



CONDUITE A TENIR SUR LE TERRAIN DANS LES SITUATIONS LES PLUS URGENTES.

Toutes les équipes n'ont pas un kinésithérapeute ou un médecin dans leur staff. Les dirigeants d'équipe amateur, mais surtout les éducateurs doivent connaître les blessures les plus fréquentes et le comportement adapté afin d'être capable d'intervenir avec efficacité.

Les premiers gestes sont déterminants pour ne pas aggraver la blessure et accélérer sa guérison.

Nous ne pouvons que conseiller aux encadreurs de passer la formation des premiers secours. Le football est, comme tous les sports, une activité à risque où le geste approprié peut sauver.

Nous présentons les blessures que rencontrent le plus souvent le footballeur et les soins d'urgence à administrer sur le terrain avant de laisser les professionnels de la médecine prendre le relai.

PROBLEMES ARTICULAIRES

ENTORSE DE LA CHEVILLE

Peut avoir plusieurs degrés de gravité

- Critères de gravité : gonflement, craquement, « boiterie »
- Application de froid
- Si la douleur persiste ou si le joueur a du mal à prendre appui, il faut demander son changement immédiat.
- Continuer les applications de froid
- Surélevez la jambe – éviter l'appui (immobilisation)
- Application de compresses alcoolisées ou de synthol.
- Compression
- Consultation médicale indispensable pour décider de la suite du traitement.
- ✳ *Ne jamais prendre de bain de pied chaud et ne jamais appliquer de pommade chauffante.*

NB : Une entorse c'est l'étirement ou la rupture d'un ligament (« cordelette » reliant deux os.)

TRAUMATISME DU GENOU

soit entorse, soit rupture des ligaments.

- Critères de gravité : gonflement, craquement, impotence
- Glace
- Même protocole que pour l'entorse de la cheville.

Moyen mnémotechnique pour se souvenir de la procédure à suivre en cas d'entorse :

GREC
G comme Glace
R comme Repos
E comme élévation
C comme compression

« Les blessures du footballeur » Docteur Stéphane CASCUA.

PROBLEMES MUSCULAIRES

UNE CRAMPE → contraction brutale du muscle

- Etirer le muscle et boire de l'eau en petite quantité.
- ✳ Pas de glace

UNE « BEQUILLE » → hématome dans le muscle

- Le joueur peut continuer le match si pas d'aggravation mais surveillance.
- Compression par bandes adéquates bien serrées.
- Application répétée (10 à 20mn) de froid.
- Eviter l'appui - Elévation du membre.
- ✳ Ne pas masser.

Lésion musculaire mineure

Il existe différents degrés d'atteinte allant de la contracture à la déchirure totale du muscle. L'arrêt immédiat est dans tous les cas obligatoire. Continuer à solliciter le muscle partiellement meurtri conduira inévitablement à une augmentation de la gravité de la lésion

UNE CONTRACTURE

« boule » ressentie dans le muscle : les fibres musculaires sont bloquées les unes contre les autres mais ne sont pas déchirées.

- Arrêt : sortir du terrain pour éviter une complication, boire plutôt une boisson énergétique.
- Chaud (grâce à un Massage avec une pommade chauffante afin de détendre le muscle.)
- Après un ou deux jours de Récupération, Etirer le muscle sans à-coups.
- Puis Essayer de trotter à allure modérée.
- ✳ Pas de glace

Moyen mnémotechnique pour se souvenir de la procédure à suivre en cas de contracture :

CREME
C comme Chaud
R comme Repos
E comme Etirements
C comme Massage
E comme essai...de reprise

« Les blessures du footballeur » Docteur Stéphane CASCUA.

Lésions musculaires graves

UNE ELONGATION → « pointe » dans le muscle

- Application répétée (10 à 20mn) de froid (glace) ; poursuivre à raison de 3 fois par jour pendant 48h.
 - Arrêt car risque de déchirure.
 - Eviter l'appui - Elévation du membre.
 - Compression par bandes adéquates bien serrées
- ✳ *Ne pas masser avec pommade sous peine de complication.*

UNE DECHIRURE OU CLAQUAGE

« coup » de poignard ressenti dans le muscle

- Application répétée (10 à 20mn) de froid (Glace) ; poursuivre à raison de 3 fois par jour pendant 48h.
 - Arrêt du joueur.
 - Eviter l'appui - Elévation du membre.
 - Compression par bandes adéquates bien serrées.
- ✳ *Ne pas masser avec pommade sous peine de complication.*

*N.B. Consulter rapidement un médecin pour finaliser le diagnostique.
Lorsque le diagnostique est définitif, il faut savoir que seul la contracture musculaire sera soignée par chaleur dès le lendemain de l'affection.
Si la visite de médecin est impossible, prendre des antalgiques mais éviter absolument l'aspirine à cause de ses propriétés anticoagulantes.*

Moyen mnémotechnique pour se souvenir de la procédure à suivre en cas de lésion musculaire grave :

GREC
G comme Glace
R comme Repos
E comme élévation
C comme compression

« Les blessures du footballeur » Docteur Stéphane CASCUA.

AUTRES BLESSURES

UNE CONTUSION SIMPLE

- Application de froid sur la zone touchée (*attention à une plaie éventuelle*).
- Refaire marcher et observer. Si la reprise s'avère difficile, ne pas hésiter à changer. Insister peut aggraver la blessure.
- Au moindre doute : immobilisation sur ou à côté du terrain et appel des urgences
- ✳ *Pas de massage sur un coup ou sur un hématome*

Tout traumatisme, à n'importe quelle région du corps s'accompagne d'une réaction inflammatoire qui se caractérise par :

Douleur – Rougeur - Chaleur - Œdème

L'application rapide de « froid » atténue ces 4 manifestations, ainsi il est important d'intervenir immédiatement puis dans les heures qui suivent.

Le contact avec le froid permet de diminuer le diamètre des vaisseaux, ainsi que la douleur.

Utilisation de la bombe de froid :

Interdiction de projeter le gaz sur une plaie ouverte ou sur une muqueuse.

Tenir la bombe à plus de 15cm de la peau pour éviter des brûlures.

Pulvériser par petits jets plutôt que par longue projection.

Utilisation d'un sachet de froid instantané :

Permet de prendre le relais de la bombe afin de garder la zone touchée à une température basse. Appliquer pendant 20mn (pas plus) à raison de trois fois par jour pendant 48h.

*Si absence de sachet de froid instantané → **glaçons** regroupés dans un sachet hermétique
Toujours protéger la peau par un linge humide (torchon voire serviette) fixé grâce à une bande velpeau.*

UNE SUSPICION DE FRACTURE

- Signes : « craquement » entendu, souvent senti par le joueur, déformation du membre, voir fracture ouverte.
- Dès constatation, appel des secours pour transfert aux urgences d'un hôpital si membre inférieur
- Manipuler au minimum le membre touché
- Evacuation du terrain avec immobilisation (civière si nécessaire) ; si déplacement implique mouvement du membre, attendre les secours sur le terrain (arrêt du match).
- ✳ *Ne donner aucun médicament*

Si fracture au niveau de l'avant-bras : mettre en place une attelle et évacuation vers l'hôpital.

UNE LUXATION D'UN MEMBRE → Epaule, doigt, rotule.

- Evacuation du joueur hors du terrain
- Immobilisation dans attelle si possible
- Pour l'épaule → mettre le bras dans une écharpe et le bloquer contre le thorax.
- Appel des secours
- ✳ *Ne pas réduire une luxation car risque de complications (fracture, déficit nerveux)*

UNE PLAIE

- Désinfection avec un antiseptique (Bétadine, Biseptine, Héxomédine...)
- Application de compresses stériles.
- Si la plaie est importante, effectuer une compression
- ✳ Ne pas utiliser de coton.

UN SAIGNEMENT DE NEZ

- Basculer la tête en avant (pencher la tête en arrière amène le blessé à avaler son propre sang pendant que le saignement continue.)
- Se moucher pour évacuer les caillots et compresser la narine avec le pouce et l'index pendant 5mn
- Si une fracture est pressentie, emmener le joueur faire des radios.
- Possibilité d'utiliser des mèches spéciales (coton hémostatique comme le Coalgan).
- Appliquer de l'eau froide sur le front et sur la nuque en complément.

UN TRAUMATISME CRANIEN

- Recherche des signes vitaux :
 - conscience (interrogatoire du joueur)
 - respiration
 - pouls

▶ En cas d'urgence vitale, contacter le SAMU.
- Recherche de signes de gravité : vomissement, trouble de la vigilance et troubles moteurs, déformation, ecchymose... → Examen médical.

UN TRAUMATISME DE LA COLONNE VERTEBRALE

- Evaluer les risques en observant les premiers signes d'atteinte de la colonne vertébrale :
 - En tout premier lieu, les circonstances de l'accident (choc direct, flexion ou torsion brutale...)
 - La douleur ressentie soit au niveau de l'atteinte, soit à distance
 - Les douleurs lors de mouvements
 - Des fourmillements ou des sensations anormales dans un ou plusieurs membres
 - Des troubles de la sensibilité
 - Une paralysie totale ou partielle d'un ou plusieurs membres
 - Des troubles respiratoires en cas d'atteinte cervicale
- Si on suspecte une atteinte de la colonne vertébrale, il est indispensable de ne pas déplacer le blessé (sauf danger immédiat) et d'appeler en urgence les services de secours (SAMU).

En effet, la colonne vertébrale protège la moelle épinière. S'il existe une fracture à ce niveau, il y a un risque en mobilisant le blessé, de déplacer les vertèbres fracturées et ainsi d'abîmer les faisceaux nerveux constituant la moelle épinière. L'atteinte de la moelle épinière présente le risque maximum, à savoir un risque de paralysie.

Par précaution, après une chute ou un traumatisme direct, suspectez toujours une atteinte de la colonne vertébrale. En ce sens, évitez tout mouvement de la victime et assurez très rapidement le maintien de la tête.

Retour sur les terrainsaprès blessure :

Attention parfois l'activité peut être reprise avant.

- Courbature et contracture → 1 à 5 jours.
- Elongation → 4 à 10 jours
- Claquage → 3 à 4 semaines.
- Déchirure → 4 à 8 semaines.
- Rupture/Désinsertion → 2 à 4 mois.

- Entorse bénigne → 1 à 2 semaines.
- Entorse moyenne → 4 à 5 semaines.
- Entorse grave → 8 à 10 semaines.
- Rupture du ligament croisé antérieur du genou opérée → 10 à 12 semaines

Bibliographie :

- « Les blessures du footballeur » Docteur Stéphane CASCUA.
- <http://www.securisme45.com>