquentes. On la rencontre couramment chez les joueurs atteints du syndrome de surentraînement, ou avant une compétition importante.

- Cette affection peut survenir avant ou durant une compétition.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Que s'est-il passé ? »
- « Avez-vous reçu un coup ? »

- « Avez-vous des difficultés à respirer ? »
- « Êtes-vous asthmatique ? »
- « Ressentez-vous une douleur ? »
- « Avez-vous des problèmes médicaux ? »
 - « Prenez-vous des médicaments ? »
- « Avez-vous des picotements dans les mains ? »

Identification du problème

- Le joueur va mettre du temps à admettre qu'il est anxieux ou nerveux.
- La chose importante à faire est de s'assurer qu'il ne présente pas d'autre affection ou douleur.
- Le joueur qui s'efforce de contrôler sa respiration peut paraître effrayé ou paniqué.
- Le picotement dans les mains est un effet secondaire de l'hyperventilation.

Observation

- Observez la façon dont le joueur respire.
 - La respiration du joueur est rapide et superficielle.
 - Le joueur peut être anxieux, en détresse, car il s'agit d'une expérience angoissante.
 - Assurez-vous de l'absence de lèvres bleutées.
- Les joueurs peuvent parfois être victimes de « crise de panique ».

- Assurez-vous de la présence de mobilité thoracique à chaque inspiration.

Exclusion d'un traumatisme grave

- Assurez-vous que les voies aériennes sont dégagées.
- Vérifiez qu'il ne s'agit pas d'une crise d'asthme.
- Vérifiez l'absence de crise anaphylactique.

Recherche de sensibilité à la palpation

- Placez votre main sur le front du joueur pour vérifier s'il est fiévreux.
- Palpez le thorax du joueur pour vous assurer que les mouvements sont identiques des deux côtés à chaque inspiration.

Bilan d'aptitude sportive

- Un joueur qui fait une crise de panique ne sera pas en mesure de poursuivre une activité physique, et doit rester sur la touche.
- Dans de nombreux cas, le rétablissement est rapide et, lorsque sa respiration s'est stabilisée, le joueur peut reprendre l'activité.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

- Agissez avec calme et assurance – il est important de montrer que vous prenez le problème en charge. Dites au joueur

de se détendre et de calmer sa respiration.

- L'anxiété ne va faire qu'aggraver la respiration.
- Tentez de faire respirer le joueur en même temps que vous – comptez vos respirations.

Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité – si nécessaire

- En faisant sortir le joueur du terrain, vous pouvez temporairement l'éloigner de la source de son anxiété.
- Conduisez-le dans un endroit calme.

Transfert d'urgence à l'hôpital
Nécessaire uniquement si l'état du joueur s'aggrave.

Éviter d'aggraver la blessure

- L'arrêt de l'activité va diminuer la contrainte exercée sur le cœur et les poumons.
- Éloignez le joueur de tout environnement qui pourrait engendrer des difficultés respiratoires, par exemple l'air froid et sec, le brouillard.

Traitement

- Faites asseoir le joueur sur une chaise, et éloignez tout autre personne de la zone de traitement. Plus le nombre de personnes augmente, plus l'anxiété peut être grande.
- Parlez au joueur, dites-lui ce qui est en train de se passer :

- « Vous devez respirer plus lentement. Plus vous serez tendu, plus vous respirerez vite. »
- « Essayez de vous détendre ! Cela va bientôt passer. Vous ne risquez rien de grave. »
- Maintenez le joueur au chaud.
- Si la respiration du joueur ne se stabilise pas, faites-le respirer dans un sac en papier. En théorie, le fait de réinspirer dans un sac en papier permettra l'échange du dioxyde de carbone « rejeté » pendant l'hyperventilation.
- Si, malgré le traitement, l'état du joueur ne s'améliore pas, faites appel à du personnel médical qualifié.

Joueur en méforme

La méforme est de loin la raison la plus courante des difficultés respiratoires rencontrées par les joueurs. Le manque de condition physique est généralement évident, et les joueurs le reconnaissent, bien que parfois à contrecœur !

Assurez-vous de l'absence de problème sous-jacent tel que l'asthme, en parcourant le questionnaire établi au début du chapitre.

Le seul traitement consiste à retrouver la **forme** !

« J'AI UNE DOULEUR DANS LA POITRINE – JE N'AI PAS REÇU DE COUP ! »

Zone rouge

- **Douleur thoracique d'origine cardiaque**
- **Douleur thoracique d'origine non cardiaque**

Toute douleur thoracique représente une affection potentiellement grave. Bien que la douleur thoracique puisse être cardiaque ou non cardiaque, il est souvent difficile d'établir la distinction. Une personne présentant une douleur dans le thorax sans avoir subi de choc doit être traitée comme si elle était victime d'un accident cardiaque jusqu'à preuve du contraire. Des professionnels médicaux doivent être contactés immédiatement afin de gérer ce scénario.

Douleur thoracique d'origine cardiaque

La douleur thoracique d'origine cardiaque n'est pas courante chez le sportif. La douleur thoracique atraumatique est une urgence médicale. Un joueur de plus de 35 ans ressentant une douleur au thorax sans traumatisme thoracique est davantage susceptible de présenter un

« accident cardiaque ». Il s'agit d'un terme générique désignant une défaillance de l'apport sanguin au muscle cardiaque, endommageant ou détruisant une partie du cœur.

À chaque fois que vous suspectez un accident cardiaque chez un joueur, recherchez l'assistance d'un professionnel médical, ou transférez d'urgence le joueur à l'hôpital.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Que s'est-il passé ? »
- « Avez-vous reçu un coup ? »
- « Avez-vous mal dans la poitrine ? »
- « La douleur irradie-t-elle quelque part ? » (par exemple, la mâchoire, le cou, le bras gauche)
- « Le battement de votre cœur vous semble-t-il inhabituel ? »
- « Avez-vous des problèmes cardiaques ? »
- « Est-ce que cela vous est déjà arrivé ? »
- « Prenez-vous des médicaments ? »
 - « Avez-vous un spray à vaporiser sous la langue ? »
- « Avez-vous des difficultés pour respirer ? »

- « Avez-vous chaud, transpirez-vous ? »
- « Vous sentez-vous nauséux ? »

Identification du problème

- Le joueur a l'air très souffrant et quelque peu en détresse.
- Tenez compte de l'âge du joueur – un accident cardiaque touche de préférence les joueurs de plus de 35 ans.
- Le joueur se plaindra d'avoir chaud et de transpirer, bien plus que normalement en faisant du sport !
- Une douleur irradiant dans le bras gauche, la mâchoire ou le dos est un signe classique de douleur cardiaque.
- Il est important de déterminer si le joueur a des antécédents cardiaques ou s'il est sous médication, en particulier s'il dispose d'un spray de trinitrine.
- Des difficultés respiratoires, des nausées et des vertiges peuvent être associés à une douleur thoracique d'origine cardiaque.
- Le joueur peut se plaindre d'un battement cardiaque irrégulier – palpitations –, de la sensation que son cœur va sortir de la poitrine ! Il peut s'agir d'une arythmie, laquelle peut mettre en jeu le pronostic vital.

Observation



INFORMATION

Signes et symptômes d'un accident cardiaque

- Symptômes précoces : sensation de compression et de brûlure dans la partie supérieure de l'abdomen. À ce stade, les symptômes sont souvent pris à tort pour une indigestion.
- Avec l'aggravation de la crise, la douleur peut se situer derrière le sternum et se déplacer dans le bras ou l'épaule (généralement à gauche). La douleur peut s'étendre dans la main, le cou, la mâchoire, les dents, la partie supérieure du dos ou de l'abdomen.
- La douleur thoracique peut s'accompagner d'autres symptômes suggérant un accident cardiaque : essoufflement, nausées, transpiration et faiblesse.
- La douleur peut diminuer avec l'arrêt de l'effort physique ou par la pulvérisation de spray sublingual par le joueur.

Lorsqu'un joueur présente certains des symptômes décrits dans l'encadré « Information », un accident cardiaque peut être fortement suspecté.

Que vais-je observer ?

- Le joueur agrippe sa poitrine ou se frotte la poitrine.
- Il est en sueur, pâle, sa peau est moite – le joueur est souvent d'aspect « grisâtre ».

- Il est essoufflé – incapable de construire des phrases.

Exclusion d'un traumatisme grave
C'est une affection très grave !

- Assurez-vous que les voies aériennes du joueur sont dégagées.
- Si, à tout moment, le joueur devient aréactif, consultez le chapitre 5.

Recherche de sensibilité
à la palpation

- Placez votre main sur le front du joueur pour vérifier s'il est fiévreux. La peau sera très moite.
- Palpez le pouls du joueur (voir figure 5.12).
- Le pouls peut être très rapide ou filant – difficile à palper dans un environnement bruyant.
- Le pouls peut paraître très irrégulier – arythmies, battement cardiaque irrégulier.

Bilan d'aptitude sportive

Le bilan n'est pas approprié dans ce contexte. Le joueur ne sera pas en mesure de poursuivre une activité physique.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

Agissez avec calme et assurance – dites au joueur qu'il va s'en sortir.

Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité

Si l'incident s'est produit sur le terrain, le joueur doit sortir sur la touche pour être traité. Il peut quitter le terrain en civière ou en marchant avec de l'aide, en fonction de la gravité de ses symptômes.

Transfert d'urgence

- **Le joueur doit immédiatement être conduit à l'hôpital**, idéalement en ambulance, sinon par tout autre moyen en cas d'indisponibilité.
- Lors de l'appel de l'ambulance, spécifiez que le joueur pourrait avoir un accident cardiaque – ils enverront un véhicule de secours équipé pour les soins cardiologiques !

Éviter d'aggraver la blessure

- L'arrêt de l'activité va diminuer la contrainte exercée sur le cœur et les poumons.
- Éloignez le joueur de tout environnement qui pourrait engendrer des difficultés respiratoires, par exemple l'air froid et sec, le brouillard.

Traitement

- Appelez les secours.
- Recherchez une assistance médicale.
- Maintenez le joueur assis à 45°.

- Administrez de l'oxygène, si disponible.
- Administrez au joueur de l'aspirine (300 mg), si disponible, et demandez-lui de la mâcher.
- Si le joueur possède un spray, vous pouvez le pulvériser sous sa langue. Dites-lui de soulever la langue. Administrez deux bonnes pulvérisations. Répétez si nécessaire.
 - La trinitrine en spray peut provoquer d'importantes céphalées !
 - Certains patients peuvent disposer de comprimés au lieu de spray.
- Surveillez le joueur continuellement; continuez à lui parler pour vous assurer qu'il reste conscient.
- Réévaluez toujours les voies aériennes pour vous assurer qu'elles demeurent ouvertes – en cas de doute, consultez immédiatement le chapitre 5.
- Un médecin se trouvant sur place peut administrer un antalgique pour apaiser la douleur thoracique.
- Conduisez le joueur à l'hôpital le plus tôt possible. Toutes les mesures décrites ci-dessus peuvent être menées à bien durant le transport.



INFORMATION

Utilisation d'un défibrillateur automatisé externe (DAE)

Un DAE permet de délivrer un choc électrique pour faire relancer le rythme cardiaque naturel. Les DAE donnent des instructions verbales au sauveteur, et sont disponibles dans de nombreux clubs sportifs, aéroports, centres commerciaux et usines. La figure 5.16 montre leur signalétique.

1. Vérifiez l'ABC.
2. Appelez les secours et demandez un DAE.
3. Commencez la réanimation en utilisant la méthode de l'ABC.
4. Vérifiez la présence d'un pouls.
5. En l'absence de pouls, préparez le DAE.
6. Préparez le sportif en découpant son maillot et en séchant sa poitrine. Il peut être nécessaire de rapidement raser la poitrine avant d'appliquer les électrodes du DAE, afin d'assurer un meilleur contact.
7. Un deuxième sauveteur doit poursuivre la réanimation jusqu'à la fixation des électrodes du DAE aux emplacements montrés sur la figure 5.17. Le DAE analyse le rythme cardiaque et ne se déclenche que si nécessaire.
8. **Assurez-vous que personne ne touche le sportif.**
9. **Ne pressez le bouton « choc » que si le DAE en donne l'instruction verbale.**
10. Poursuivez la réanimation.

Dans l'attente de l'arrivée de l'équipe médicale, ne laissez pas le joueur sans assistance.



Douleur thoracique d'origine non cardiaque

Nombreuses sont les personnes (la plupart jeunes) présentant une douleur thoracique d'origine non cardiaque.

Quelles sont les causes d'une douleur thoracique d'origine non cardiaque ?

Une douleur thoracique d'origine non cardiaque provient le plus souvent d'un organe voisin comme l'œsophage.

- Le reflux gastro-œsophagien – remontée d'acide gastrique dans l'œsophage entraînant des brûlures d'estomac et une douleur thoracique.
- Troubles musculosquelettiques – inflammation musculaire ou contusion de la paroi thoracique.
- Anxiété – l'anxiété et une crise de panique peuvent provoquer une douleur thoracique ressemblant à la douleur ressentie lors d'un accident cardiaque.

Le diagnostic de douleur thoracique d'origine non cardiaque ne doit être posé que par des professionnels médicaux qualifiés.

« JE NE PEUX PAS RESPIRER ET J'AI UNE DOULEUR DANS LA POITRINE – J'AI REÇU UN COUP ! »

Zone rouge

- **Fracture costale**
- **Collapsus respiratoire**
- **Traumatisme trachéal**

Zone orange

- **Traumatisme costal/sternal**

Zone verte

- **Souffle coupé**

Fractures de côtes/ du sternum

Les fractures costales (figure 15.6) sont des traumatismes courants dans les sports de contact. Elles sont dues à un traumatisme direct sur la cage thoracique. Le joueur se plaindra d'une douleur intense à l'inspiration profonde et d'une sensibilité au niveau de la région lésée.

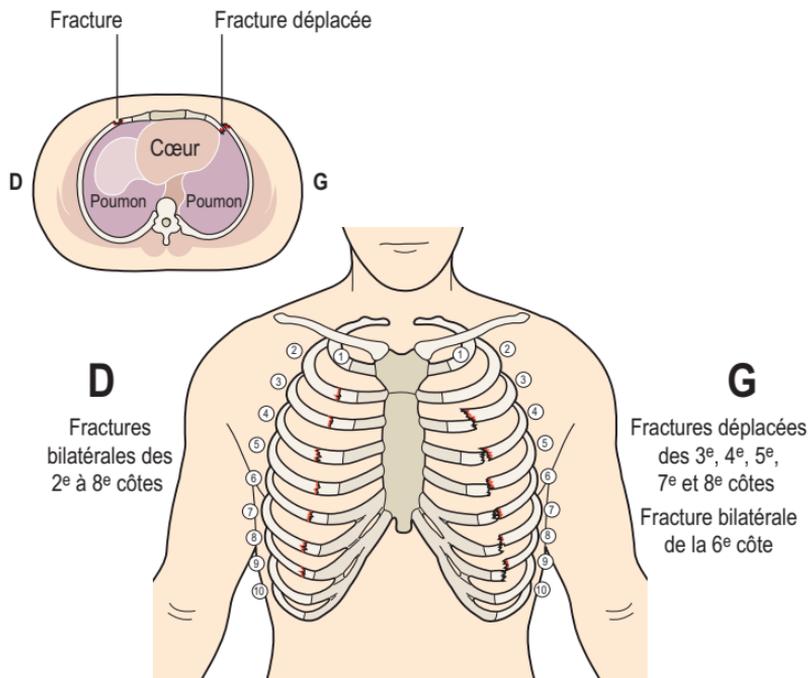


Figure 15.6 Fractures costales.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Que s'est-il passé ? »
- « Avez-vous reçu un coup ? »
- « Ressentez-vous une douleur ? »
 - « Montrez où vous avez mal ! »
 - « Avez-vous entendu un craquement ? »
 - « Avez-vous des difficultés à respirer ? »
- « Ressentez-vous une douleur lorsque vous inspirez profondément ? »

Identification du problème

- Un joueur qui a reçu un coup important sur le thorax présentera une certaine détresse respiratoire.
- Il peut avoir entendu un craquement ou un bruit sec lors de l'impact. Il peut s'agir d'un craquement costal, d'un traumatisme sternal ou d'un claquement de cartilage.
- La région douloureuse doit facilement être repérée.
- Un traumatisme costal va typiquement engendrer une

augmentation de la douleur à l'inspiration profonde.

Observation

- Observez la façon dont le joueur respire.
 - Initialement, le joueur peut avoir le souffle coupé – il est incapable de reprendre sa respiration.
 - Le joueur peut être anxieux ou en détresse.
 - La respiration est rapide et superficielle – similairement à l'hyperventilation, mais le joueur ressentira une douleur!
- Prêtez attention à la capacité du joueur à construire des phrases. Son incapacité à construire des phrases complètes peut révéler un traumatisme pulmonaire sous-jacent, et un pneumothorax.
- Si le joueur souffre d'une détresse importante, il utilisera d'autres muscles pour respirer entraînant :
 - un creusement des joues;
 - un ventre rentré;
 - une distension des muscles du cou.

Exclusion d'un traumatisme grave
Il s'agit d'un traumatisme grave – mais recherchez aussi soigneusement :

- un pneumothorax (collapsus pulmonaire) – le joueur est

très essoufflé ; voir « Collapsus pulmonaire » ci-après ;

- une lésion cardiaque (exceptionnellement rare) – douleur intense rétrosternale associée à une sensibilité extrême au toucher (voir ci-après) ;
- une lésion splénique (rare) – douleur intense du côté gauche de l'abdomen ;
- une lésion hépatique (rare) – douleur intense du côté droit de l'abdomen.

Recherche de sensibilité à la palpation

- Palpez au niveau de la région douloureuse identifiée par le joueur à la recherche de toute anomalie costale.
- Palpez au niveau du sternum : placez vos doigts de chaque côté du sternum et appuyez – une douleur sera déclenchée en présence de traumatisme sternal ou costal.
- Exposez la peau à la recherche de contusion, de saignement ou de déformation. Cela vous permettra aussi d'observer les mouvements thoraciques bilatéraux.
- Palpez de chaque côté de la paroi thoracique pour vérifier si les mouvements sont identiques à chaque respiration.

- Palpez le cou au niveau de la trachée pour vérifier sa présence dans la ligne médiane ou son déplacement – habituellement controlatéral au traumatisme –, révélateur d'un collapsus pulmonaire représentant une urgence grave.

Bilan d'aptitude sportive

Inapplicable. Un joueur atteint d'une fracture costale **ne doit pas** poursuivre d'activité physique, car les lésions pourraient être aggravées.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

Agissez avec calme et assurance – dites au joueur qu'il va s'en sortir.

Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité

Transfert d'urgence

Un joueur souffrant d'une fracture costale doit être conduit à l'hôpital par tout type de mode de transport disponible.

En présence d'un collapsus pulmonaire, une ambulance est requise de toute urgence !

Éviter d'aggraver la blessure

- En cas de suspicion de fracture costale, le joueur doit s'arrêter de jouer.
- L'arrêt de l'activité va diminuer la contrainte exercée sur le cœur et les poumons.

Traitement

- Placez le joueur en position assise.
- Surveillez étroitement sa respiration : les inspirations profondes seront douloureuses, mais il est important que le joueur parvienne à calmer sa respiration si celle-ci est trop rapide.
 - Faites en sorte que le joueur respire lentement en même temps que vous.
 - Comptez ses respirations.
- Maintenez le joueur au chaud.
- Administrez de l'oxygène, si disponible.
- Placez de la glace sur la région lésée.
- Administrez un antalgique si disponible.
- Toute suspicion de fracture nécessite des investigations conduites par un médecin ; puis le joueur doit être conduit à l'hôpital pour des radiographies afin d'éliminer toute lésion pulmonaire.

Collapsus pulmonaire (pneumothorax)

Un pneumothorax (figure 15.7) est défini par la présence d'air dans l'espace pleural, avec pour conséquence un collapsus du poumon. Le collapsus pulmonaire est une affection rare dans le

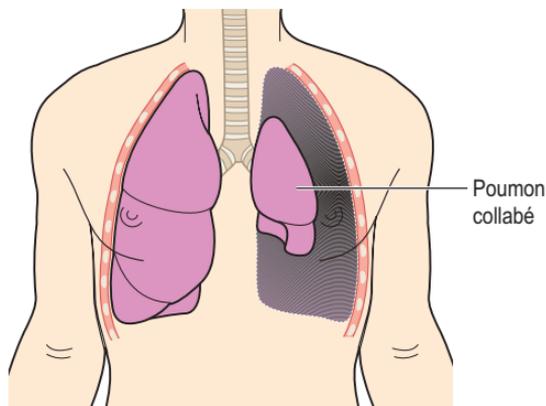


Figure 15.7 Collapsus pulmonaire à droite.

contexte de la pratique sportive. Il peut être dû à un traumatisme thoracique fermé lors de sports de contact, ou à un accident de sports mécaniques. Des symptômes tels qu'un essoufflement et une douleur respiratoire apparaissent immédiatement après le traumatisme. C'est une affection pouvant menacer le pronostic vital du joueur, et devant être prise en charge de toute urgence par un médecin.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Que s'est-il passé ? »
 - « Avez-vous des difficultés à respirer ? »
- « Avez-vous reçu un coup ? »
- « Ressentez-vous une douleur dans la poitrine ? »
- « Où se situe la douleur ? »

- « Avez-vous mal en inspirant ? »
- « Est-ce que cela vous est déjà arrivé ? »

Identification du problème

- Le joueur se plaindra d'une douleur vive et la situera d'un côté du thorax.
- Il peut avoir senti un craquement ou entendu un bruit sec lors de l'impact pouvant être évocateur d'une lésion costale ou cartilagineuse.
- La douleur est majorée à l'inspiration profonde.
- Le joueur éprouvera une difficulté croissante pour s'exprimer, car la dilatation de l'air dans la cavité thoracique réduit le volume pulmonaire.
- L'anxiété du joueur grandira avec l'augmentation de ses difficultés respiratoires.

Observation

- Observez la façon dont le joueur respire.
 - Le joueur peut être anxieux et en détresse respiratoire.
 - Observez les mouvements de la cage thoracique – un côté sera figé comparativement à l'autre.
 - Vérifiez si le joueur utilise d'autres muscles respiratoires – une distension des muscles du cou, un creusement des joues et du ventre seront présents alors que le joueur cherche de l'air.
 - Vérifiez si la peau du joueur est bleutée, en particulier autour des lèvres, révélateur d'un faible taux d'oxygénation du sang.

Exclusion d'un traumatisme grave**Il s'agit d'une affection mettant en jeu le pronostic vital.**

- Assurez-vous que les voies aériennes sont dégagées – consultez immédiatement l'ABC du chapitre 5 (page 23) si les voies aériennes sont fermées.
- Lésion cardiaque (exceptionnellement rare) – douleur intense rétrosternale avec une sensibilité extrême au toucher (voir ci-après).
- Lésion splénique (rare) – douleur intense du côté gauche de l'abdomen.
- Lésion hépatique (rare) – douleur intense du côté droit de l'abdomen.

Recherche de sensibilité à la palpation

- Palpez au niveau de la région douloureuse identifiée par le joueur à la recherche de toute anomalie costale. Une douleur sera présente en cas de traumatisme sternal ou costal.
- Exposez la peau à la recherche de contusion, de saignement ou de déformation. Cela vous permettra d'observer les mouvements thoraciques bilatéraux.
- Palpez de chaque côté de la paroi thoracique pour vérifier si les mouvements sont identiques à chaque respiration.
- Palpez le cou au niveau de la trachée pour vérifier sa présence dans la ligne médiane ou son déplacement – habituellement controlatéral au traumatisme –, révélateur d'un collapsus pulmonaire et représentant une urgence grave.

Bilan d'aptitude sportive

Inapproprié. Le joueur n'est pas en mesure de poursuivre une activité physique.

Que dois-je faire ?**P**arler au joueur

Agissez avec calme et assurance – la tension et l'anxiété majorent les difficultés respiratoires.

Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité

Transfert d'urgence

Appelez les secours immédiatement. Expliquez au téléphone que vous suspectez un pneumothorax chez un patient. Il sera ainsi peut-être possible de vous envoyer un médecin ou du personnel qualifié qui pourra prendre en charge le joueur sur place.

Éviter d'aggraver la blessure

- L'arrêt de l'activité va diminuer la contrainte exercée sur le cœur et les poumons.
- Éloignez le joueur de tout environnement qui pourrait engendrer des difficultés respiratoires, par exemple l'air froid et sec, le brouillard.

Traitement

- Placez le joueur en position assise.
- Administrez de l'oxygène.
- Faites appel à une assistance médicale.
- L'accumulation d'air comprimant les poumons nécessite la pose d'un drain thoracique; le patient doit donc être adressé d'urgence à l'hôpital.
- Un médecin peut tenter une décompression pulmonaire par l'insertion d'une aiguille dans le thorax. Ce geste doit être pratiqué par une personne expérimentée !

Traumatisme trachéal

Un traumatisme direct du cou blessant la trachée met en jeu le pronostic vital. Il peut être difficile d'évaluer le problème si le joueur n'est pas en mesure de parler. N'hésitez pas à l'adresser à l'hôpital. Il s'agit d'une urgence très grave. Consultez le chapitre 5 en cas de doute.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Que s'est-il passé ? »
- « Avez-vous reçu un coup ? »
- « Ressentez-vous une douleur ? »
 - « Montrez-moi où vous avez mal ! »
- « Avez-vous des difficultés à respirer ? »
- « Avez-vous mal en inspirant profondément ? »

Identification du problème

- Un joueur qui a reçu un coup important au niveau de la gorge ou de la trachée présentera une certaine détresse respiratoire.
- Il peut avoir entendu un craquement ou un bruit sec lors de l'impact. Il tiendra généralement sa gorge ou son cou pour la ou le protéger.
- La région douloureuse doit être facilement repérée.

- Le joueur peut initialement être en mesure de parler, mais la situation peut progressivement s'aggraver avec l'œdème de la trachée.

Observation

- Observez la façon dont le joueur respire.
 - Initialement, le joueur peut avoir le «souffle coupé» – il est incapable de reprendre sa respiration.
 - Il peut être anxieux ou en détresse.
 - La respiration du joueur est rapide et superficielle – similairement à l'hyperventilation, mais le joueur ressentira une douleur !
- Prêtez attention à sa capacité à construire des phrases. L'incapacité du joueur à construire des phrases complètes peut révéler une obstruction des voies aériennes. **Consultez le chapitre 5 ! Appelez une ambulance !**
- Si le joueur est en détresse importante, il utilisera d'autres muscles pour respirer entraînant :
 - un creusement des joues ;
 - un ventre rentré ;
 - une distension des muscles du cou.

Exclusion d'un traumatisme grave
Il s'agit d'un traumatisme grave – mais veuillez également à vérifier la présence d'un :

- pneumothorax (poumon collabé) – le joueur présente un essoufflement important ; consultez le paragraphe «Collapsus pulmonaire» ci-dessus.

Recherche de sensibilité à la palpation

- Palpez au niveau de la région douloureuse identifiée par le joueur. Palpez le cou de haut en bas depuis le menton jusqu'à l'entrée de la trachée dans le thorax.
- Recherchez toute déviation des voies aériennes ou toute anomalie – une pomme d'Adam écrasée ou une lésion cartilagineuse dans le cou.
- Palpez au niveau du sternum : placez vos doigts de chaque côté du sternum et appuyez – une douleur sera déclenchée en présence de traumatisme sternal ou costal.
- Exposez la peau à la recherche de contusion, de saignement ou de déformation. Cela vous permettra aussi d'observer les mouvements thoraciques simultanés des deux côtés.
- Palpez de chaque côté de la paroi thoracique pour vérifier si les mouvements sont identiques à chaque inspiration.

Bilan d'aptitude sportive
Inapplicable. Un joueur atteint d'un traumatisme trachéal ne doit pas poursuivre une activité physique sous peine d'aggraver les lésions.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur
Agissez avec calme et assurance – dites au joueur qu'il va s'en sortir.

Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité

Transfert d'urgence

Un joueur atteint d'un traumatisme trachéal doit immédiatement être conduit à l'hôpital par tout mode de transport disponible.

Éviter d'aggraver la blessure
Si vous suspectez un traumatisme ou une fracture trachéale, faites sortir le joueur du terrain.

Traitement

- Placez le joueur en position assise.
- Surveillez étroitement sa respiration : les inspirations profondes seront douloureuses, mais il est important de parvenir à ce que le joueur calme sa respiration si elle est trop rapide.
 - Faites respirer le joueur lentement en même temps que vous.
 - Comptez ses respirations.
- Maintenez le joueur au chaud.

- Administrez de l'oxygène, si disponible.
- Placez de la glace sur la région lésée.
- Administrez un antalgique, si disponible.
- Toute suspicion de traumatisme trachéal nécessite des investigations conduites par un médecin ; et le joueur doit être adressé à l'hôpital pour radiographie afin d'éliminer toute lésion pulmonaire.

Traumatisme costal/ sternal, ou simple souffle coupé ?

Il est très difficile de faire la distinction entre le caractère grave ou bénin d'un traumatisme thoracique consécutif à un choc bénin. L'élément clé pour prendre cette décision est de parler au joueur et de déterminer la violence du contact. Un joueur atteint d'un traumatisme grave ne voudra pas continuer à jouer. Il est important de lui accorder le temps de récupération nécessaire. Il est raisonnable de laisser le joueur tenter de reprendre l'activité si une contusion ou un traumatisme bénin est suspecté. Vous devrez cependant le surveiller attentivement. S'il éprouve des difficultés, faites-le sortir. S'il

a simplement le souffle coupé, il va pouvoir récupérer au bout de quelques minutes.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Que s'est-il passé ? »
- « Avez-vous reçu un coup ? »
- « Ressentez-vous une douleur ? »
- « Montrez-moi où vous avez mal ! »
- « Avez-vous des difficultés à respirer ? »
- « Avez-vous mal en inspirant profondément ? »

Identification du problème

- Un joueur qui a reçu un coup important sur le thorax sera dans une certaine détresse respiratoire.
- Il n'aura pas entendu ou senti un craquement ou un bruit sec au moment de l'impact.
- La région douloureuse devrait être facilement localisable.
- Le joueur peut ressentir une douleur accrue à la respiration, mais qui devrait s'apaiser.
- Le fait d'avoir le souffle coupé peut faire peur, et le joueur peut être assez agité.

Observation

- Observez la façon dont le joueur respire.
 - Initialement, le joueur peut avoir le souffle coupé – il est

incapable de reprendre sa respiration.

- La détresse disparaîtra rapidement si le traumatisme est bénin.
- La respiration du joueur est rapide et superficielle initialement, mais devrait se normaliser rapidement. Le joueur ne devrait pas éprouver de douleur intense !
- Le joueur devrait être en mesure de parler en construisant des phrases sans difficulté. Son incapacité à le faire peut révéler une lésion pulmonaire ou la présence d'un pneumothorax.
- Le joueur ne doit pas présenter de détresse respiratoire importante, ni recruter d'autres muscles respiratoires :
 - absence de joues creusées ;
 - absence de ventre rentré ;
 - absence de distension des muscles cervicaux.

Exclusion d'un traumatisme grave
Vérifiez attentivement la présence de :

- fractures costales ;
- traumatisme trachéal ;
- pneumothorax (poumon collabé) – joueur présentant un essoufflement important ; consultez le paragraphe « Collapsus pulmonaire » ci-dessus ;

- lésion cardiaque (exceptionnellement rare) – douleur rétrosternale intense avec sensibilité extrême au toucher (voir ci-après);
- lésion splénique (rare) – douleur intense du côté gauche de l'abdomen;
- lésion hépatique (rare) – douleur intense du côté droit de l'abdomen.

Recherche de sensibilité à la palpation

- Palpez au niveau de la région douloureuse identifiée par le joueur à la recherche de toute anomalie costale.
- Palpez au niveau du sternum : placez vos doigts de chaque côté du sternum et appuyez – **une douleur sera présente en cas de contusion costale ou sternale (zone orange); la douleur sera absente si le joueur a simplement le souffle coupé (zone verte).**
- Exposez la peau à la recherche de contusion, de saignement ou de déformation. Cela vous permettra aussi d'observer les mouvements simultanés des deux côtés du thorax.
- Palpez de chaque côté de la paroi thoracique pour vérifier si les mouvements

sont identiques à chaque inspiration.

- Palpez le cou au niveau de la trachée pour vérifier sa présence dans la ligne médiane ou son déplacement – habituellement controlatéral au traumatisme –, révélateur d'un collapsus pulmonaire et représentant une urgence grave.

• **Zone verte : absence de douleur, ou douleur très modérée.**

• **Zone orange :**

- **Légère douleur, mais peu intense.**
- **Mouvements thoraciques et respiration normaux.**

Bilan d'aptitude sportive

- Un joueur récupérant rapidement, présentant peu de douleur et une respiration normale peut reprendre le jeu sous observation étroite.
- Un joueur présentant une douleur palpatoire avec un délai de récupération lent ou une respiration difficile doit être remplacé.
- Surveillez étroitement tout joueur blessé reprenant la compétition. En cas de doute, faites-le sortir !

INTRODUCTION

La plupart des lésions abdominales sont dues à des **traumatismes fermés** : un coup de poing, un coup de tête ou un coup de pied dirigé vers l'abdomen, qu'il s'agisse d'un tacle mal maîtrisé ou d'un acte d'agression. La majorité des traumatismes fermés sont bénins, mais certains nécessitent

parfois d'être examinés par un médecin.

Un **traumatisme pénétrant** est une lésion entraînée par une arme blanche, une arme à feu, ou par tout objet tranchant. Ces lésions nécessitent toutes le transfert immédiat à l'hôpital.

Les organes abdominaux peuvent être lésés à la suite d'un traumatisme fermé ou pénétrant (figure 16.1).

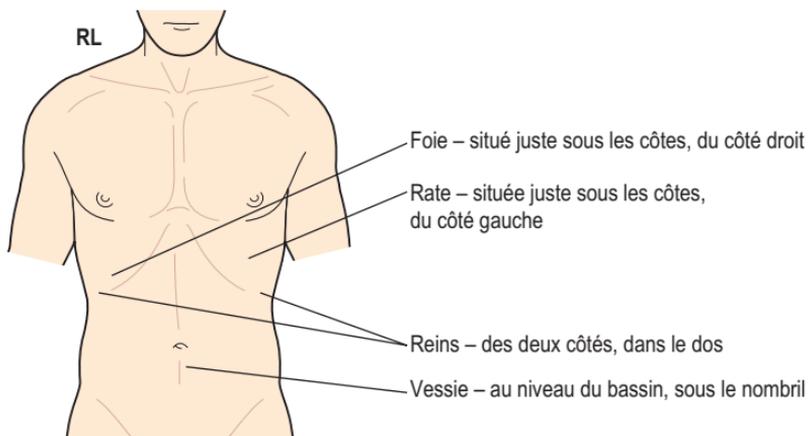


Figure 16.1 Les organes abdominaux peuvent être lésés à la suite d'un traumatisme fermé ou pénétrant.

Détermination de la gravité du traumatisme

- Le sportif est pâle, en sueur, sa peau est moite.
- Tout traumatisme pénétrant.
- Douleur abdominale intense, rebelle ou s'aggravant, associée à un abdomen dur.
- (Blessure lors d'une course automobile) Lésion par ceinture de sécurité, contusion due au volant.
- Contusion abdominale.
- Douleur idiopathique de l'épaule consécutive à un traumatisme abdominal.
- Essoufflement sévère.

Ces patients doivent immédiatement être transférés à l'hôpital.

- Douleur abdominale légère/modérée. Le sportif se porte bien par ailleurs, mais il est hors d'haleine. **Si la douleur s'est aggravée au réexamen, la blessure du sportif est ensuite reclassée en zone rouge.**
- Les vomissements sur le terrain sont courants. Ils peuvent être dus à l'effort, ou au joueur qui vient juste de manger, ou qui présente

déjà une gastro-entérite en rentrant sur le terrain, ou encore à un choc à l'abdomen perturbant l'estomac. De tels symptômes demeurent en zone orange s'ils s'améliorent au bout d'une heure. **Le joueur est classé en zone rouge s'il vomit du sang, si les vomissements s'aggravent, s'il a aussi reçu un coup sur la tête, ou s'il présente tout type de symptôme de zone rouge.**

- Les muscles de la paroi abdominale peuvent être lésés par étirement, torsion ou par un coup à l'abdomen – bien que bénin, il peut être difficile de différencier ce tableau d'un traumatisme grave sous-jacent.

Le joueur doit être remplacé. La poursuite du jeu peut aggraver les lésions. Réexaminez un peu plus tard à la recherche de toute aggravation des lésions.

Le sportif peut reprendre le jeu dans les cas suivants.

- La douleur n'est pas intense (cotée à moins de 6 sur 10).
- Le patient est complètement éveillé.
- Il n'existe pas de sensibilité localisée suggérant une lésion organique ou un traumatisme costal.

TRAUMATISME ABDOMINAL

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Comment avez-vous été blessé ? »
- « Où se situe la douleur ? Montrez-moi où vous avez mal. »
- « Quel est votre degré de douleur ? » (sur une échelle de 1 à 10, 1 correspondant à l'absence de douleur, 10 à une douleur extrême)
- « La douleur se diffuse-t-elle ailleurs ? »
- « Avez-vous d'autres blessures ? »

Identification du problème

- Habituellement, un joueur qui a très mal ne peut pas continuer à jouer !

La localisation de la douleur ou la cause de celle-ci sont faciles à trouver. C'est dans l'estimation du degré de gravité que repose la difficulté !

INSTRUCTION

Vous ne serez pas critiqué pour votre prudence ! En cas d'incertitude, recherchez de l'aide immédiatement.

Observation

- Le sportif respire-t-il normalement ? Une respiration anormale peut révéler de graves lésions des muscles respiratoires, ou une atteinte de la moelle épinière.
- Le patient est-il éveillé ? Recherchez des signes de sensation ébrieuse ou de vertige.
- La douleur est-elle majorée par les mouvements ? En cas de traumatisme grave, le patient est incapable de bouger à cause de la douleur. (Le contraire n'est évidemment pas vrai. Le fait qu'un patient puisse bouger ne signifie pas l'absence de traumatisme important sous-jacent.)
- Vomissements. Les vomissements d'un sportif peuvent être le signe d'un traumatisme crânien nécessitant le transfert immédiat à l'hôpital.
- Recherchez des coupures profondes. Les coupures superficielles peuvent être nettoyées et recouvertes de gaze. Les plaies profondes ou béantes nécessitent d'être examinées et **prises en charge par un médecin immédiatement.**

Exclusion d'un traumatisme grave

- Vérifiez la présence de signes de danger – présence de symptômes ou de signes en zone rouge (voir ci-dessus), **transférez directement le joueur à l'hôpital.**

Recherche de sensibilité à la palpation

- Ôtez le maillot du joueur et placez-le en position couchée, à plat sur le dos, les jambes allongées et les mains de chaque côté.
- Recherchez toute lésion évidente – coupures/éraflures, hématomes, masses ou œdèmes.
- Avec le plat de vos doigts, palpez doucement toutes les régions abdominales du joueur (figure 16.2).

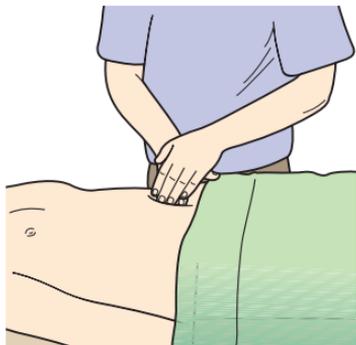


Figure 16.2 Palpation douce des différentes régions abdominales.

- Recherchez les zones de sensibilité maximale provoquées par la pression de votre main. Notez également toute masse anormale.

- **Prêtez particulièrement attention à toute sensibilité costale.** Une côte fracturée peut entraîner des lésions supplémentaires – elle peut léser le foie ou la rate.

Bilan d'aptitude sportive

- Le joueur peut-il reprendre l'activité? Vérifiez s'il est capable de se tenir debout et de marcher en cercle sans trop de gêne.

Que dois-je faire ?**Parler au joueur**

Rassurez le joueur, expliquez-lui ce qui se passe.

Sortir le joueur du terrain de sport

- Les lésions bénignes peuvent être traitées sur le terrain de jeu.
- Les lésions plus graves (**zone orange**) doivent être évaluées sur la touche. Avec ce type de lésions, il est possible d'observer les patients ne nécessitant pas de transfert immédiat à l'hôpital. Réévaluez plus tard l'évolution de l'état du joueur.

Prise en charge d'urgence

- **Transférez immédiatement le joueur à l'hôpital.**

Éviter d'aggraver la blessure

- Mettez le joueur au repos et examinez-le à intervalles réguliers pour vérifier toute modification de son état.

- Observez le sportif qui continue à jouer. Il peut être incapable de récupérer de sa blessure et devra sortir du terrain.

Traitement

- Appelez les secours pour un transfert à l'hôpital.
- N'autorisez que de petites gorgées de liquide – pas de nourriture ni de boisson avant l'examen du joueur par un médecin.
- Limitez l'hypothermie en vous assurant que le joueur est bien maintenu au chaud.
- **Les sportifs classés en zone orange peuvent également requérir un examen médical**, même si les lésions paraissent moins menacer le pronostic vital.
- Ne soulagez la douleur qu'avec du paracétamol – des antalgiques plus puissants masqueraient des symptômes importants.
- Mettez le patient au repos jusqu'à la prise de décision d'un transfert à l'hôpital
- Si nécessaire, faites asseoir le patient sur le banc de touche pour une brève période d'observation. N'administrez que du paracétamol pour soulager la douleur.
- Autorisez la reprise du jeu si la douleur s'apaise, en l'absence de signes inquiétants (voir ci-dessus) et si le joueur se sent mieux.



Figure 16.3 Une balle de tennis est souvent à l'origine de traumatismes de la région génitale.

TRAUMATISMES DES ORGANES GÉNITAUX – « UN COUP DANS LES BOULES »

Se produit habituellement à la suite d'un traumatisme fermé comme un coup de pied ou de poing, l'impact d'une balle de golf ou de tennis (figure 16.3).

- Douleur intense (gravité > 6/10).
- Œdème ou aspect anormal d'un testicule – comparativement à l'autre.
- Contusion, noircissement ou œdème scrotal.

Ces patients doivent immédiatement être transférés à l'hôpital. (Remarque : un testicule plus bas que l'autre est normal.)

- Douleur génitale modérée. Pas de signes évidents de traumatisme.

- La douleur s'apaise en une heure.

Le sportif doit être remplacé. La poursuite du jeu peut aggraver les lésions. Réexaminez le joueur un peu plus tard pour vérifier toute aggravation des lésions.

- La douleur est peu intense (cotée à moins de 6 sur 10), elle s'apaise et le sportif peut jouer sans gêne.

- Le sportif est complètement éveillé et ne vomit pas.

- Aucune anomalie visible n'est relevée à l'examen.

Le sportif peut reprendre le jeu.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Comment avez-vous été blessé ? »
- « Quel est votre degré de douleur ? » (sur une échelle de 1 à 10, 1 correspondant à l'absence de douleur, 10 à une douleur extrême)
- « La douleur diffuse-t-elle ailleurs ? »
- « Avez-vous d'autres blessures ? »

Identification du problème

- Habituellement, un joueur qui a très mal ne peut pas continuer à jouer !
- La localisation de la douleur ou sa cause sont faciles à trouver. C'est l'estimation du degré de gravité qui est difficile.

Observation

- La douleur est-elle majorée par les mouvements ? En cas de traumatisme grave, le patient est incapable de bouger du fait de la douleur. (Le contraire n'est évidemment pas vrai. Le fait qu'un patient ne puisse pas bouger ne signifie pas l'absence de traumatisme important sous-jacent.)
- Les vomissements sont courants dans les traumatismes des organes génitaux et ne sont donc pas inquiétants – ils disparaissent habituellement lorsque la douleur s'apaise.
- Recherchez des coupures profondes. Les coupures superficielles peuvent être nettoyées et recouvertes de gaze. Les plaies profondes ou béantes nécessitent **un examen et une prise en charge médicale immédiate**.

Exclusion d'un traumatisme grave

- Vérifiez la présence de signes de danger – si les symptômes ou les signes appartiennent à

la zone rouge (voir ci-dessus), **transférez directement le joueur à l'hôpital.**

Recherche de sensibilité à la palpation

Non nécessaire en cas de chocs bénins, mais si la douleur ne s'apaise pas ou si un traumatisme grave est suspecté, tentez les gestes suivants.

- **Hommes :** avec votre main gantée, tenez avec douceur chaque testicule entre votre pouce et votre index et faites-le rouler entre vos doigts, à la recherche de toute masse évidente anormale ou de toute sensibilité.
- **Femmes :** recherchez tout gonflement ou tout saignement manifeste.

Bilan d'aptitude sportive

- Le joueur peut-il reprendre l'activité? Vérifiez s'il est capable de se tenir debout et de marcher en cercle sans trop de gêne.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

Rassurez le joueur, expliquez-lui ce qui se passe.

Sortir le joueur du terrain de sport

- Les lésions bénignes peuvent être traitées sur le terrain.

- Les lésions plus graves (**zone orange**) doivent être évaluées sur la touche. Avec ce type de lésions, il est possible d'observer les patients ne nécessitant pas de transfert immédiat à l'hôpital. Réévaluez plus tard l'évolution de l'état du joueur.

Prise en charge d'urgence

- **Transférez immédiatement le joueur à l'hôpital.**

Éviter d'aggraver la blessure

- Mettez le joueur au repos et examinez-le à intervalles réguliers pour vérifier l'évolution de son état.
- Observez le sportif qui continue de jouer. Il peut être incapable de récupérer de sa blessure et devra sortir du terrain.

Traitement

- Appelez les secours pour un transfert à l'hôpital.
- N'autorisez que de petites gorgées de liquide – pas de nourriture ni de boisson avant l'examen du joueur par un médecin.
- Allongez le joueur sur le dos.
- (Pour les hommes) Demandez au joueur de fléchir les hanches et les genoux afin de soulager la tension exercée sur le scrotum.
- Placez une poche de glace sur la région génitale.

- (Pour les hommes) Relevez le scrotum par la pression de la poche de glace (continuez si cela soulage la douleur – arrêtez si cela l'aggrave.
 - Ne soulagez la douleur qu'avec du paracétamol – des antalgiques plus puissants masqueraient des symptômes importants.
-
- **Les sportifs classés en zone orange peuvent également requérir un examen médical, même si les lésions paraissent moins menacer le pronostic vital.**
-
- Traitez comme les lésions de zone rouge ci-dessus : poche de glace, élévation, antalgique. Observez à intervalles réguliers.
 - Si nécessaire, faites asseoir le patient sur le banc de touche pour une brève période d'observation.
 - Si nécessaire, traitez comme les lésions de zone rouge ci-dessus : poche de glace, élévation, antalgique.
 - Reprise du jeu si la douleur est entièrement soulagée.

Traumatismes lombaires et pelviens

I. Robertson, K. Synnott

INTRODUCTION

Les traumatismes lombaires se produisent fréquemment dans la pratique sportive. Ils peuvent aller de la lombalgie bénigne aux traumatismes graves (figure 17.1).

Zone rouge

- **Fracture**
- **Protrusion discale**
- **Fractures pelviennes**

Zone orange

- **Choc important sur le rachis lombaire**
- **Lombalgie/spasme musculaire**

Zone verte

- **Choc bénin sur le rachis lombaire**

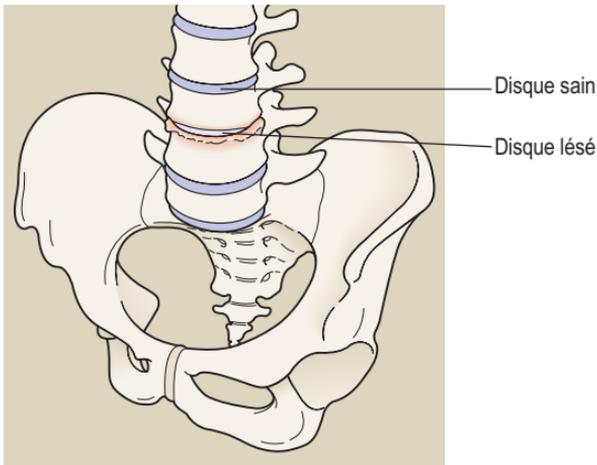


Figure 17.1 Anatomie de la région lombaire et du pelvis

Que dois-je vérifier ?

Ne déplacez pas le joueur immédiatement et procédez comme suit.

Parler au joueur

- « Où avez-vous mal ? »
- « Quel est votre degré de douleur ? »
- « Pouvez-vous bouger vos jambes ? »

Identification du problème

- Déterminez la gravité du traumatisme grâce aux réponses données aux questions de la section précédente.
- Un joueur peut, par exemple, se plaindre d'une douleur migrant du dos vers l'arrière de la jambe.

Observation

- Ne déplacez pas le joueur immédiatement.
- Assurez-vous de l'absence de lésions des voies aériennes du joueur.
- Recherchez des anomalies importantes.

Exclusion d'un traumatisme grave

- Éliminez la présence d'une lésion médullaire grave.
 - Le joueur peut-il bouger les deux jambes ?
 - Sa sensibilité est-elle entièrement préservée ?
 - Présente-t-il une incontinence urinaire ou fécale ?
- Le pénis ou le vagin saigne-t-il ?

Recherche de sensibilité à la palpation

- Palpez légèrement la région affectée. Le joueur ressent-il la palpation ?
- La région est-elle très douloureuse à la palpation ?
- Sentez-vous des anomalies ?

Bilan d'aptitude sportive

- En cas de douleur intense et de limitation très importante des mouvements, le sportif ne doit pas continuer à jouer.
- Un joueur ressentant une certaine raideur mais dont l'amplitude de mouvements est préservée peut poursuivre le jeu. Réévaluez à la mi-temps et à la fin du match.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

- Rassurez le joueur et expliquez-lui ce qui vous êtes en train de faire.

Sortir le joueur du terrain de sport

- Ne déplacez pas le joueur immédiatement. La présence de personnel qualifié est essentielle pour protéger le joueur et son dos. Voir chapitre 7.

Transfert d'urgence

- Voir chapitre 7.

Éviter d'aggraver la blessure

- Au moindre doute, faites sortir le joueur du terrain en prenant soin de protéger le rachis.

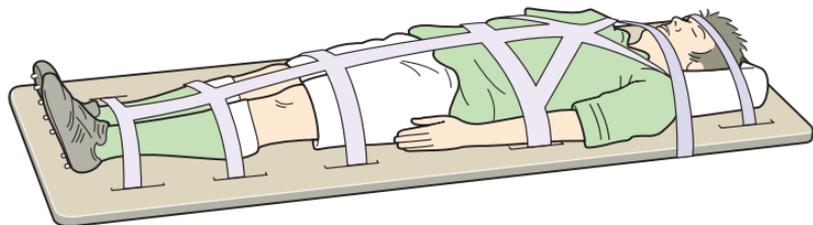


Figure 17.2 Immobilisation sur une planche dorsale.

Traitement

- En cas de traumatisme grave, immobilisez le joueur sur une planche dorsale (figure 17.2) et transférez-le à l'hôpital.
- En cas de traumatisme bénin, appliquez une poche de glace et conseillez au joueur de se reposer. Évaluez de nouveau à la mi-temps et à la fin du match.
- Appliquez une planche dorsale – la présence de personnels qualifiés est essentielle pour protéger le rachis du joueur et bien le positionner.
- Une altération des voies aériennes nécessite une prise en charge d'urgence.
- **Prenez des dispositions pour un transfert d'urgence à l'hôpital.**

Fractures rachidiennes

Que dois-je vérifier ?

- Douleur intense.
- Douleur migrant sur la partie postérieure de la ou des jambes.
- Absence de mobilité des membres inférieurs.
- Perte/diminution sensitive.
- Incontinence urinaire/fécale.

Que dois-je faire ?

- ABC – voir chapitre 5.
- Communiquez avec le joueur.
- Ne déplacez pas le joueur.

Protrusion discale

Que dois-je vérifier ?

- Douleur intense.
- Diminution marquée de la mobilité lombaire.
- Douleur migrant dans la partie postérieure des membres inférieurs.
- Perte sensitive.
- Incontinence urinaire/fécale.

Que dois-je faire ?

- Communiquez avec le joueur.
- Ne déplacez pas le joueur.

- Appliquez une planche dorsale – la présence de personnels qualifiés est essentielle pour protéger le rachis du joueur et bien le positionner.
- Une altération des voies aériennes doit être identifiée et prise en charge d'urgence.
- **Prenez des dispositions pour un transfert d'urgence à l'hôpital.**

Fractures pelviennes

Que dois-je vérifier ?

- Douleur intense.
- Aspect anormal du bassin.
- Saignement du pénis ou du vagin.

Que dois-je faire ?

- ABC – voir chapitre 5.
- Communiquez avec le joueur.
- **Ne desserrez pas** les habits/la ceinture autour du bassin.
- Voir le chapitre 7 pour l'immobilisation et le transfert.
- **Prenez des dispositions pour un transfert d'urgence à l'hôpital.**
- **Une lésion des voies aériennes nécessite une prise en charge d'urgence.**

Lombalgie/spasme musculaire/choc important sur le rachis lombaire et le pelvis

Que dois-je vérifier ?

- Douleur modérée.
- Spasme.
- Diminution de l'amplitude de mouvements.

Que dois-je faire ?

- Parlez au joueur et rassurez-le.
- Sortez le joueur du terrain de sport en toute sécurité – sur une planche dorsale si nécessaire.
- Appliquez de la glace.
- Si la douleur cesse et que l'amplitude de mouvements est préservée, le joueur peut reprendre l'activité.
- À noter que les chocs bénins entraînent souvent une raideur accrue lors de la poursuite du jeu. En cas de doute, faites sortir le joueur !

Choc bénin sur le rachis lombaire et le pelvis

Que dois-je vérifier ?

- Douleur modérée.
- Amplitude de mouvements normale.

Que dois-je faire ?

- Évaluez l'amplitude de mouvements et la douleur.

- Si l'amplitude de mouvements est préservée et que le joueur peut récupérer, celui-ci peut reprendre l'activité.

Tableau 17.1 Évaluation du degré de gravité des traumatismes lombaires et pelviens

	Douleur	Amplitude de mouvement
Zone rouge	+	↓
Zone orange	-	↓
Zone orange	+	-
Zone verte	-	-

INTRODUCTION

Le membre inférieur est souvent le siège de traumatismes durant la pratique sportive. La plupart des traumatismes sont heureusement bénins et le joueur peut continuer à jouer. Il est cependant important de savoir reconnaître les traumatismes graves et de les traiter comme il convient. Nous avons divisé le membre inférieur en trois zones (figure 18.1) :

- l'aîne, la hanche et la cuisse ;
- le genou et la jambe ;
- le pied et la cheville.
- Nous discuterons des divers problèmes pouvant être rencontrés dans chaque zone.

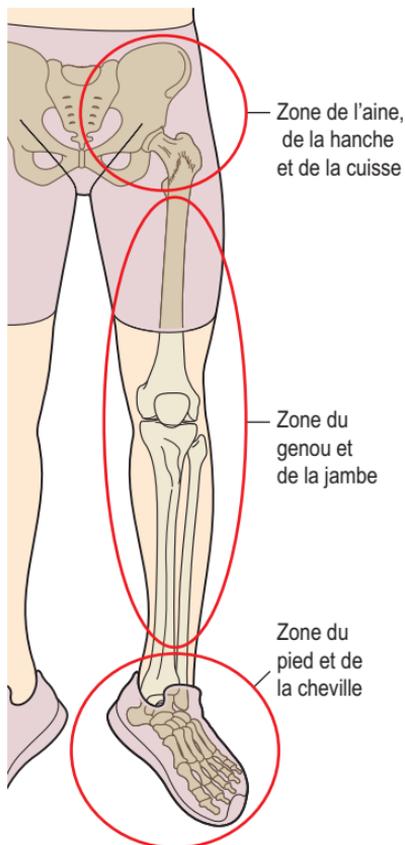


Figure 18.1 Le membre inférieur.

INSTRUCTION

Sauvez la vie avant de sauver le membre.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- Assurez-vous que le joueur est conscient et capable de parler en construisant des phrases (voir le chapitre 5).

Identification du problème

- Demandez au joueur ce qui s'est passé. Obtenez des détails sur la blessure.
- « Comment êtes-vous tombé ? »
- « Avez-vous senti/entendu un craquement ? » (Fracture ?)
- « Où se situe la douleur ? Montrez la zone douloureuse. »
- « La douleur se déplace-t-elle ou reste-t-elle au même endroit ? »
- « Quelque chose de ce type vous est-il déjà arrivé ? »

Observation

- Le membre inférieur est-il déformé de façon évidente ? (Fracture ?)
- Le joueur tient-il sa jambe d'une façon particulière ?
- Le membre est-il gonflé ? (Entorse de la cheville, élévation du genou ?)
- Y a-t-il un saignement évident ?
- Comparez au membre controlatéral.

Exclusion d'un traumatisme grave

Rappelez-vous : une douleur du membre inférieur peut provenir d'un traumatisme rachidien.

- « Pouvez-vous bouger les jambes ? » (Dans la négative, il peut s'agir d'un traumatisme rachidien ; voir chapitre 7.)
- « Éprouvez-vous une sensation étrange/un engourdissement des jambes ? » (Si oui, traitez comme un traumatisme rachidien.)
- Pouvez-vous voir l'os percer la peau ? (**Blessure de zone rouge**)
- Pouvez-vous voir un saignement important de la plaie ? (**Blessure de zone rouge**)

Recherche de sensibilité à la palpation

Portez toujours des gants protecteurs.

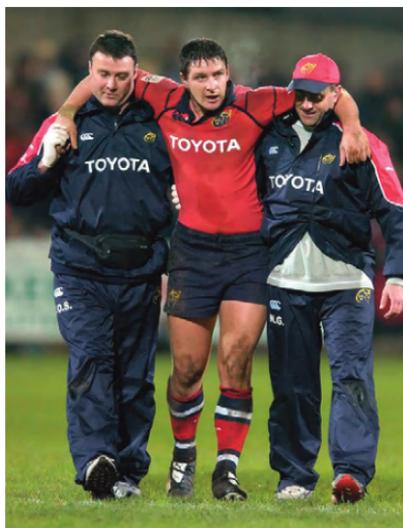
- Palpez la région affectée/douloureuse.
- Est-elle gonflée ? Est-elle très douloureuse à la palpation ? (Le joueur grimace-t-il de douleur ?)
- Pouvez-vous sentir une fracture ou quelque chose d'anormal ?

Bilan d'aptitude sportive

- Demandez au joueur de bouger le membre lésé.
- Demandez-lui de se tenir debout et de se mettre en appui sur la jambe douloureuse.
- Si le joueur ne peut pas se mettre en appui sur la jambe affectée (**blessure de zone orange**), faites-le sortir du terrain

immédiatement et poursuivez l'évaluation sur la touche.

- Demandez au joueur de marcher/courir sur quelques mètres – vérifiez s'il boite.



AINE, HANCHE ET CUISSE

L'aine correspond à la zone entre l'abdomen et la cuisse. Les traumatismes graves de la hanche sont rares, mais doivent être traités rapidement et efficacement. La cuisse est une région souvent lésée, et ces traumatismes peuvent conduire au remplacement d'un joueur.

Zone rouge

- **Fracture iliaque**
- **Luxation de hanche**
- **Fracture fémorale**

Zone orange

- **Pubalgie**
- **Déchirure des muscles ischiojambiers**
- **« Jambe morte » (contusion importante des muscles de la cuisse)**

Zone verte

- **Crampe musculaire**
- **Coup reçu sur l'ilium (contusion de la crête iliaque)**
- **Douleur pubienne (ostéite pubienne)**
- **Déchirure musculaire bénigne/ contusion des muscles de la cuisse**

Fracture de hanche/ luxation de hanche/ fracture fémorale

Elles peuvent se produire soudainement et sont généralement la conséquence d'un choc à très haute énergie sur la hanche ou d'une chute d'une hauteur.

Que dois-je vérifier ?

- Le joueur présentera une douleur intense de la hanche ou de la cuisse.
- La jambe du joueur du côté atteint peut être plus courte – en rotation externe.
- Le joueur ne pourra mettre la jambe lésée en charge.
- Mobiliser la jambe provoquera une douleur extrême.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

- Rassurez le joueur.

Sortir le joueur du terrain de sport

- Sortez le joueur du terrain sur une civière, la jambe immobilisée dans une attelle. Voir chapitre 10.

Transfert d'urgence à l'hôpital

Éviter d'aggraver la blessure

- Ne pliez pas la jambe – si elle est douloureuse à la mise en charge, le joueur doit être soulevé.

Traitement

- Pose d'une attelle.
- Protocole RICED (*rest, ice, compression, elevation, diagnosis* [repos, glace, compression, élévation, diagnostic] – voir figure 9.5).

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- Rassurez le joueur.
- « Que s'est-il passé ? »
- « Avez-vous mal ? »
- « Avez-vous entendu/senti un craquement ? »

Identification du problème

- L'identification du problème devrait être évidente. Le joueur montrera la hanche/cuisse atteinte.
- Le joueur éprouvera une douleur intense.
- Il peut avoir entendu ou senti un claquement ou un craquement.
- Il peut avoir senti la hanche se déboîter.

Observation

- La jambe atteinte peut sembler plus courte ou en rotation externe (fracture de hanche; [figure 18.2](#)).



Figure 18.2 Fracture de la hanche droite – la jambe est raccourcie à gauche et en rotation externe.

- La jambe atteinte peut sembler plus courte, fléchie ou en rotation interne (luxation de hanche ; [figure 18.3](#)).
- Comparez la jambe au membre controlatéral.
- Il peut exister un œdème ou une déformation.

Exclusion d'un traumatisme grave

- Assurez-vous que le joueur est conscient ; dans la négative, consultez le chapitre 5.
- Assurez-vous que le joueur peut bouger la jambe controlatérale et que la sensibilité est normale – exclusion d'un traumatisme rachidien.
- **Une douleur de la jambe peut être due à un traumatisme lombaire.**

Palpation

- Demandez au joueur de doucement plier sa hanche.
- Faites doucement rouler la jambe atteinte d'un côté à l'autre en la tenant au niveau de la cheville.
- Une hanche fracturée sera douloureuse.
- Recherchez une sensibilité à la palpation au niveau de la hanche.

Bilan d'aptitude sportive

- Si les tests ci-dessus sont indolores, demandez au joueur de se lever.
- Posez la jambe atteinte au sol. Le joueur ne sera pas capable de la mettre en charge.



Figure 18.3 Luxation de la hanche droite – la jambe est en rotation interne.

Que dois-je faire ?

Parler au joueur

- Rassurez le sportif, expliquez-lui ce qui se passe.

Sortir le joueur du terrain de sport en toute sécurité

- Si un traumatisme cervical est suspecté, le rachis du joueur doit être stabilisé avant le transfert.
- En cas de traumatismes bénins de la jambe, le joueur doit être soutenu pour sortir.
- En cas de traumatismes graves (par exemple, fracture), il est nécessaire d'utiliser une civière.

Transfert d'urgence à l'hôpital

- Pour tout traumatisme cervical ou rachidien : ambulance.
- Fractures/luxations : modes de transport les plus rapides disponibles.

Éviter d'aggraver la blessure

- Immobilisez la jambe atteinte.
- Assurez-vous de l'absence de traumatisme cervical ou de tout autre traumatisme.
- **Tout sportif qui ne peut réaliser les gestes de base court le risque d'aggraver ses lésions et ne doit pas continuer.**

Traitement

- Techniques d'immobilisation.
- Application de glace.

- Application de bandage compressif (si nécessaire).
- Administration d'antalgiques (uniquement par du personnel qualifié).

- Faites sortir le joueur du terrain.
- Le joueur doit bénéficier d'une évaluation complète sur la touche pour déterminer s'il peut reprendre le jeu ou s'il doit être remplacé.

Pubalgie

C'est une lésion très fréquente, particulièrement au football.

Que dois-je vérifier ?

- Le joueur s'arrêtera net de courir et pourra présenter une boiterie douloureuse.
- Il se plaindra d'une douleur dans l'aîne ([figure 18.4](#)).
- Une sensibilité sera retrouvée au niveau de la face interne de la partie supérieure de la cuisse.

Que dois-je faire ?

- Demandez au joueur de marcher/courir sur quelques mètres – testez et jugez s'il peut continuer à jouer.

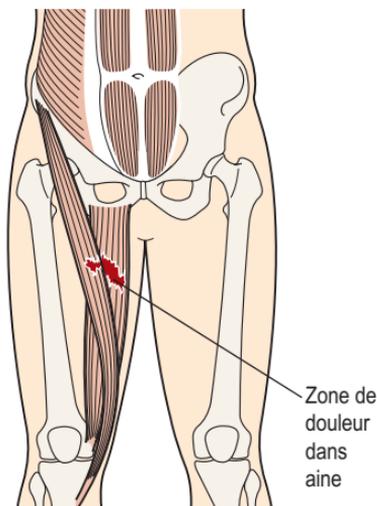


Figure 18.4 Zone de douleur dans aine.

- Le joueur ne pourra probablement pas continuer – remplacez-le et appliquez de la glace sur l'aine atteinte (protocole RICE; voir figure 9.6).
- Adressez à un spécialiste pour évaluation complémentaire et avis.

Déchirures des muscles ischiojambiers

Ce sont des lésions très fréquentes se produisant soudainement alors que le joueur est en train de courir/ s'étirer. Généralement, le joueur « s'arrête net » et commence à boiter.

Que dois-je vérifier ?

- Le joueur qui courrait s'arrêtera net (figure 18.5) – il peut présenter une boiterie douloureuse. Une déchirure des ischiojambiers provoque une sensation similaire à celle d'un coup de fouet derrière la jambe.
- Le joueur se plaindra d'une douleur et d'un œdème derrière le genou.

Que dois-je faire ?

- Demandez au joueur de courir sur quelques mètres – en cas de douleur intense, remplacez-le.
- Appliquez de la glace sur la région douloureuse (protocole RICE).
- Adressez à un spécialiste pour évaluation complémentaire et traitement.

Contusion importante des muscles de la cuisse – « jambe morte »/ « postérieur mort »

C'est une lésion très fréquente et très douloureuse qui empêche fréquemment un joueur de continuer à jouer. Elle est due à un coup direct sur la cuisse (figure 18.6).

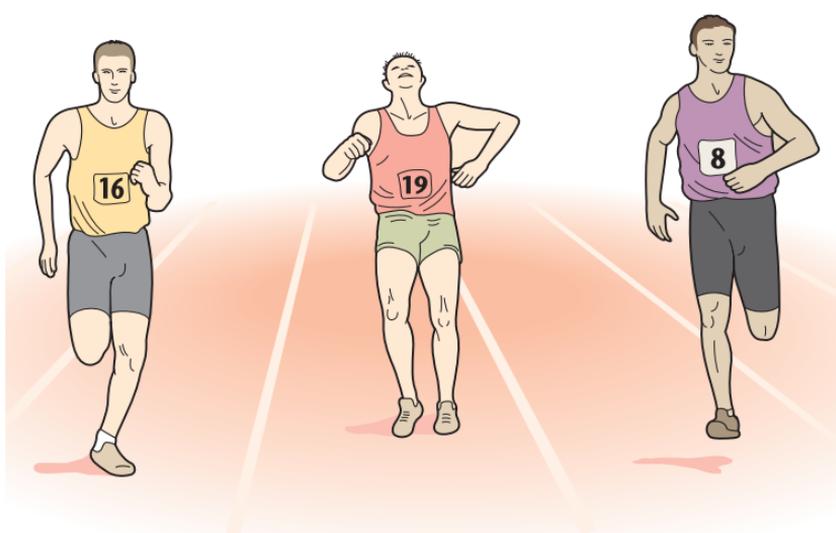


Figure 18.5 Un joueur atteint d'une lésion des ischiojambiers «stoppe net».



Figure 18.6 «Jambe morte» après un coup direct sur la cuisse.

Que dois-je vérifier ?

- Le joueur se plaindra d'une douleur au niveau de la cuisse atteinte.
- Il peut exister un œdème et des signes évidents de contusion.
- Le muscle est souvent dur et douloureux à la palpation.

Que dois-je faire ?

- Demandez au joueur de marcher/courir sur quelques mètres.
- Bandez la région atteinte et appliquez un spray réfrigérant.
- La reprise du jeu peut être tentée. Observez attentivement le joueur.
- S'il est incapable de continuer, appliquez de la glace sur la région douloureuse (protocole RICE).
- Adressez à un spécialiste pour évaluation complémentaire et traitement.

Crampe musculaire

Les crampes musculaires sont très courantes, en particulier vers la fin d'un match très fatigant par jour de chaleur.

Que dois-je vérifier ?

- Le joueur se plaindra d'une douleur intense au niveau de la cuisse atteinte sans avoir reçu de choc. La douleur sera à type de crampe – comme un nœud dans le muscle.
- Le joueur sera incapable de continuer à courir – voire de rester debout.
- Il présentera une boiterie douloureuse du côté atteint.

Que dois-je faire ?

- Faites allonger le joueur.
- Étirez les muscles atteints (figure 18.7).
- Si le joueur est incapable de continuer, remplacez-le et mettez-le au repos. Aucun traitement supplémentaire n'est nécessaire.

Contusion de l'os iliaque

C'est un traumatisme fréquent dans les sports de contact. Il est dû à un coup sur la partie osseuse de la hanche (figure 18.8) et peut être très douloureux, mais n'empêche pas le joueur de poursuivre l'activité.

Ce sont les traumatismes sportifs les plus fréquents. La grande majorité d'entre eux sont bénins et ne nécessitent pas la sortie de terrain du joueur. En cas de douleur intense, remplacez-le et réévaluez plus tard.

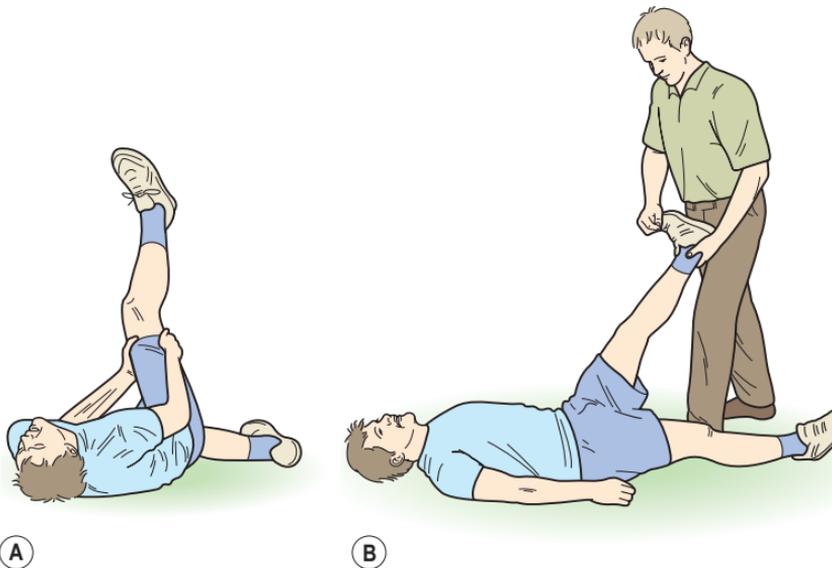


Figure 18.7 A. Crampe musculaire. B. Étirement sur le terrain pour soulager la crampe.

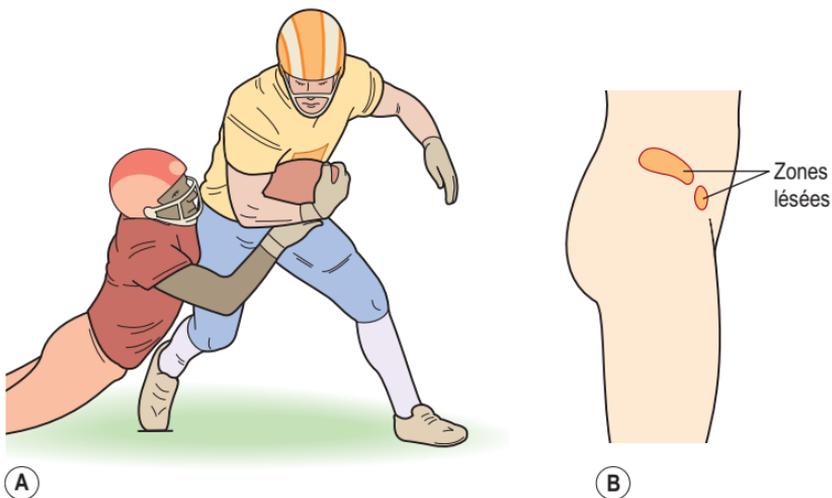


Figure 18.8 A. Contusion causée par un coup direct sur la hanche. B. Zones lésées.

Que dois-je vérifier ?

- Le joueur se plaindra d'une douleur au niveau de la partie osseuse de la hanche.
- Palpez la région douloureuse : si la douleur est intense, remplacez le joueur.

Que dois-je faire ?

- Demandez au joueur de marcher/courir sur quelques mètres – jugez s'il peut continuer.
- Si la douleur est légère, autorisez le joueur à poursuivre et réévaluez plus tard.

Douleur de la région pubienne/coup reçu dans les « parties intimes »

Voir aussi le chapitre 16.

Se produit après un choc direct sur la région génitale. Les organes génitaux sont évidemment plus vulnérables chez les hommes, mais une évaluation et un traitement peuvent cependant être requis chez les femmes.

L'intensité de la douleur peut couper le souffle du joueur. Le joueur se tord généralement de douleur en tenant la région atteinte.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Où avez-vous mal ? »
- « Pouvez-vous sentir vos deux testicules ? »

- « Ont-ils l'air normaux ? »
- « Votre pénis ou votre scrotum est-il touché ou saigné-t-il ? »

Que dois-je faire ?

- Encouragez le joueur à soutenir la région douloureuse avec ses deux mains. Le fait de fléchir les genoux jusqu'au thorax peut aider.
- Si la douleur s'apaise complètement et que le joueur se sent bien, il peut habituellement reprendre le jeu.
- Si la douleur persiste, faites-le sortir afin qu'il soit examiné par du personnel qualifié dans un environnement approprié.
- En cas de contusion, d'œdème, de saignement ou de douleur persistante, l'examen par un spécialiste est nécessaire.

Déchirures musculaires/contusion bénignes des muscles de la cuisse

Ce sont des lésions très courantes. La grande majorité d'entre elles sont bénignes et n'empêcheront pas le joueur de continuer.

Que dois-je vérifier ?

- Le joueur se plaindra d'une douleur à la cuisse atteinte.
- Il peut exister un œdème et une contusion manifeste.

Que dois-je faire ?

- Demandez au joueur de marcher/courir sur quelques mètres.
- Si la douleur disparaît/s'apaise, autorisez le joueur à continuer. Voir le chapitre 9.

GENOU ET MEMBRE INFÉRIEUR

Le genou est très souvent le siège de traumatismes dans le cadre du sport. La majorité des lésions sont ligamentaires et musculaires, et non osseuses. Le membre inférieur est moins souvent lésé que le genou, mais les traumatismes dans cette région peuvent empêcher la poursuite du jeu.

Zone rouge

- **Fracture du membre inférieur**
- **Entorse du genou**
- **Luxation de la rotule**

Zone orange

- **Genou enflé**
- **Déchirure du mollet**
- **Shin splints – périostite tibiale et syndrome de loge**

Zone verte

- **Contusion du mollet**
- **Crampe musculaire**

Des traumatismes graves du genou peuvent se produire, et doivent être traités rapidement et efficacement afin de minimiser les lésions. Les fractures du membre inférieur ne sont pas rares et des mesures simples, sur le terrain, permettent de diminuer la douleur et d'éviter les complications graves. Si vous pensez qu'un joueur souffre d'une blessure de zone rouge, celui-ci doit être sorti du terrain en toute sécurité et transféré dès que possible à l'hôpital.

Fracture du membre inférieur

Ce type de fracture est courant dans les sports de contact et les sports mécaniques (figure 18.9). C'est la conséquence d'un coup direct sur la jambe, ou d'une mauvaise réception après un saut.

Que dois-je vérifier ?

- Le joueur présentera une douleur intense de la jambe fracturée.
- Il peut avoir entendu ou senti un craquement.
- La jambe peut être déformée de façon évidente – attention : la jambe peut être fracturée sans déformation évidente.
- Elle peut être enflée.

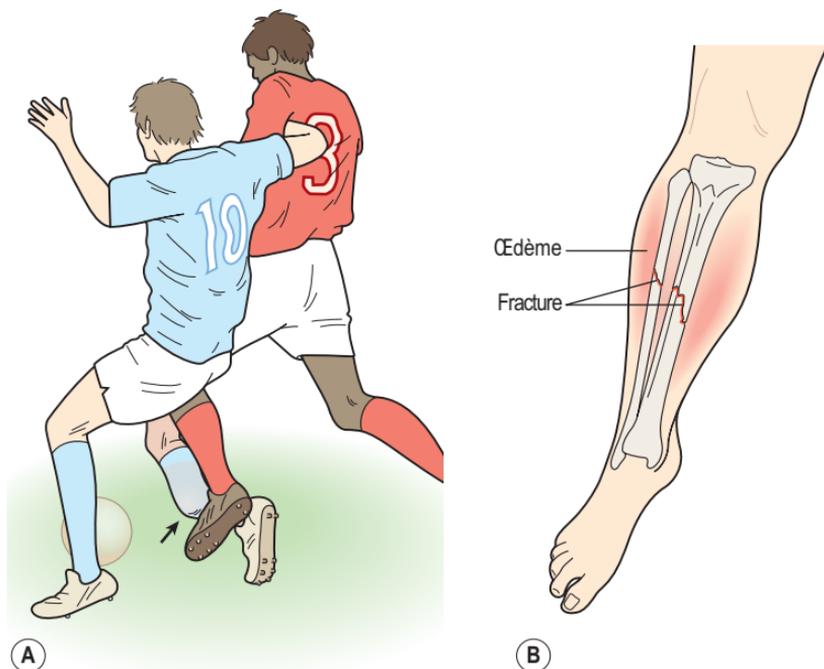


Figure 18.9 A. Fracture de jambe due à un tackle. B. Les os affectés.

- Recherchez une plaie – l'os/ un saignement important/ une coupure profonde de la peau sont-ils visibles?

Que dois-je faire ?

- Appelez les secours.
- Si, dans la plaie, l'os est visible, recouvrez avec un pansement stérile (si disponible).
- Si le saignement est important, appliquez une pression ferme sur le pansement stérile, et suffisante pour l'arrêter.

- Appliquez une attelle sur la jambe fracturée qui soulagera la douleur (voir figure 10.2).
- Faites sortir le joueur du terrain avec prudence sur une civière.

Torsion du genou

C'est un traumatisme très grave pouvant avoir d'importantes conséquences pour le joueur blessé (figure 18.10). Le genou est maintenu par des ligaments et des muscles assurant sa stabilité. En cas de déchirure, ils peuvent devenir très douloureux et

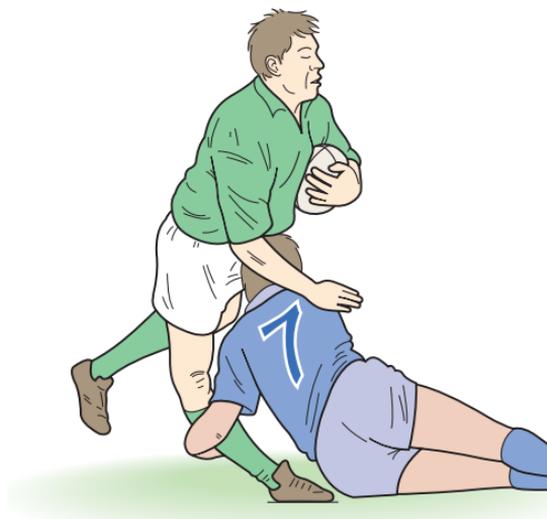


Figure 18.10 Torsion du genou – une blessure grave.

œdémateux. La récupération à long terme peut être très lente et incomplète.

Que dois-je vérifier ?

Parler au joueur

- « Que s'est-il passé ? »
- « Où avez-vous mal ? »
- « Comment êtes-vous tombé ? »
- « Avez-vous entendu votre genou faire un bruit sec ? »
- « Avez-vous senti le genou lâcher sous votre poids ? »

Observation

- Recherchez un œdème – si le genou enfle rapidement, il s'agit d'une **blessure de zone rouge**.

Palpation

- Palpez le genou. Est-il hyperalgique ? Si oui, il s'agit d'une **blessure de zone rouge**.



Bilan d'aptitude sportive

Demandez au joueur de prendre appui sur le genou atteint. S'il est incapable, sortez-le du terrain immédiatement et réévaluez-le sur la touche.

Que dois-je faire ?

- Faites sortir le joueur du terrain.
- Appliquez un pansement de soutien et de la glace (protocole RICE – diminue l'œdème).
- Administrez des antalgiques (si disponibles).
- Transférez à l'hôpital pour une évaluation complémentaire.

Luxation de la rotule

La luxation de la rotule peut se produire soudainement chez une personne présentant un antécédent de luxation, ou à la suite d'un choc direct sur la rotule chez une personne sans antécédents.

Que dois-je vérifier ?

- Le joueur présentera une douleur sur la rotule atteinte.
- La position de la rotule peut paraître anormale, comparativement au genou controlatéral (figure 18.11).



Figure 18.11 Luxation rotulienne.

Rappelez-vous : la luxation rotulienne peut se réduire spontanément après le traumatisme.

- Demandez au joueur s'il a senti ou vu la rotule se déboîter.
- Recherchez les œdèmes/plaies évidents.
- La jambe est-elle déformée – le joueur peut-il tendre complètement la jambe ?

Que dois-je faire ?

- Faites sortir le joueur du terrain.
- Appliquez un pansement compressif et de la glace (protocole RICE).
- La luxation rotulienne peut être réduite par du personnel qualifié.
- Transférez à l'hôpital pour une évaluation complémentaire.

Les blessures de zone orange de la jambe et du genou ne sont pas aussi graves que celles de zone rouge, mais elles peuvent être très douloureuses et interdisent généralement la poursuite de l'activité.

Genou enflé

Il s'agit d'un traumatisme courant dans toutes sortes de sports, mais plus particulièrement dans les

sports de contact. Les joueurs reçoivent fréquemment des coups sur le genou ne provoquant pas immédiatement de gêne mais une douleur dont l'intensité peut augmenter au fur et à mesure du jeu.

Que dois-je vérifier ?

- Recherchez un œdème/ une contusion du genou affecté – comparez toujours avec le genou controlatéral (figure 18.12).
- Recherchez une sensibilité à la palpation. Si le joueur ressent une forte douleur localisée, gardez à l'esprit la possibilité d'une **lésion ligamentaire** – faites sortir le joueur du terrain.
- Le joueur peut-il mettre le genou atteint en charge ? Dans la négative, faites-le sortir du terrain pour le réévaluer plus tard.



Figure 18.12 Genou œdémateux et contusionné.

Que dois-je faire ?

- Demandez au joueur de mettre le genou affecté en charge.
- Demandez-lui de courir/ marcher sur quelques mètres.
- Utilisez un spray réfrigérant pour soulager la douleur.
- Appliquez un pansement compressif sur le genou si la douleur ne s'apaise pas rapidement – envisagez de faire sortir le joueur du terrain.

Déchirure du mollet/ rupture du tendon d'Achille

Cette lésion est similaire à une déchirure des ischiojambiers (figure 18.13). Elle touche habituellement les joueurs en pleine course et peut les stopper net. La douleur peut être très intense.

Que dois-je vérifier ?

- Recherchez un œdème évident des muscles du mollet.
- Demandez au joueur où se situe précisément la douleur.
- Demandez-lui de prendre appui sur la jambe affectée.
- Demandez s'il a entendu un claquement lors du déclenchement de la douleur (si oui : éventuelle rupture du tendon d'Achille).
- Palpez le tendon d'Achille du côté lésé (comparez avec le côté controlatéral).

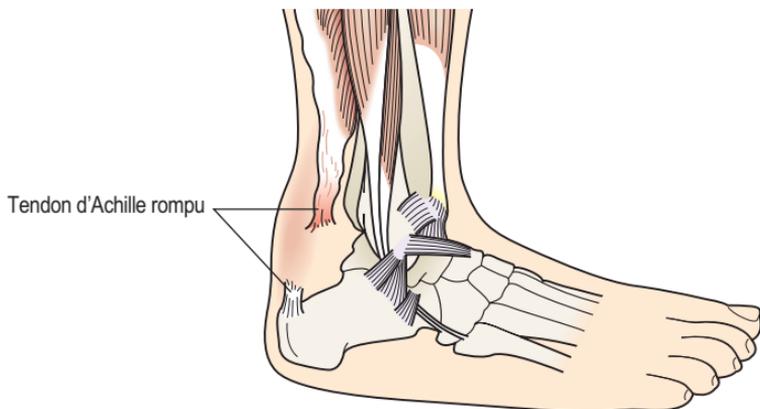


Figure 18.13 Rupture du tendon d'Achille.

Que dois-je faire ?

- Faites sortir le joueur du terrain.
- Si le joueur peut prendre appui sur la jambe et que le tendon d'Achille est intact, demandez-lui de courir/marcher sur quelques mètres – envisagez l'autorisation de reprise du jeu.
- Si le joueur éprouve une douleur intense et/ou qu'une rupture du tendon d'Achille est suspectée, faites-le sortir du terrain et réévaluez-le plus tard.
- Appliquez un pansement compressif et de la glace (protocole RICE).

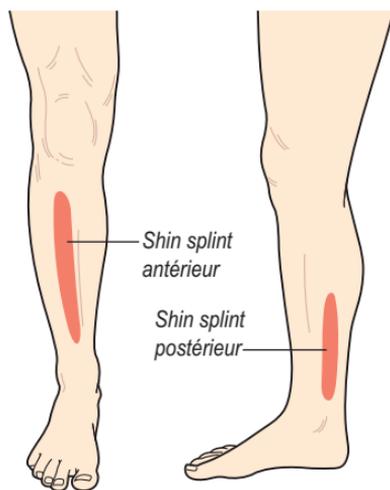


Figure 18.14 Sites douloureux du *shin splint*.

Shin splints

Il s'agit d'un terme générique utilisé pour évoquer les causes de douleur tibiale, en particulier sur la face antérieure du tibia (figure 18.14). Le joueur blessé

peut avoir des antécédents de douleur tibiale au long cours dont l'intensité progresse depuis quelques semaines. La douleur survient à l'effort et peut devenir si importante qu'elle empêche la poursuite du jeu.

Que dois-je vérifier ?

- Demandez au joueur s'il a remarqué ce type de douleur auparavant.
- Demandez-lui si la douleur survient au repos ou seulement à l'effort (dans ce dernier cas, il s'agit probablement d'un *shin splint*).
- Demandez au joueur s'il a augmenté sa charge d'entraînement récemment.
- Faites-le prendre appui sur la jambe affectée.
- Palpez le tibia : si l'os ou le muscle est douloureux, pensez au *shin splint*.

Que dois-je faire ?

- Faites sortir le joueur du terrain pour une évaluation complémentaire.
- Appliquez de la glace – évitez un pansement compressif.
- Demandez au joueur de courir/marcher sur quelques mètres. Si la douleur s'intensifie, dites-lui de se reposer, d'appliquer de la glace et de surélever sa jambe.
- Adressez le joueur à un spécialiste pour évaluation complémentaire et traitement.

Ces blessures sont très courantes et se produisent fréquemment durant la pratique sportive. Ce sont habituellement des problèmes bénins qui se résolvent rapidement avec un traitement simple ou sans traitement.

Contusion du mollet

Une contusion du mollet peut survenir lors d'un coup sur la jambe durant un match. Initialement, le traumatisme peut être douloureux, mais la plupart des joueurs récupèrent facilement.

Que dois-je vérifier ?

- Le joueur se plaindra d'une douleur et d'une sensibilité au niveau du mollet.
- La contusion peut être en partie visible ([figure 18.15](#)).
- Demandez au joueur de marcher/courir sur quelques mètres – si la douleur diminue, le sportif peut reprendre le jeu.

Que dois-je faire ?

- Appliquez un peu de spray réfrigérant sur la région pour soulager la douleur.

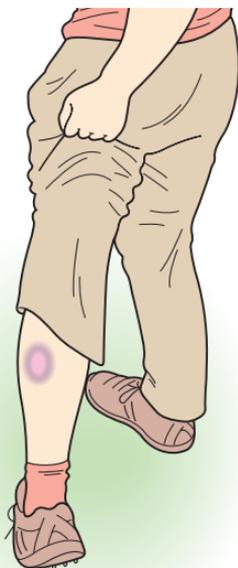


Figure 18.15 Contusion du mollet.

Crampe musculaire

Les crampes musculaires sont très courantes, en particulier vers la fin d'un match très fatigant par jour de chaleur.

Que dois-je vérifier ?

- Le joueur se plaindra d'une douleur intense au niveau de la jambe atteinte sans avoir reçu de choc. La douleur sera à type de crampe – comme une sensation de nœud dans le muscle.

- Le joueur sera incapable de continuer à courir – voire de rester debout.
- Il présentera une boiterie douloureuse du côté atteint.

Que dois-je faire ?

- Faites allonger le joueur.
- Étirez les muscles affectés.
- Si le joueur est incapable de continuer, remplacez-le et faites-le se reposer. Aucun traitement supplémentaire n'est nécessaire.

PIED ET CHEVILLE

Les traumatismes du pied et de la cheville sont courants dans le sport. La grande majorité d'entre eux sont bénins et ne nécessitent guère plus que du repos et l'application de glace. La cheville est l'articulation la plus souvent lésée dans la pratique sportive. Elle subit des contraintes très importantes durant l'activité physique. Dans certaines conditions, les ligaments très puissants qui maintiennent les os de la cheville peuvent se déchirer, entraînant une entorse ou, plus grave, une fracture de la cheville. Le pied est moins souvent lésé que la cheville, mais les traumatismes sont liés ici aux contraintes importantes exercées sur le pied durant la course.

Zone rouge

- **Fracture de la cheville**
- **Fractures osseuses du pied**

Zone orange

- **Entorse de la cheville**
- **Fractures de fatigue du pied**

Zone verte

- **Talalgie**
- **Ampoules**



Les fractures des os du pied et de la cheville se produisent en particulier en athlétisme et dans des sports au cours desquels les contraintes exercées sur la cheville et le pied sont importantes, comme le tennis. Elles empêchent la poursuite du sport et peuvent mener à de longues périodes « sur le banc », la convalescence étant souvent longue et difficile.

Fracture de la cheville

Il est important d'être capable de différencier une fracture d'une entorse grave de la cheville. Un joueur atteint d'une fracture de la cheville ressentira une douleur intense. Il ne pourra se tenir sur

la cheville affectée, et celle-ci enflera rapidement.

Que dois-je vérifier ?

- Demandez au joueur ce qui s'est passé – généralement, il vous indiquera avoir senti la cheville se « déplacer » (figure 18.16).
- Recherchez un œdème/une contusion/une déformation de la cheville (ils peuvent être importants !).
- Demandez au joueur de prendre appui sur sa cheville. S'il refuse d'essayer ou s'il en est incapable : **signe d'alerte rouge** – suspectez une fracture de la cheville.

Que dois-je faire ?

- Appliquez de la glace et une attelle/surélevez le pied (protocole RICE).
- Faites sortir le joueur du terrain.
- Administrez des antalgiques (si disponibles).
- **Appelez les secours pour qu'ils transfèrent le joueur à l'hôpital.**

Remarque pour le médecin : si la cheville est très déformée, réduisez-la dès que possible.

Fracture osseuse du pied

Une telle fracture est généralement due à des contraintes répétées sur un os du pied (figure 18.17), mais



A



B

Figure 18.16 A. Traumatisme en torsion ayant entraîné une fracture de la cheville. B. Contusion et œdème associés à une fracture de la cheville.

peut aussi survenir soudainement à la suite d'un coup direct sur le pied lors d'un tacle.

Que dois-je vérifier ?

- Demandez au joueur ce qui s'est passé.
- Demandez-lui où se situe la douleur – la région douloureuse sera assez spécifique.
- Recherchez un œdème ou une contusion au niveau de la région douloureuse.

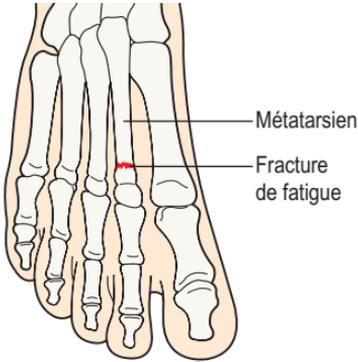


Figure 18.17 Fracture de fatigue du pied.

- Demandez au joueur de prendre appui sur le pied atteint. S'il ne peut le mettre en charge : **signe d'alerte rouge** – fracture osseuse du pied.

Que dois-je faire ?

- Faites sortir le joueur du terrain.
- Appliquez de la glace et surélevez le pied.
- **Transférez à l'hôpital dès que possible.**

Les entorses de cheville sont moins graves que les fractures, mais sont parfois des blessures vicieuses. En cas de suspicion d'entorse de la cheville, faites sortir le joueur du terrain. Les fractures de fatigue des os du pied peuvent entraîner une douleur chronique contrariante,

ne se manifestant que lors de l'effort. Le danger provient de la transformation d'une petite fracture de fatigue, incomplète, en une fracture complète, si les contraintes exercées sur le pied par le joueur sont trop importantes.

Entorses de cheville

La distinction entre une entorse et une fracture de cheville (figure 18.18) peut être difficile à faire. Toutes deux sont douloureuses, et toutes deux

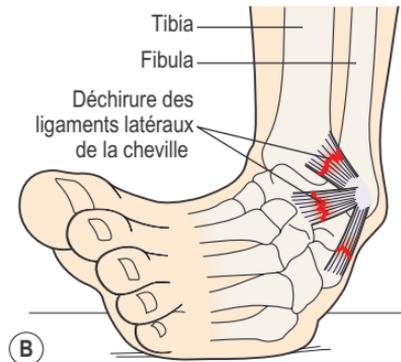


Figure 18.18 A. Entorse de la cheville.
B. Quelques ligaments fréquemment déchirés.

entraînent un œdème et une contusion de la cheville. En règle générale, la principale différence entre les deux réside dans une douleur, une contusion et un œdème plus importants dans la fracture que dans l'entorse. Un joueur doit pouvoir prendre appui sur une entorse de cheville (sauf si celle-ci est sévère), mais non sur une cheville fracturée.

Que dois-je vérifier ?

- Demandez au joueur ce qui s'est passé.
- Demandez-lui de situer précisément la douleur (la douleur est fréquemment plus forte d'un côté de la cheville que de l'autre).
- Recherchez un œdème et une contusion (pas aussi évidents que dans le cas d'une fracture de la cheville).
- Demandez au joueur de prendre appui sur la cheville atteinte.

Que dois-je faire ?

- Faites sortir le joueur du terrain.
- Appliquez un bandage compressif, de la glace et surélevez (protocole RICE).
- En l'absence d'amélioration des symptômes, adressez à un spécialiste pour avis.

Fracture de fatigue du pied

Cette fracture est moins grave qu'une fracture osseuse complète du pied, mais elle peut être très douloureuse et empêcher le sportif de poursuivre le jeu.

Que dois-je vérifier ?

- Questionnez le joueur sur le déroulement de la blessure. A-t-il déjà éprouvé cette douleur auparavant ?
- Demandez-lui où se situe la douleur – la région douloureuse sera assez spécifique.
- Recherchez un œdème ou une contusion au niveau de la région douloureuse.
- Le joueur doit pouvoir prendre appui sur le pied atteint, mais cet appui peut se révéler très douloureux.

Que dois-je faire ?

- Faites sortir le joueur du terrain.
- Appliquez de la glace et surélevez le pied.
- Si la douleur ne s'apaise pas au bout de quelques heures, transférez à l'hôpital pour une évaluation complémentaire.

Les traumatismes bénins du pied et de la cheville sont courants. Les ampoules peuvent entraîner une gêne importante et empêcher le sportif de jouer. Les talalgies peuvent avoir des causes très variées, mais sont dues pour la plupart au surmenage/ à un entraînement intensif. Elles peuvent être traitées par des mesures simples comme le repos et la kinésithérapie.

Talalgie

Le tendon d'Achille peut devenir inflammatoire sur son insertion osseuse au niveau du pied. La douleur s'installe en général progressivement, et peut être associée à un nouveau mode d'entraînement, ou même à de nouvelles chaussures de sport. La douleur survient à l'effort et subsiste sous forme d'endolorissement au repos.

Que dois-je vérifier ?

- Le joueur se plaindra d'une douleur persistante s'intensifiant à l'effort et subsistant au repos.
- Demandez au joueur si ses chaussures de sport sont neuves/s'il a changé de mode d'entraînement.
- Recherchez un œdème/ une contusion au niveau du tendon d'Achille.



Figure 18.19 Zone de talalgie la plus courante.

- Recherchez une sensibilité à la palpation du talon – la région douloureuse peut être assez spécifique (figure 18.19).
- Demandez au joueur de marcher/courir sur quelques mètres : si la douleur est tolérable, autorisez la reprise du jeu. Si la douleur s'aggrave, faites sortir le joueur du terrain.

Que dois-je faire ?

- Appliquez du spray réfrigérant sur la zone (soulage la douleur).
- Si la douleur réapparaît, adressez le joueur à un spécialiste pour évaluation et traitement.

Ampoules (voir chapitre 8)

Les ampoules dans la région du pied et de la cheville sont très courantes, en particulier après de longs matchs sur sol dur, ou si les chaussures de sport ne

sont pas bien adaptées. Elles sont souvent très douloureuses et empêchent fréquemment la reprise du jeu.

Que dois-je vérifier ?

- Le joueur boitera douloureusement.
- Demandez au joueur d'ôter ses chaussures de sport.
- Recherchez des ampoules (figure 18.20).

Que dois-je faire ?

- Percez l'ampoule et appliquez un pansement stérile sur la région.
- Appliquez un pansement type 2nd Skin® ou Compeed®.
- Demandez au joueur de marcher/courir sur quelques mètres : si la douleur



Figure 18.20 Volumineuse ampoule sur le talon.

s'améliore, autorisez la reprise du jeu ; autrement, remplacez le joueur et réévaluez-le plus tard.

Traumatismes unguéaux du pied

Ces traumatismes sont fréquents dans les sports de contact où les joueurs portent des chaussures à crampons. Ils se produisent également dans les sports d'endurance, comme le marathon.

On retrouve un hématome sous-unguéal.

Que dois-je vérifier ?

- Le joueur se plaindra d'une douleur pulsatile.
- L'ongle sera teinté par le sang sous-unguéal, et pourra sembler lâche.

Que dois-je faire ?

- Un bandage de l'orteil avec du ruban adhésif permet parfois au joueur de poursuivre.
- Du personnel qualifié peut soulager la pression sous-unguéale en perçant l'ongle avec une aiguille stérile chauffée.

NOYADE

Chaque jour, 500 personnes se noient dans le monde. Trois fois plus sont admises à l'hôpital après une noyade partielle (ou prénoyade), pouvant provoquer des lésions cérébrales graves et une invalidité à long terme.

Toute personne pratiquant des loisirs nautiques et vivant près d'un plan d'eau devrait apprendre à nager sous la supervision d'un moniteur qualifié.

Que dois-je faire si je vois une personne se noyer ?

« La sécurité personnelle d'abord. » Votre prise au sol doit être bonne. Si vous tentez un sauvetage à partir d'un bateau, votre niveau de natation doit être suffisant.

Pour effectuer un sauvetage de noyade, les règles sont les suivantes : atteindre, jeter, ramer, ne pas y aller (figure 19.1).



INFORMATION

Consignes de sécurité

- Ne nagez jamais seul et nagez près d'un poste de surveillance de baignade.
- Vérifiez avec les maîtres sauveteurs les conditions météorologiques avant de vous baigner.
- Ne surestimez pas vos capacités.
- Mettez de la crème solaire.
- Évitez l'alcool.
- Ne courez et ne plongez jamais dans la mer sans en connaître la profondeur!
- Si vous voulez nager sur de longues distances, faites-le parallèlement au rivage et en ayant pied.
- Si vous êtes en difficulté, essayez de ne pas paniquer. Levez le bras pour appeler à l'aide, faites la planche et attendez l'arrivée des secours.
- Ne luttiez pas contre un courant fort vous entraînant au large. Nagez parallèlement au rivage jusqu'à l'arrêt des eaux turbulentes. Nagez ensuite en direction du rivage, ou bien levez le bras pour indiquer que vous avez besoin d'aide.
- Restez calme et conservez votre énergie. Si vous fatiguez, flotez avec le courant et indiquez que vous avez besoin d'aide.

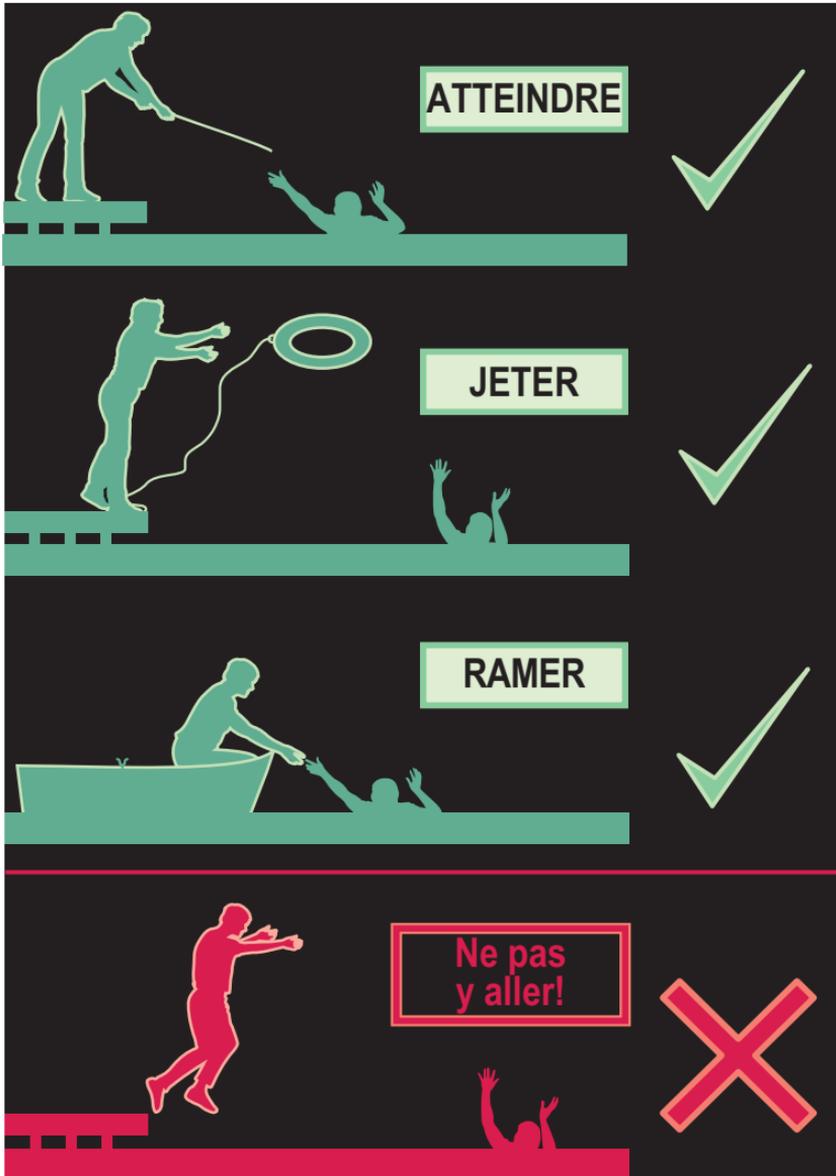


Figure 19.1 Atteindre, jeter, remar, ne pas y aller.

Atteindre

Tenez-vous au quai ou au bateau, et tendez la main, une canne à pêche, une rame, ou quoi que ce soit à la personne en difficulté dans l'eau.

Jeter

Si la portée n'est pas suffisante, jetez des objets flottants auxquels la personne pourra s'agripper, comme un gilet de sauvetage dans l'idéal ; mais il peut aussi s'agir de bouteilles en plastique, de coussins, de morceaux de bois, de récipients pour pique-nique en plastique, ou de tout autre objet flottant.

Ramer

Si vous êtes dans un bateau, rapprochez-le de la personne immergée, et appelez les bateaux proches pour qu'on vienne vous aider.

Ne pas y aller

- Restez hors de l'eau à moins d'avoir les mêmes compétences que les maîtres sauveteurs dans le secours de personnes blessées et sous choc.
- Appelez les urgences, restez calme et communiquez votre position exacte.

Comment puis-je sortir une personne de l'eau en toute sécurité ?

Les gestes à accomplir sont illustrés aux figures 19.2 et 19.3.

Que dois-je faire une fois de retour à terre ?

- Les personnes assistant à la scène doivent immédiatement appeler les urgences.
- **L'ABC constitue la priorité** (voir chapitre 5).
- Ôtez les corps étrangers de la bouche en libérant les voies aériennes.
- Le bouche-à-bouche peut être difficile en raison de spasmes laryngés.
- La manœuvre de Heimlich n'est d'aucune utilité.
- Administrez de l'oxygène à 100 % si disponible.
- Ôtez les vêtements et enveloppez la personne dans des couvertures chaudes.
- **Poursuivez la réanimation cardiopulmonaire (RCP) jusqu'à l'arrivée à l'hôpital**, car l'hypothermie (température corporelle basse) a un effet protecteur.
- **Transférez d'urgence à l'hôpital le plus proche.**

**INFORMATION****Le saviez-vous ?**

Un enfant de 2 ans et demi resté immergé dans de l'eau froide pendant 66 minutes s'est totalement rétabli après une longue séance de RCP.

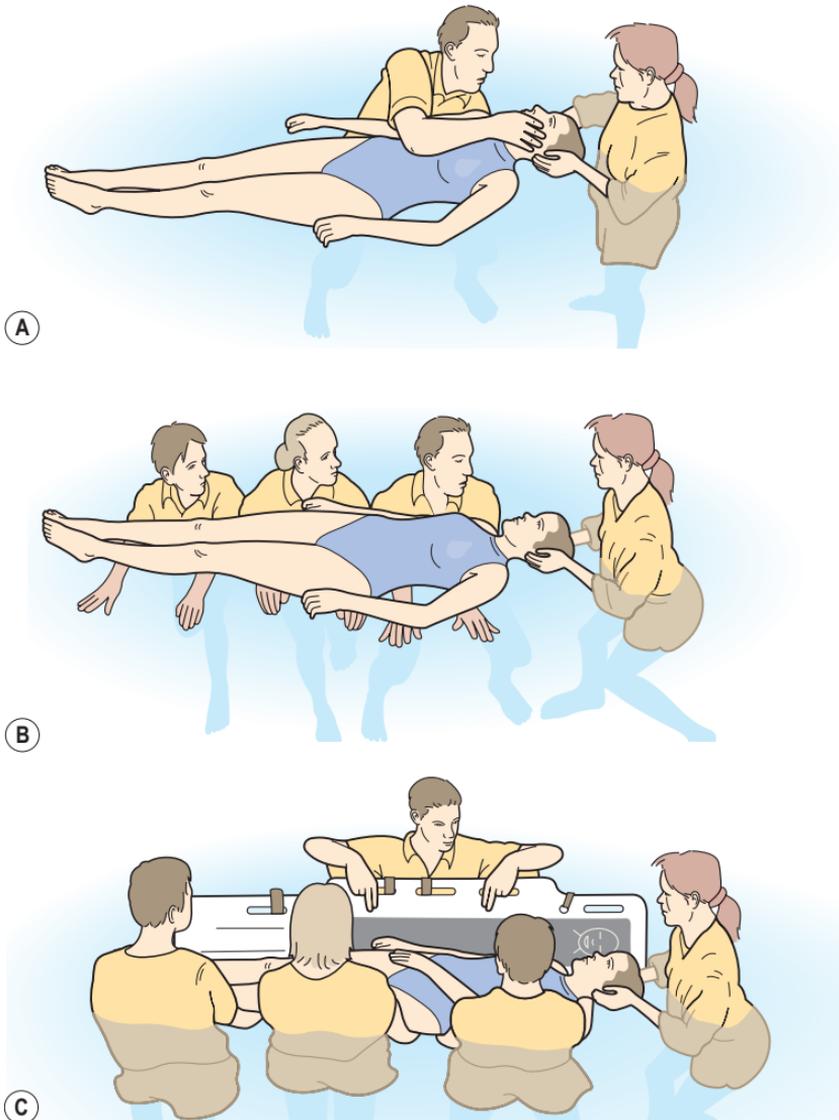


Figure 19.2 Comment sortir une personne de l'eau en toute sécurité. **A.** Placez le nageur ou la nageuse en décubitus dorsal. Stabilisez le menton et le cou pendant qu'une personne soutient la tête. **B.** Deux autres personnes sont nécessaires pour soutenir le tronc et les jambes, et maintenir les lombaires et la colonne droite. **C.** Si une planche dorsale est disponible, placez-la sous le (la) nageur(se) tout en maintenant la tête et le dos. La personne est sanglée à la planche et ramenée sur le rivage.

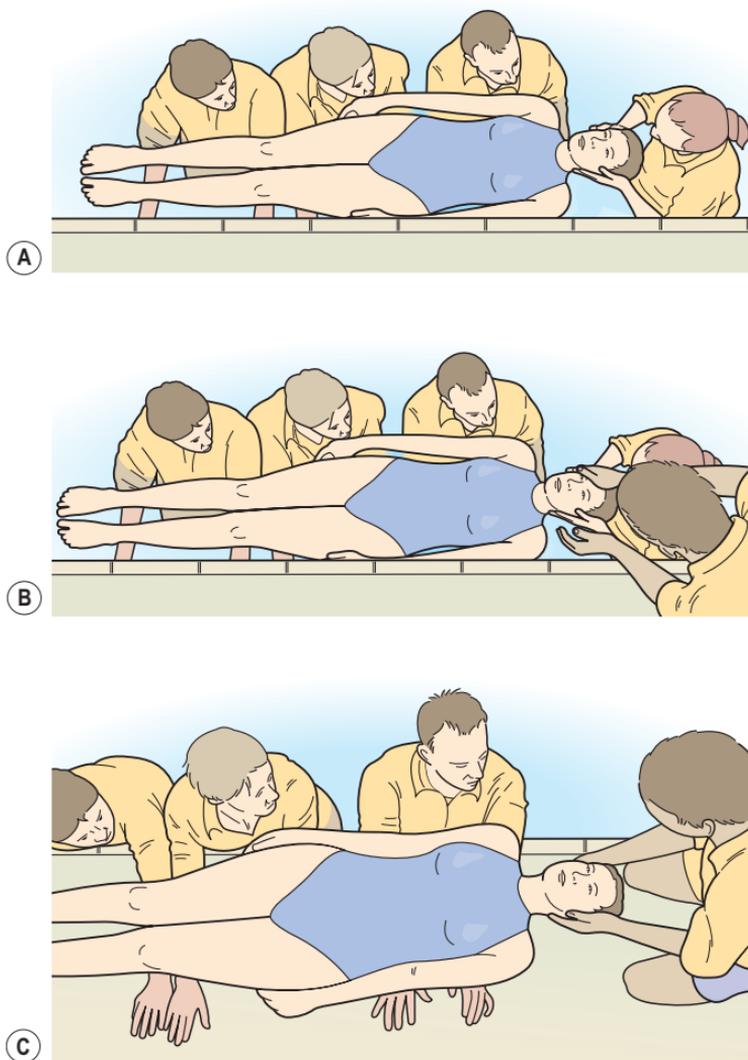


Figure 19.3 En l'absence de planche dorsale, la personne est ramenée sur la berge ou le rivage par flottaison (A), en maintenant la stabilité de la colonne et du cou durant toute la procédure. B. Une fois la berge atteinte, une personne supplémentaire est nécessaire à terre pour maintenir la tête. C. « Prêts à lever ? Levez ! » Le (la) nageur (se) est ramené(e) avec douceur sur la berge.

Les personnes échappant à la noyade et semblant bien se porter ne se portent pas bien !

- Les passants assistant à la scène doivent immédiatement appeler les urgences.
- Administrez de l'oxygène à 100 % si disponible.
- Ôtez les vêtements et enveloppez la personne dans des couvertures chaudes.
- Transférez au service d'urgences le plus proche.
- Les personnes resteront sous surveillance à l'hôpital pendant 24 heures, car une affection pulmonaire grave et une défaillance polyviscérale peuvent se développer peu de temps après l'événement et s'avérer fatales.

PLONGEON ET AUTRES URGENCES LIÉES À LA NAGE (figure 19.4)

- Les traumatismes cervicaux sont fréquents en plongée en eau peu profonde.
- Sortez la personne de l'eau avec prudence, comme souligné ci-dessus.
- Une fois la personne sortie de l'eau, consultez le chapitre 13 pour savoir comment évaluer et traiter ce type de traumatismes.

- Les nageurs peuvent être victimes d'un accident cardiaque, d'un accident vasculaire cérébral, ou présenter tout type d'urgence médicale comme à terre. Le traitement consiste à sortir la personne de l'eau en toute sécurité, à vérifier l'ABC, administrer de l'oxygène et à la transférer immédiatement au service d'urgences le plus proche (figure 19.5).
- Les personnes susceptibles de perdre connaissance – comme les épileptiques, ou certains

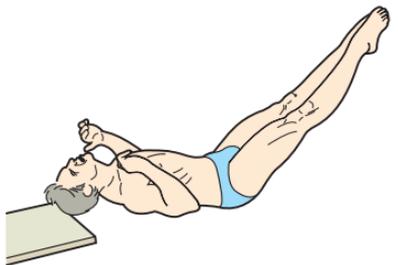


Figure 19.4 Accidents de plongeur.



Figure 19.5 Plongeur placé sous oxygène et sous suivi médical.

diabétiques (glycémie mal contrôlée) – devraient prendre des précautions particulières et ne devraient jamais nager, car elles mettent leur vie et celle des autres en danger.

TRAUMATISMES EN PLONGÉE SOUS-MARINE

Avant de plonger

- Consultez un médecin ayant un intérêt pour les pathologies des plongeurs. L'épilepsie, les accidents vasculaires cérébraux, les pathologies pulmonaires, les affections ORL, les pathologies cardiaques et la grossesse peuvent représenter un grand risque!
- Nous recommandons l'apprentissage de la plongée dans des écoles de plongée affiliées à la PADI (Professional Association of Diving Instructors) ou à la FFESSM (Fédération française d'études et de sports sous-marins). Il est possible de trouver davantage de renseignements sur les cours de plongée et la condition physique requise sur le site www.padi.com ou www.ffessm.fr.
- Ne plongez jamais seul.

Problèmes lors de la descente

- Les lésions les plus fréquentes concernent le tympan et l'oreille moyenne (« accidents de décompression »).

- Une personne présentant une douleur à l'oreille doit la signaler à son moniteur et remonter à la surface en toute sécurité sous la supervision de ce dernier.
- Si la douleur disparaît rapidement, la plongée doit être évitée pendant 2 à 7 jours.
- En cas de douleur persistante, la personne doit consulter un médecin, car des lésions permanentes de l'audition et de l'équilibre peuvent survenir.
- Parfois, de l'eau peut s'introduire dans l'oreille interne, et le plongeur perdra soudainement l'équilibre et l'audition, ce qui est très spectaculaire. Il est alors essentiel de rester calme, de le signaler au moniteur et de remonter en toute sécurité à la surface. La personne doit immédiatement consulter un médecin pour être traitée.

Problèmes en eau profonde

- Ne touchez que ce que le moniteur vous autorise à toucher, car de nombreux organismes vivants dangereux et venimeux existent en mer.
- En cas de sensation de vertige, de désorientation ou d'ivresse, signalez au moniteur que vous avez besoin d'aide, car il peut exister un dysfonctionnement du système d'alimentation en air.

Problèmes lors de la remontée en surface

Lors de la remontée en surface, les urgences mettant en jeu le pronostic vital les plus courantes sont le collapsus respiratoire, l'embolie gazeuse et la maladie de décompression.

- **Collapsus pulmonaire** – Une défaillance respiratoire lors de la remontée peut entraîner une accumulation d'air et une rupture pulmonaire partielle provoquant un collapsus respiratoire.
- **Embolie gazeuse** – Se produit lors de la migration de bulles d'air dans la circulation par l'intermédiaire d'une petite déchirure pulmonaire. Les symptômes se développent peu de temps après le retour à la surface, et sont souvent dus à une remontée non maîtrisée.
- **Maladie de décompression (« maladie des caissons »)**
 - Une remontée trop rapide peut être à l'origine d'une accumulation de bulles d'azote dans tout l'organisme. La maladie peut se développer après 24 heures, mais la plupart des cas se développent au cours des 8 premières heures.

La sortie de l'eau en toute sécurité et l'évaluation de l'ABC constituent la priorité. Si une personne a connu des difficultés

durant la plongée ou dans les 24 heures suivantes, évaluez-la selon les recommandations décrites ci-après.

Que dois-je vérifier ?

Parler au plongeur

Vérifiez les symptômes suivants.

- Douleur ou constriction thoracique.
- Difficultés respiratoires et toux.
- Engourdissement, faiblesse, modifications de la sensibilité, vertiges ou changements de personnalité.
- Perte d'équilibre et d'audition.
- Douleur abdominale intense, vomissements et nausées.
- Douleur articulaire et musculaire inexplicée.

Identification du problème

En présence d'un des symptômes énumérés ci-dessus, le patient est supposé présenter un collapsus pulmonaire, une embolie gazeuse ou une maladie de décompression (voir plus haut).

Observation

Si le plongeur se sent bien mais qu'il présente un écoulement buccal ou nasal, des rougeurs cutanées, ou bien un changement de personnalité ou de comportement, une des trois pathologies décrites ci-dessus doit être évoquée.

Exclusion d'un traumatisme grave
Il convient de réaliser une rapide évaluation de la tête aux pieds à la recherche de traumatismes, de morsures, de plaies par perforation, de piqûres de méduse, etc.

Palpation

- Vérifiez régulièrement l'ABC du patient et effectuez une RCP si nécessaire.
- Palpez les articulations et l'abdomen et, en cas de douleur intense, une maladie de décompression doit être suspectée.
- En cas de collapsus respiratoire, le cou ou la poitrine du patient peuvent être enflés en raison de l'air emprisonné sous la peau. Une sensation de crépitement est ressentie lorsque la peau est palpée. L'étape suivante consiste en l'administration d'oxygène à 100 % et en l'examen du thorax comme décrit au chapitre 16. Si le plongeur présente d'importantes difficultés respiratoires, l'insertion d'un drain thoracique pour soulager le poumon collabé doit être envisagée, comme expliqué au chapitre 15.

Bilan d'aptitude sportive

Un plongeur présentant une des caractéristiques décrites ci-dessus ne doit en aucun cas retourner dans l'eau ; une recompression ne doit pas non plus être tentée en replongeant.

Que dois-je vérifier ?

- Parlez au plongeur et tentez de le calmer.
- S'il est en difficulté, faites-le sortir de l'eau en toute sécurité, comme décrit ci-dessus.
- Transfert d'urgence – le plongeur doit être transféré de toute urgence au service d'urgences le plus proche, de préférence équipé d'un caisson hyperbare.
- Évitez d'aggraver les lésions en ne laissant sous aucun prétexte le plongeur retourner dans l'eau.
- Traitez le joueur en l'allongeant sur le dos, en pratiquant une RCP si nécessaire, en lui administrant de l'oxygène à 100 % si disponible, et en une enveloppant dans des couvertures chaudes pour éviter une hypothermie. Les plaies et blessures des membres doivent être traitées comme indiqué aux chapitres appropriés.

INTRODUCTION

De plus en plus de personnes se rendent dans des régions de haute altitude (figures 20.1 et 20.2), que ce soit pour skier, faire du trekking, de l'alpinisme, voire pour visiter un village d'altitude (par exemple, La Paz, en Bolivie, est située

à 4200 mètres). Le mal des montagnes (ou d'altitude) peut aller d'une simple fatigue au risque vital par coma. Il est lié à la physiologie individuelle (génétique) et à la vitesse de l'ascension, et non à l'âge, au sexe, à la condition physique ou à une expérience antérieure en altitude.

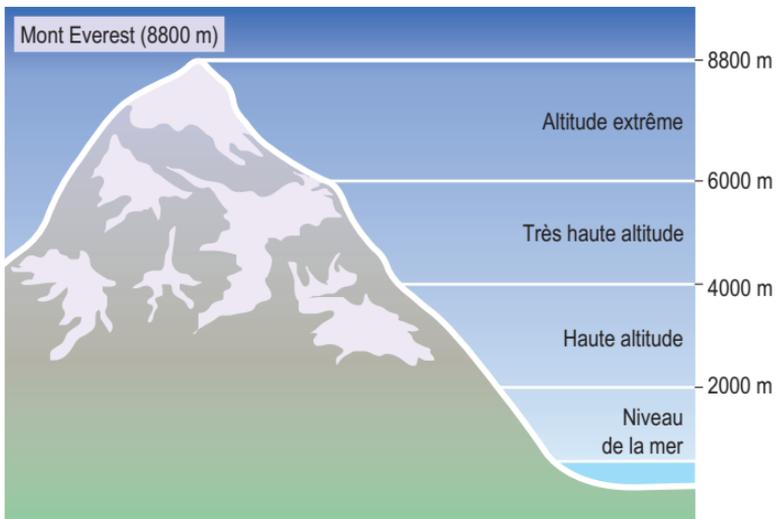


Figure 20.1 Altitude.



Figure 20.2 Les vues panoramiques sont belles mais la montagne doit être traitée avec respect.

Ce chapitre présente la façon de reconnaître et de traiter les différentes formes du mal des montagnes. Le mal aigu des montagnes est la pathologie liée à l'altitude la plus courante. Le traitement ne requiert souvent que des choses simples comme le repos ou la redescente. Cependant, le traitement est souvent difficile à des altitudes extrêmes, où se rencontrent plus souvent des formes sévères de mal de montagne, car les ressources médicales sont habituellement limitées.

Qu'est-ce que la haute altitude ?

- La haute altitude se définit sur une échelle d'altitude (figure 20.1).
- En termes pratiques, le mal des montagnes survient rarement en dessous de 2500 mètres.

Acclimatation

L'acclimatation est le processus physiologique normal d'adaptation à une plus faible quantité d'oxygène disponible en haute altitude. L'organisme perçoit le faible apport en oxygène et prend un certain nombre de mesures pour accroître la quantité d'oxygène absorbée, et surtout pour utiliser cet oxygène plus efficacement que la normale. Lors de l'ascension, la quantité d'oxygène respirée diminue de plus en plus. Pour compenser ce déficit d'oxygène, la respiration se fait plus profonde et plus fréquente, particulièrement lors de l'effort (trekking, par exemple). Ce mécanisme est normal et important dans l'adaptation au manque d'oxygène. Parfois, une « respiration périodique » peut se produire, particulièrement la nuit. Il s'agit de cycles respiratoires normaux qui se ralentissent progressivement avant une période d'apnée pouvant atteindre 15 secondes. Il s'ensuit une brève phase de récupération avec une respiration rapide. Parfois source d'anxiété, il est toutefois important de comprendre qu'il ne s'agit pas d'un mal des montagnes, mais plutôt de la manifestation d'un processus normal d'acclimatation. Le temps d'acclimatation varie d'un individu à l'autre. Au bout



Figure 20.3 Au-dessus de 8000 mètres, même l'acclimatation ne suffit pas. De l'oxygène d'appoint est nécessaire, avec un régulateur d'oxygène spécial, comme on le voit ici. Cette photo, du Dr Clare O'Leary, a été prise au sommet du mont Everest en 2005. Avec l'aimable autorisation de patfalvey.com.

de 10 jours en altitude, le niveau d'acclimatation de l'organisme est d'environ 80 % chez la plupart des personnes (figure 20.3).

Symptômes normaux en altitude

- Hyperventilation (respiration plus rapide et plus profonde) à l'effort.
- Respiration périodique.
- Insomnie.
- Miction augmentée.
- Fréquence cardiaque augmentée (jusqu'à 100 pulsations par minute).

La prévention est essentielle !

Programmez une ascension progressive en laissant un temps d'acclimatation suffisant à votre

organisme. Soyez au fait des signes et symptômes du mal aigu des montagnes afin de pouvoir identifier et traiter précocement tout problème. Il est important de se rappeler que l'acclimatation est plus ou moins longue selon les individus. En règle générale, les recommandations suivantes permettent d'éviter la survenue du mal des montagnes chez la plupart des individus.

- Avant de dépasser les 3000 mètres, passez au moins une nuit sous ce seuil, à une hauteur intermédiaire. Une ascension au-dessus de 3000 mètres d'altitude depuis le niveau de la mer n'est pas conseillée sans avoir passé une nuit d'acclimatation à environ 2000 mètres. Assez couramment, des personnes se rendent en avion jusqu'aux stations de sport d'hiver et commencent à skier le lendemain. Elles devraient prendre conscience du risque plus élevé de développer un mal aigu des montagnes.
- Au-dessus de 3000 mètres, votre lieu de sommeil ne devrait pas augmenter de plus de 300 à 500 mètres par nuit.
- À chaque palier de 1000 mètres, une deuxième nuit devrait être passée à la même altitude. Lorsqu'une deuxième nuit est passée à la même altitude, il est utile de grimper en journée

à une altitude supérieure au cours d'un court trek, et de revenir dormir à une altitude inférieure, afin de faciliter l'acclimatation, de favoriser la récupération nocturne, et d'être prêt pour une longue ascension matinale.

Grimpez en haute altitude, dormez en basse altitude

- **Évitez** la déshydratation. La déshydratation survient plus facilement en altitude en raison de l'augmentation de la fréquence respiratoire, entraînant une déperdition pulmonaire plus importante qu'à la normale.
- Le régime alimentaire est important. Les jours d'activité, un régime riche en glucides est recommandé, car ceux-ci nécessitent moins d'oxygène pour être métabolisés (brûlés) que les graisses et les protéines, qui doivent être consommées les jours de repos. Les besoins énergétiques augmentent aussi pour atteindre environ 4000 kilocalories par jour.
- **Évitez** les dépresseurs respiratoires (substances réduisant le réflexe respiratoire) :
 - Alcool.
 - Antalgiques opioïdes.
 - Somnifères. En altitude, ne traitez pas l'insomnie avec

des somnifères qui ne feront qu'exacerber le mal aigu des montagnes en réduisant la capacité respiratoire.

MAL DES MONTAGNES

Que dois-je vérifier ?

Parler à la personne

- Lors de l'évaluation d'un patient, **la sécurité du sauveteur comme du patient est importante**. Par exemple, sur un glacier, **assurez-vous que tout le monde est attaché à une corde de sécurité**, puis parlez à la personne.
- Assurez-vous que la personne est consciente et peut construire des phrases (voir le chapitre 5).

Identification du problème – poser des questions

- Évaluez si la personne est orientée ou confuse :
 - « Où êtes-vous ? »
 - « Quel jour sommes-nous ? »
 - « Qui suis-je ? »
- La confusion est un signe inquiétant et doit être prise au sérieux.
- Posez des questions pour repérer d'autres signes de mal aigu des montagnes :
 - « Êtes-vous épuisé ?
Pouvez-vous continuer ? »

- « Avez-vous des nausées / vomissements ? »
- « Souffrez-vous d'insomnie ? »

Observation

- La personne présente-t-elle des signes d'épuisement (par exemple, ralentissement ou incapacité de continuer) ?
- Se comporte-t-elle de façon inappropriée (par exemple, se déshabille-t-elle) ?
- A-t-elle des difficultés respiratoires manifestes ?
- Ses lèvres et extrémités sont-elles bleuies ? La respiration est-elle rapide au repos ?
Rappelez-vous : l'essoufflement à l'effort est normal tant qu'il disparaît au repos.
- Existe-t-il des signes de déshydratation (par exemple, muqueuses sèches, soif extrême, confusion) ?
- La personne est-elle chancelante, comme ivre ?
Encore une fois, c'est un signe inquiétant qui devrait être pris au sérieux, car il peut être révélateur d'un œdème cérébral de haute altitude (OCHA), ou d'un œdème pulmonaire de haute altitude (OPHA) (**affections de zone rouge**) (abordés plus loin).

Exclusion d'un traumatisme grave
Recherchez un OCHA et un OPHA (voir plus loin). Ces deux affections peuvent mettre en jeu le pronostic

vital et requièrent une prise en charge immédiate. Si la présence de l'une ou l'autre est suspectée, la descente doit immédiatement commencer. En l'absence d'amélioration des symptômes lors de la descente, envisagez une évacuation (par exemple, par hélicoptère médicalisé).

Palpation

- Si le patient est inconscient, débutez immédiatement l'évaluation et la prise en charge de l'ABC (voir chapitre 5).
- Si de l'oxygène et un appareil sont disponibles, le débit d'oxygène doit être de 4 litres/minute.
- Malheureusement, les ressources médicales sont souvent limitées sur les terrains montagneux reculés où la plupart des pathologies graves liées à l'altitude se présentent.

Bilan d'aptitude sportive

- La personne est-elle incapable d'aller au même rythme que le groupe ?
- Évaluez si la personne parvient à bien marcher en lui demandant de poser un pied devant l'autre en ligne droite. Si elle titube, suspectez la présence d'un OCHA.

Le déni de symptômes ou leur attribution à des pathologies bénignes est courant, en particulier le jour du sommet, lorsque la « fièvre

des sommets» l'emporte et que les alpinistes s'imposent de parvenir à leur objectif. Il est important d'y être attentif et de surveiller étroitement toute personne ralentissant ou incapable de suivre le rythme. Malheureusement, certains peuvent développer un mal aigu des montagnes avant même que des symptômes aient été repérés.

Mal aigu des montagnes

Le mal aigu des montagnes est un syndrome allant d'une forme aiguë bénigne à un OCHA ou un OPHA menaçant le pronostic vital. Il survient lorsque l'organisme ne parvient pas à s'acclimater ou s'adapter au manque d'oxygène. En altitude, tout le monde développe une hypoxie (diminution du taux d'oxygène dans le sang) plus ou moins importante. Toutefois, le mal aigu des montagnes ne se développe pas chez tout un chacun. La raison pour laquelle certaines personnes tolèrent l'hypoxie mieux que d'autres est inconnue. Le mal aigu des montagnes apparaît typiquement au-dessus de 2500 mètres, 75 % des personnes présentant des symptômes au-dessus de 3000 mètres. La forme bénigne du mal aigu des montagnes est de loin la plus courante des pathologies liées à l'altitude.

Que dois-je vérifier ?

Le diagnostic de mal aigu des montagnes est posé en présence d'une **céphalée** associée à un ou plusieurs des symptômes suivants.

- **Trouble gastro-intestinal** – Existe-t-il une perte d'appétit, des nausées ou des vomissements ?
- **Fatigue ou faiblesse** – La personne est-elle dans l'incapacité de suivre le rythme ?
- **Vertiges** – La personne présente-t-elle des vertiges ou une sensation ébrieuse ?
- **Insomnie** – La personne est-elle incapable de dormir ?

D'autres questions importantes liées au rythme de l'ascension incluent les suivantes.

- À quelle altitude la personne a-t-elle dormi la nuit précédente ?
- L'augmentation standard de 300 mètres d'altitude par nuit a-t-elle été respectée ?
- Depuis quand les symptômes sont-ils présents ?

Une céphalée d'altitude n'est jamais normale et doit être considérée comme une pathologie d'altitude jusqu'à preuve du contraire.

La déshydratation est souvent à l'origine de céphalées provoquées par un mal des montagnes bénin. Un litre de boisson et un antalgique léger (aspirine ou ibuprofène) doivent alors être donnés à la personne. Une céphalée ne cédant pas est plus probablement due à un mal aigu des montagnes.

Que dois-je faire ?

- **Repos**, au minimum, ou bien redescente. Le traitement minimal en cas de mal aigu des montagnes est de faire des haltes de repos. En présence de symptômes graves, une redescente immédiate doit être envisagée.
- **Hydratation**. Réhydratez par la prise de liquides par voie orale.
- **Antalgiques**. Donnez du paracétamol, de l'aspirine ou de l'ibuprofène.

Ces trois mesures conviennent habituellement à la plupart des cas de mal aigu des montagnes. Une fois la personne rétablie, elle peut reprendre l'ascension. Si les symptômes persistent malgré le temps de repos, ou si des signes d'OCHA ou d'OPHA se développent, la **redescente immédiate est alors recommandée**.

En cas de doute, descendre.

L'acétazolamide est un médicament permettant de

prévenir ou de traiter le mal aigu des montagnes. La posologie recommandée est de 250 mg toutes les 12 heures. Pour un traitement prophylactique, la prise d'acétazolamide doit débiter au moins 24 heures avant une ascension au-dessus des 2500 mètres. Ce produit stimule la respiration et accélère le processus d'acclimatation. Il ne masque pas les symptômes. Il ne protège toutefois pas contre l'aggravation de la maladie si la personne est symptomatique lors de l'ascension. **Il n'est pas recommandé de traiter le mal aigu des montagnes par l'administration d'acétazolamide et de poursuivre l'ascension.**

Œdème cérébral de haute altitude

Les pathologies d'altitude représentent un large éventail de maladies allant des symptômes légers, comme décrit ci-dessus, aux affections mettant en jeu le pronostic vital, tel que l'OCHA. Cette pathologie est due à un œdème du tissu cérébral engendrant un dysfonctionnement du cerveau. Le principal signe est un trouble de la pensée et de la coordination. L'OCHA est typiquement précédé de symptômes de mal aigu des montagnes jusque-là passés inaperçus ou dissimulés.

Que dois-je vérifier ?

Les patients atteints d'OCHA présenteront des **symptômes de mal aigu des montagnes** (voir ci-dessus) et :

- une démarche chancelante (comme en état d'ébriété). Demandez à la personne de poser un pied devant l'autre en ligne droite ;
- des modifications de l'état mental (confusion, désorientation). Posez des questions sur l'heure, le jour, la date, le lieu, etc.

Ou uniquement les deux signes associés ci-dessus, sans symptômes de mal aigu des montagnes.

Que dois-je faire ?

- **Redescendre immédiatement si possible** – l'OCHA est une affection engageant le pronostic vital, et pouvant entraîner la mort en quelques heures. Le traitement à mettre en place immédiatement nécessite une évaluation par l'ABC (voir chapitre 5). **La descente est une urgence absolue. Un retard de quelques heures seulement peut avoir des conséquences fatales.** La descente doit être d'au moins 1000 mètres. La personne aura besoin d'être soutenue, voire d'être transportée. Les ressources

médicales étant souvent limitées, une évacuation par voie aérienne (figure 20.4) peut être nécessaire en l'absence d'amélioration des symptômes.

- **Envisagez des traitements médicaux, si disponibles.**

Traitements médicaux de l'œdème cérébral de haute altitude

Idéalement, ces traitements, lorsque disponibles, devraient être administrés par un médecin qualifié ou en sa présence. Ils sont mis en route dans le scénario d'une **descente/ évacuation reportée** en raison du mauvais temps, ou en l'absence d'amélioration des symptômes du patient malgré une redescente à basse altitude. Il s'agit de mesures temporaires permettant d'aider une personne jusqu'à ce que la descente/l'évacuation soit possible.



Figure 20.4 Un sauvetage en hélicoptère est parfois nécessaire en cas de sévère mal des montagnes.

- **Oxygène** – S'il est disponible, il doit être administré à un débit de 4 litres/minute pendant 4 à 6 heures.
- **Dexaméthasone** – 8 mg en intramusculaire immédiatement, puis 4 mg en intramusculaire/par voie orale toutes les 6 heures.
- **Traitement hyperbare** – Cette invention ingénieuse, lorsque disponible, est un outil important pour le traitement de l'OCHA. Il permet de simuler la redescente en plaçant la personne dans un caisson étanche portable (type Gamo Bag®) et en y augmentant la pression par pompage d'air (figure 20.5). Une atmosphère de plus basse altitude est ainsi créée dans le caisson où la concentration en molécules d'oxygène augmente pour atteindre des

niveaux normaux. Les patients sont traités par tranche d'une heure, puis réévalués. La durée optimale du traitement est de 4 à 6 heures au total. Ces appareils pèsent environ 6 kg et peuvent être loués avant l'excursion d'alpinisme.

Œdème pulmonaire de haute altitude

L'œdème pulmonaire de haute altitude (OPHA) est une forme grave de pathologie d'altitude. Il n'a pas de lien avec le mal aigu des montagnes, mais peut survenir en parallèle. Il provoque une accumulation liquidienne dans les poumons entraînant des difficultés respiratoires. Il survient habituellement après une ascension, **durant la nuit**, et plus fréquemment chez les jeunes alpinistes.

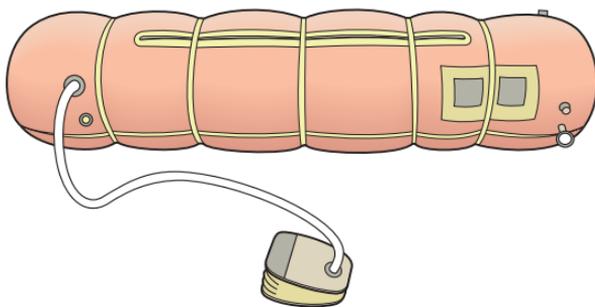


Figure 20.5 Un caisson hyperbare portable (type Gamow Bag®) est une chambre étanche recouvrant complètement le patient. L'augmentation de pression dans la chambre se fait par pompage d'air.

Que dois-je vérifier ?

Les patients présenteront une combinaison de signes et de symptômes.

- **Symptômes** – Au moins deux parmi les suivants :
 - Essoufflement au repos
 - Toux
 - Fatigue importante ou intolérance à l'effort
 - Constriction thoracique
- **Signes** – Au moins deux parmi les suivants :
 - Sifflement (*wheezing*)
 - Cyanose (coloration bleue des lèvres)
 - Pouls rapide (> 100 battements par minute)
 - Respiration rapide

Une fatigue importante ou une intolérance à l'effort est presque toujours présente, associée à une toux.

Que dois-je faire ?

- Si vous suspectez un OPHA chez une personne, demandez-lui de faire un test d'effort simple, par exemple de marcher sur 200 mètres, et vérifiez la présence des signes et symptômes énumérés ci-dessus.
- **Entreprise dès que possible pour rejoindre une unité médicale, la redescente est vitale. Un retard peut entraîner**

la mort en quelques heures. Même la descente ne garantit pas la survie.

- Envisager un traitement médical, si disponible.

Traitements médicaux de l'œdème pulmonaire de haute altitude

Idéalement, ces traitements, lorsque disponibles, devraient être administrés par un médecin qualifié ou en sa présence.

- **Traitement hyperbare** – Comme dans le cas de l'OCHA, un caisson étanche portable (type Gamow Bag®) peut donner des résultats remarquables s'il est utilisé précocement. Une différence importante est que le caisson doit être incliné, car généralement le patient ne tolère pas de rester allongé. La durée totale du traitement optimal est de 2 à 4 heures.
- L'**oxygène** est le traitement le plus important et doit être administré à un débit de 4 litres/minute pendant 4 à 6 heures.
- La **nifédipine LP** – 20 mg 4 fois par jour par voie orale – est un médicament qui peut être administré s'il est disponible. Son mécanisme d'action consiste à réduire la pression sanguine pulmonaire, permettant ainsi le drainage d'une partie du liquide pulmonaire.

CONSIDÉRATIONS FINALES



Figure 20.6 Durant l'ascension.

Les voyages d'aventures gagnant en popularité, les personnes confrontées au mal des montagnes sont toujours plus nombreuses.

La clé pour éviter le mal des montagnes est de permettre l'acclimatation correcte de votre organisme en pratiquant une ascension lente, en évitant la déshydratation et en adoptant un régime riche en glucides. Si un mal aigu des montagnes se manifeste, le traitement de référence consiste en une redescente rapide.

Après le jeu



Est-ce que le joueur va bien ?

- Tout joueur blessé en cours de jeu doit être évalué après le match et, au moindre doute, adressé à un spécialiste ou au médecin de l'équipe.

- une incapacité de mise en charge ;
- une douleur intense.

À faire : adoptez les mesures simples suivantes pour favoriser un rétablissement rapide

Réévaluation/réexamen de la situation

- Assurez-vous de savoir ce qui s'est réellement passé et la nature de la symptomatologie du joueur, qui peut être difficile à établir dans le feu de l'action du jeu.
- Parfois, ni le joueur ni la personne qui s'occupe de lui ne sont certains de la nature exacte du problème.
- Prendre le temps de se calmer et de réfléchir peut permettre aux deux parties de comprendre l'origine de la blessure.
- De simples indicateurs du degré de gravité d'une blessure existent :
 - une perte d'amplitude de mouvements de la région affectée ;
- **Protection.** Assurez-vous que la région lésée ne le soit pas davantage.
- **Repos.** Évitez la poursuite de l'activité.
- **Glace.** L'application régulière de glace apaisera la douleur et réduira l'œdème. Des précautions doivent être prises pour éviter les brûlures cutanées :
 - protégez la peau avec une fine couche de vaseline ;
 - la glace peut être appliquée pendant 10 à 15 minutes toutes les 2 à 3 heures.
- **Élévation de la région atteinte.** Le joueur est assis avec le pied sur un coussin, ou le bras dans une attelle.
 - Le pied est surélevé au-dessus de la taille.

- Le poignet est surélevé au-dessus du coude.

À éviter : blesser la région

- La **chaleur** peut majorer le saignement et l'œdème d'une blessure, aggraver la douleur/raideur.
- L'**alcool** nuit à la faculté d'autoprotection de la région blessée par le joueur.
- La course à pied doit être évitée, le repos étant essentiel pour favoriser la cicatrisation.
- Le **massage** n'est pas d'un intérêt essentiel et peut être nocif au premier stade d'une blessure.

Déshydratation

- Une activité de haute intensité peut entraîner une perte de grandes quantités de liquide, en particulier par temps chaud et humide.
- Les joueurs doivent boire avant, pendant et après l'effort.

- La meilleure manière de s'assurer de la correction de la perte liquidienne consiste à se peser avant et après le jeu, en remplaçant le nombre de kilos perdus par une quantité équivalente de liquide.
- La surveillance de l'aspect des urines est un autre repère utile ; celle-ci doit normalement être transparente et inodore.
- Le volume urinaire diminue avec la progression de la déshydratation. L'urine devient plus concentrée et d'aspect plus foncé.

Premiers secours

- Après la douche, traitez les abrasions/coupures, etc. bénignes.
- Nettoyez bien la région atteinte avec de l'eau chaude.
- Appliquez un spray/une crème antiseptique (par exemple, Bétadine®).

COMMENT ÉVITER UNE BLESSURE

La blessure aurait-elle pu être évitée par une meilleure préparation ?

Un équipement de protection adéquat

- L'ensemble du système de protection est-il fonctionnel et sûr ? Un équipement mal entretenu ou mal adapté peut compromettre les performances et entraîner rapidement une blessure.

La taille/l'expérience/la technique du joueur ont-elles été des facteurs favorisants ?

- Les joueurs dont la taille et la force ne sont pas adaptées au jeu pratiqué sont prédisposés aux blessures.
- La protection de ceux qui manquent d'expérience est nécessaire lors de l'acquisition des compétences requises.

La fatigue du joueur

La fatigue est la conséquence naturelle d'un jeu ou d'un entraînement intense. Elle doit

disparaître en 1 à 2 jours ; si les symptômes persistent, des examens sont nécessaires. Une fatigue excessive entraîne des erreurs et des blessures durant le jeu ou l'entraînement, de même que des blessures de surmenage. Les facteurs suivants peuvent provoquer une fatigue excessive chez le joueur.

- **Surentraînement** – Il peut être dû à un entraîneur poussant inconsciemment un sportif au-delà de ses capacités ; ou au sportif cherchant à améliorer ses performances en allant au-delà de ses limites corporelles. Les effets seront contraires, en entraînant une chute des performances, préjudiciable à la fois sur le plan physique et mental. Un programme d'entraînement bien conçu, avec des périodes de repos/récupération appropriées, est essentiel.
- **Régime alimentaire inadéquat** – Un apport calorique inadéquat peut altérer les performances et être à l'origine de blessures.

Il faut conseiller aux joueurs de consommer régulièrement des aliments de tous les groupes alimentaires (protéines, glucides, fruits et légumes, produits laitiers, noix et céréales). Un apport approprié en protéines est crucial pour assurer l'entretien et la croissance de muscles très sollicités. Les glucides sont essentiels pour remplacer les réserves énergétiques musculaires.

- **Temps de sommeil inadéquat** – Les joueurs ont besoin d'un temps de sommeil adéquat, au minimum 8 heures pour ceux qui pratiquent une activité régulière. Les enfants et ceux dont la pratique est très intense ont des besoins encore supérieurs.

Maladie

Un joueur malade doit être surveillé étroitement dans une situation d'avant-match. Contrairement à ceux dont la situation est « limite », les joueurs clairement souffrants ne présentent plus un « challenge ». Observer les symptômes des joueurs est absolument essentiel.

- **Fièvre** – Un joueur fiévreux ne doit pas jouer /s'entraîner et doit de préférence être adressé à un médecin.
- La toux et le rhume sont courants en hiver. Une « règle » pour les maux de **gorge** sert de guide simple : si les symptômes du joueur sont situés au niveau ou au-dessus du larynx et si celui-ci n'a pas de fièvre, la pratique d'activités légères est autorisée sous observation. En l'absence d'effets adverses, l'activité peut être accrue. Si les symptômes sont situés sous le larynx, c'est-à-dire dans la poitrine, le joueur ne doit ni jouer ni s'entraîner jusqu'à la disparition des symptômes. Tenter de jouer et de s'entraîner en étant malade nuira aux performances, mais peut aussi entraîner de graves pathologies comme, par exemple, une myocardite.

Préparation au jeu

Les déchirures musculaires peuvent être évitées par un échauffement de routine approprié. De même, des séances d'entraînement dures les jours précédant un match peuvent entraîner des tensions et des élongations musculaires prédisposant le joueur aux blessures. Encore une fois, on ne soulignera jamais assez l'importance d'un programme d'entraînement approprié tenant compte de l'état de fatigue des joueurs et les préparant aux défis à venir.

COMMENT GÉRER UNE BLESSURE

La blessure a-t-elle été identifiée et classée correctement (rouge, orange, verte) ?

- Cela soulève-t-il des problèmes pour la suite de la prise en charge de la blessure ?

La blessure a-t-elle été correctement prise en charge ?

- La blessure du joueur a-t-elle été correctement prise en charge et en temps voulu ?

La détection d'un joueur en difficulté et l'arrêt de l'activité, avec la mise en place rapide d'une thérapie adaptée préviendront l'aggravation de la blessure et accéléreront le processus de cicatrisation. Notre objectif permanent doit être celui-ci. Nous avons mentionné plus haut qu'« il vaut mieux un joueur en forme qu'une star blessée » ; cela doit être gardé à l'esprit lorsqu'un joueur, quel que soit son talent, est blessé et commence à être en difficulté.

Une fois le joueur arrêté, le protocole décrit précédemment a-t-il été mis en œuvre – protection, repos, glace, élévation de la région atteinte – et des lésions ont-elles été évitées ? A-t-on recherché l'avis d'un médecin/spécialiste ? Une relation de travail étroite avec le

kinésithérapeute ou le médecin de l'équipe favorisera une communication réciproque en douceur. Rappelez-vous toujours que meilleure sera la connaissance du mécanisme lésionnel d'une blessure et du joueur par le personnel traitant, meilleur sera le résultat. Il est possible de tirer des leçons des circonstances lésionnelles et de la rééducation mise en place, afin de prévenir les mêmes lésions au même joueur ou à d'autres.

QUE FAIRE À L'AVENIR POUR AMÉLIORER LES SOINS ?

Tout comme l'entraînement de nos sportifs est nécessaire pour l'amélioration de leurs performances, nous nous devons d'être constamment vigilants avec les nôtres et de chercher à les améliorer. En lisant cet ouvrage, vous vous êtes efforcés d'améliorer votre capacité à affronter l'adversité à laquelle vos joueurs sont confrontés. Cet effort doit être renforcé par l'assurance d'une formation aux premiers secours par le plus grand nombre possible de membres de votre organisation. Contactez vos instances sportives pour obtenir des conseils et de l'aide afin d'améliorer vos compétences.

Index

A

- ABC, technique. *Voir* Voies aériennes, Respiration, Circulation
- Abdominaux, traumatismes. *Voir* Traumatismes abdominaux
- Abrasions, 57, 58
- Abus de drogue et de substances, 15
- Accident cardiaque, 150
 - signes et symptômes, 151
- Acclimatation, 214, 215, 216
- Acétazolamide, 219
- Adrénaline injectable, 46
- Agoniste bêta-adrénergique en inhalateur, utilisation d'un, 137
- Airway*. *Voir* Voies aériennes
- Altitude, 213
 - haute, 214
 - symptômes normaux en, 215
- Ambu®, ventilation à l'aide d'un masque, 28, 29
- Ampoules
 - évaluation, 202
 - prévention, 58
 - prise en charge, 202
 - traitement, 59
- Anaphylaxie/choc anaphylactique
 - causes courantes, 43
 - évaluation, 139
 - kit de soins, 11
 - prise en charge
 - transfert d'urgence, 140
 - symptômes, 43
 - traitement, 46
- Anxiété, douleur thoracique d'origine non cardiaque, 154
- Arbitre
 - environnement et, 18

- équipement et, 19
 - rôle de l', 18
- Articulation acromioclaviculaire, traumatisme de l'
 - évaluation, 121
 - prise en charge, 121
 - Attelle
 - de bras improvisée, 116
 - de jambe, pose d'une, 77, 78
 - Avant-bras, fracture
 - évaluation, 125
 - prise en charge, 125

B

- Blessure
 - comment éviter une, 229
 - comment gérer une, 231
- Bouche, saignement de la, 103
- Bouche-à-bouche, ventilation par, 30, 31, 32
- Bouche-à-masque, ventilation par, 28
- Bouche-à-nez, ventilation par, 31
- Bouche-à-nez-et-bouche, ventilation par, 31
- Bouche et mâchoire, traumatismes
 - degré de gravité, 101
 - évaluation, 101
 - prise en charge, 102
- Bras, attelles improvisées, 116
- Breathing*. *Voir* Respiration
- Burn-out, 15

C

- Caissons, maladie des. *Voir* Décompression, maladie de

- Canule
 - de Guedel, utilisation d'une, 26, 28
 - nasopharyngée, utilisation d'une, 28, 29
- Cerveau, coupe du, 81
- Cheville
 - entorse. *Voir* Entorse de cheville
 - évaluation, 197
 - fracture, 197
 - prise en charge, 197
 - traumatismes. *Voir* Pied et cheville, traumatismes
- Circulation
 - évaluation, 31
 - réanimation cardiopulmonaire, 32
- Clavicule, fracture de la
 - évaluation, 117
 - prise en charge
 - transfert d'urgence, 118
- Collapsus pulmonaire (pneumothorax),
Voir aussi Pneumothorax spontané
 - évaluation, 158
 - plongée et, 210
 - prise en charge, 159
 - transfert d'urgence, 160
- Collier cervical rigide
 - choix de la bonne taille, 49, 51
 - mise en place, 49, 51, 52
- Coma diabétique
 - évaluation, 44
 - traitement, 47
- Commotion cérébrale
 - évaluation, 89
 - mécanisme, 89
 - prise en charge, 89, 90
 - recommandations pour la reprise
 - du jeu, 92
 - zone orange, 91
 - zone rouge, 89
- Compression(s), 32
 - protocole RICED, 67
 - thoraciques. *Voir* Réanimation cardiopulmonaire
- Conditions météorologiques, 18
- Confusion, mal des montagnes et, 216, 217, 220
- Contusion. *Voir aussi* Ecchymose de l'os iliaque
 - évaluation, 188
 - prise en charge, 188
 - des muscles de la cuisse
 - bénigne, 188
 - importante, 184
 - du mollet
 - évaluation, 195
 - prise en charge, 195
- Costal/sternal, traumatisme, 162
 - évaluation, 163
- Côtes/sternum, fractures de, 154
 - évaluation, 155
 - prise en charge
 - traitement, 157
 - transfert d'urgence, 157
- Cou
 - choc bénin, 110
 - claquages musculaires, 109
 - contusions, 109
 - élongation musculaire
 - bénigne, 110
 - luxations
 - évaluation, 108
 - traitement, 108
 - stabilisation. *Voir* Stabilisation de la tête et du cou
 - traumatismes. *Voir* Traumatismes cervicaux
- Coude
 - douloureux
 - évaluation, 126
 - prise en charge, 126
 - fracture du
 - évaluation, 125
 - prise en charge, 125
 - luxation du. *Voir* Luxation du coude
 - traumatismes de la région du, 123
 - recommandations pour la reprise du jeu, 127
- Coup de chaleur. *Voir* Hyperthermie
- Coup de soleil
 - prévention, 59
 - traitement, 59
- Crampes musculaires, 44
 - aine, hanche et cuisse
 - évaluation, 186
 - prise en charge, 186
 - mollet, 196
- Crâne
 - coupe du, 81

- fracture du
évaluation, 88
hématomes et, 88
prise en charge, 89
- Crise convulsive
évaluation, 90
phases tonique et clonique, 90
prise en charge, 91
- Crise d'asthme
aiguë
évaluation, 137
prise en charge, 138
de gravité moyenne ou modérée
évaluation, 145
prise en charge, 145
- D**
- DAE. *Voir* défibrillateur automatisé externe
- Déchirures. *Voir* Élongations, entorses et déchirures
- Décompression, maladie de, 210
- Défibrillateur automatisé externe, utilisation d'un, 34, 35, 36, 153
- Dent cassée / avulsée, 103
- Déshydratation, 228
en altitude, 216, 217, 219
évaluation, 42
signes, 42
- Dexaméthasone, 221
- Diabète
évaluation, 43
traitement, 47
- Diagnostic, protocole RICED, 67
- Doigt(s)
en maillet
avec attelle, 131
évaluation, 130
prise en charge, 130
immobilisation en syndactylie, 117
luxation. *Voir* Luxation digitale
recommandations pour la reprise du jeu, 131
- Douleur
de la cheville, 200
de l'aîne, 183
de la région pubienne, 184, 188
de l'oreille, 210
du talon, 201
- Douleur thoracique d'origine cardiaque
évaluation, 150
prise en charge
traitement, 152
transfert d'urgence, 152
- Douleur thoracique d'origine non cardiaque, 154
- Drogue, 12
abus de, 15
- E**
- Ecchymose du coude /
de l'avant-bras, 126
évaluation, 127
prise en charge, 127
- Écharpe de bras, 114
- Élévation, protocole RICED, 67
- Élongations, entorses et déchirures
évaluation, 63
prise en charge
traitement, 66
transfert d'urgence, 65
- Embolie gazeuse, 210
- Entorse. *Voir aussi* Élongations, entorses et déchirures
de cheville, 199
évaluation, 200
prise en charge, 200
du genou, 190
évaluation, 191
prise en charge, 192
- Entraîneur
trousse de l', 4
- Environnement, rôle de l'arbitre, 18
- Épaule
luxation de l'. *Voir* Luxation de l'épaule
traumatismes de la région de l'
degré de gravité, 117
recommandations pour la reprise du jeu, 123
techniques d'immobilisation, 114, 115
- Épiglottite
évaluation, 143
prise en charge, 144

EpiPen®, 46

Équipe médicale

check-list du matériel et des fournitures, 8

trousse de l', 6, 7

Équipement

à porter sur soi, 8

du sauveteur

avancé, 23

de base, 23

rôle de l'arbitre, 19

Évaluation

de l'incident. *Voir* Incident, évaluation de l'

du joueur. *Voir* Joueur(s), évaluation

F

Fatigue du joueur, 229

Fémur, fracture du. *Voir* Hanche

et fémur, fracture de

Fièvre, 230

Fracture(s), *Voir aussi aux différents os et structures anatomiques*

de côtes. *Voir* Côtes/sternum, fractures de degré de gravité, 73

évaluation, 74

fermée, 73

ouverte, 73

prise en charge

traitement, 76

transfert d'urgence, 75

G

Gamo Bag®, 221, 221

Genou

enflé, 192

évaluation, 193

prise en charge, 193

entorse. *Voir* Entorse du genou

traumatismes du

dégré de gravité, 189

Glace

à éviter en cas d'hypothermie, 47

application sur une épaule blessée, 122

protocole RICED, 67

Guedel, canule de. *Voir* Canule de Guedel

H

Hallucinations, 15, 17

Hanche et fémur, fracture de

évaluation, 180, 181

prise en charge

traitement, 181

transfert d'urgence, 181

Humérus, fracture de l', 119

évaluation, 120

prise en charge, 120

Hyperbare, traitement, 221, 222

Hyperthermie (coup de chaleur)

évaluation, 42

traitement, 47

Hyperventilation

évaluation, 147

prise en charge, 148

traitement, 149

transfert d'urgence, 149

Hypoglycémie. *Voir* Diabète

Hypothermie

évaluation, 42

traitement, 48

Hypoxie, 218

I

Incident, évaluation de l', 229

Infection pulmonaire/mauvaise toux

évaluation, 146

prise en charge

traitement, 147

transfert d'urgence, 147

J

Jambe, réduction d'une fracture de la, 76

Joueur(s)

en méforme, 149

évaluation

déshydratation, 228

premiers secours, 228

réévaluation de la situation, 227

fatigue, 229

fièvre, 230

immobilisation. *Voir* Immobilisation

inconscient, 88
 malade, 230
 paresseux, 15
 perte de connaissance chez le. *Voir*
 Perte de connaissance
 placement en position latérale
 de sécurité, 26, 27
 préparation, 219, 230
 mentale, 13
 physique, 13
 transfert en civière, 55

K

Kinésithérapeute, trousse du, 6
 Kit
 de diagnostic sur la touche, 9
 de prise en charge de l'appareil
 respiratoire, 11
 de prise en charge des voies aériennes, 11
 de soins, 7, 8, 9, 10, 11, 12

L

Lacérations, 57, 58
 oreilles, 101
 Lésion(s)
 cutanée
 traitement, 57
 ligamentaires. *Voir* Ligamentaires,
 lésions
 musculaires. *Voir* Musculaires, lésions
 tendineuses. *Voir* Tendineuses, lésions
 Ligament(s), 62
 Ligamentaires, lésions, 62
 évaluation, 69, 71, 72
 traitement, 70, 71, 72
 Lombaires et pelvien, traumatismes. *Voir*
 Traumatismes lombaires et pelvien
 Lomalgie, 176
 Luxation
 de la hanche, 180
 évaluation, 181
 prise en charge, 183
 de la rotule
 évaluation, 192
 prise en charge, 192

de l'épaule
 évaluation, 118
 prise en charge, 119
 digitale, 128
 évaluation, 129
 prise en charge, 129
 du coude
 évaluation, 124
 prise en charge, 125

M

Mâchoire, fracture de la. *Voir aussi*
 Bouche et mâchoire, traumatismes
 Main, traumatismes de la. *Voir* Poignet
 et main, traumatismes de la région
 Maladie mentale, 15
 Mal des montagnes
 aigu
 évaluation, 218
 symptômes, 218
 traitement, 219
 évaluation, 216
 prévention, 215
 Manie, 17
 Masque
 Ambu®, 28, 29
 laryngé, 28, 30
 Médicaments, 10
 de premiers secours, 11
 Membre inférieur
 fracture du
 évaluation, 189
 prise en charge, 190
 traumatismes du
 degré de gravité, 189
 évaluation, 179
 Membre supérieur
 fractures. *Voir* Avant-bras, Coude,
 Humérus, Poignet
 traumatismes du
 évaluation, 112
 prise en charge, 113
 traitement, 114
 transfert d'urgence, 113
 Météorologiques, conditions, 18
 Mobilisation en bloc, 25
 consignes de manœuvre, 52

joueur couché
sur le dos, 53
sur le ventre, 54
nombre de personnes requises, 52
transfert d'un joueur en civière, 56

Mollet
contusion, 195
crampe musculaire, 196
déchirure, 193

Morsures et piqûres d'insectes, 141

Mouvement, vérification du, 41

Mouvements oculaires, examen des
joueurs ayant perdu connaissance, 40
traumatisme crânien, 84

Muscle(s), 61
de la cuisse
contusion bénigne, 188
contusion importante, 184
ischiojambiers, déchirures des
évaluation, 184
prise en charge, 184

Musculaires, lésions
causes, 61
évaluation, 66, 70, 71
traitement, 69, 70, 71

Musculosquelettiques, troubles,
douleur thoracique et, 154

N

Natation, urgences liées à la, 208

Nasal, kit, 9

Neurologiques/orthopédiques, kit
de soins, 7, 10

Nez
cassé, redressement d'un, 98
fracture du, 97
avec tampon nasal, 98
saignement de, 96

Nez et pommettes
évaluation, 94
prise en charge
d'urgence, 96

Nifédipine LP, 222

Niveau de conscience, vérification du, 40

Noyade
comment sortir une personne
de l'eau, 206, 207

consignes de sécurité, 203
prise en charge de la personne
à terre, 205

O

Oculaires, kit de soins, 9

Œdème cérébral de haute
altitude, 217, 219
évaluation, 220
prise en charge, 220
traitements médicaux, 220

Œdème pulmonaire de haute
altitude, 217, 221
évaluation, 222
prise en charge, 222
traitements médicaux, 222

Oreilles, traumatismes
en chou-fleur, 101
tympaan perforé, 101

Organes génitaux, traumatismes
des, 169
évaluation, 170
prise en charge
d'urgence, 171
traitement, 171

Orthopédiques, affections, 44

Orthopédiques/neurologiques,
kit de soins, 7, 10

Os iliaque, contusion de l', 186

Oxygène, 221, 222

P

Panique, 16

Pansements, 7

Pelvien et lombaires, traumatismes.
Voir Traumatismes lombaires
et pelvien

Pelviennes, fractures, 176
évaluation, 176
prise en charge, 176

Pelvis
choc bénin, 176
choc important, 176

Personnalité, problèmes de, 15

Perte de connaissance, avec traumatisme

- Perte de connaissance, sans traumatisme
 degré de gravité, 37
 évaluation, 37
 prise en charge
 transfert d'urgence, 45
- Pied
 fracture de fatigue
 évaluation, 200
 prise en charge, 200
 fracture osseuse, 197
 évaluation, 198
 prise en charge, 199
- Pied, traumatismes unguéaux, 202
- Pied et cheville, traumatismes, 196
 degré de gravité, 197
- Piqûres et morsures d'insectes, 141
- Plaie, kit de soins de, 7, 9
- Plexopathie brachiale
 région de l'épaule, 122
 évaluation, 123
 prise en charge, 123
 région du cou
 évaluation, 109
 prise en charge, 109
- Plongée sous-marine
 préparation, 209
 problèmes
 en eau profonde, 210
 lors de la descente, 209
 lors de la remontée
 en surface, 210
- Plongée sous-marine, traumatismes
 en, 209
 évaluation, 211
 prise en charge, 212
- Plongeon, urgences liées au, 208
- Pneumothorax spontané, 141
 évaluation, 142
 prise en charge, 142
 traitement, 143
 transfert d'urgence, 143
- Poignet, fracture du
 évaluation, 127
 prise en charge, 128
- Poignet et main, traumatismes
 de la région, 127
 recommandations pour la reprise
 du jeu, 131
- Pommettes. *Voir aussi* Nez et pommettes
 fracture des, 98
- Position latérale de sécurité, 26
- Pouls carotidien, 31, 32, 33, 40
 absence de, 41
- Premiers secours, 228
 trousse de. *Voir* Trousse
- Préparation
 mentale, 13
 échec de la, 14
 facteurs négatifs, 14
 facteurs positifs, 14
 physique, 13
- Préparer à jouer, se
 arbitre ou officiels, 18
 entraîneur, 3
 équipe médicale, 5
 facteurs dont tenir compte, 1
 joueurs, 13, 230
- Protrusion discale
 évaluation, 175
 prise en charge, 175
- Psychologiques, urgences, 16
- Psychose, 17
- Psychosomatiques, symptômes, 15
- Pubalgie, 183
- Pubienne, région, douleur de la, 188
- ## R
- Rachidiennes, fractures
 évaluation, 175
 prise en charge, 175
- Rachis lombaire
 choc bénin, 176
 choc important, 176
 spasme musculaire, 176
- Rassurer, 16
- RCP. *Voir* Réanimation cardiopulmonaire
- Réaction, 43
 à l'insuline. *Voir* Diabète
 allergique. *Voir* Anaphylaxie/choc
 anaphylactique
- Réanimation cardiopulmonaire, 32, 33, 34
- Reflux gastro-œsophagien, 154
- Régime alimentaire
 en altitude, 216
 inadéquat, 229

Réhydratation, 45
Réponse verbale, vérification de la, 41
Repos
 mal des montagnes, 219
 protocole RICED, 67
Respiration
 adaptée, 137
 évaluation, 29
Respiratoire, appareil, kit de prise
 en charge de l', 11
Respiratoires, problèmes
 degré de gravité, 137
 évaluation, 134
 prise en charge
 traitement, 136
Rhume, 230
RICE/RICED, protocole, 66, 67
Rotule, luxation de la. *Voir* Luxation
 de la rotule
Ruptures discales, 108
 évaluation, 108
 traitement, 108

S

Saignement
 de la bouche, 103
 de nez, 96
Sauveteur(s)
 besoins requis, 23
 équipe, 23
 risques pour le, 23
 technique ABC
 airway, 23
 breathing, 29
 circulation, 31
Scalp
 lacération du
 bandage compressif, 93
 chez l'enfant, 93
 non compliquée, 93
 lésions du
 évaluation, 91
 prise en charge, 92
SCAT. *Voir* Sports Concussion Assessment
 Tool, fiche d'évaluation
Shin splints, 194
Soins, kit de. *Voir* Kit de soins

Sommeil, temps de, inadéquat, 230
Souffle coupé, 162
Sports Concussion Assessment Tool,
 fiche d'évaluation, 9, 87
 Sports nautiques, traumatismes
 dans le cadre de, 203
Stabilisation
 de la tête et du cou, 23
 mise en place d'un collier cervical
 rigide, 49, 51, 52
 ressources et matériel nécessaires, 49
 technique, 49, 50
 du rachis, 52
Sternum
 fracture du. *Voir* Côtes/sternum,
 fractures de
 traumatisme du. *Voir* Costal/sternal,
 traumatisme
Substance(s)
 abus de, 15
 interdites, 12
Superstitions, 14
Surentraînement, 229
Surface de jeu, 18
Suture, kit de, 9
Syncope, 44
 traitement, 46

T

Talalgie
 évaluation, 201
 prise en charge, 201
Tendineuses, lésions, 62
 évaluation, 69, 70, 72
 traitement, 69, 70, 72
Tendon(s), 61, 62, 193, 201
 d'Achille, 61
 inflammatoire, 201
 rupture du, 193
Tête, stabilisation de la. *Voir* Stabilisation
 de la tête et du cou
Thoraciques, problèmes
 degré de gravité, 137
 évaluation, 134
 prise en charge
 traitement, 136
 transfert d'urgence, 136

- Toux, 230
- Trac, 14
- Trachéal, traumatisme, 162
évaluation, 160
prise en charge
traitement, 162
transfert d'urgence, 162
- Transfert, 55, 56
à l'hôpital. *Voir aux différentes blessures*, 55
en civière, 55, 56
- Traumatisme
fermé, 165
pénétrant, 165
- Traumatismes abdominaux
causes, 165
degré de gravité, 166
évaluation, 167
prise en charge
d'urgence, 168
traitement, 169
- Traumatismes cervicaux
degré de gravité, 106
évaluation, 107
prise en charge
traitement, 108
transfert d'urgence, 108
- Traumatismes crâniens
degré de gravité, 82
évaluation, 82
prise en charge
traitement, 86
transfert d'urgence, 86
recommandations pour la reprise
de l'activité sportive, 88
signes et symptômes, 81
- Traumatismes faciaux
bouche et mâchoire, 101
nez et pommettes, 94
oreilles, 101
yeux, 98
- Traumatismes lombaires
et pelvien
degré de gravité, 173
évaluation, 174
prise en charge
traitement, 175
transfert d'urgence, 174
- Trinitrine, spray de, 151, 153
- Trouble obsessionnel compulsif, 14
- Trousse
de l'entraîneur, 4
du kinésithérapeute, 6
médicale, 7
- Tympan perforé, 101
- ## U
- Unguéraux, traumatismes, du pied, 202
- ## V
- Visage, coupures au, 58
degré de gravité, 103
évaluation, 104
prise en charge
d'urgence, 105
traitement, 105
triangle dangereux, 104
- Visage, traumatismes. *Voir*
Traumatismes faciaux, 94
- Voies aériennes
évaluation, 23, 24
kit de prise en charge des, 11
libération des, 25, 30
placement du joueur en position
latérale de sécurité, 26
protection des, techniques avancées, 26
- Vomissements, 29
- ## Y
- Yeux, traumatismes
degré de gravité, 98
évaluation, 99
prise en charge
d'urgence, 100
traitement, 100