

*Université Abderrahmane Mira Bejaia*  
*Faculté Des Sciences Humain et Social*  
*Département Des Sciences et Technique Des Activités*  
*Physiques et Sportives (S.T.A.P.S)*

**Mémoire de fin de cycle**

*En vue l'obtention du diplôme Master en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives*

*Filière : Activités physiques et sportives éducatives.*

*Spécialité : Activités physiques et sportives scolaire.*

*Thème*

***LES BLESSURES LES PLUS  
FREQUENTES EN EPS ET LEURS  
CAUSES  
(CEM, LYCEE)***

*Présenté par*

**AZEDDINE BENABDESLAM**

**LYES MANSEUR**

*Encadré par*

**M. BENOSMANE A/MALIK BACHIR**

## REMERCIEMENTS

*Nous remercions dieu tout puissant de nous avoir aidés à  
réaliser ce*

*Modeste Travail.*

*Aussi, Nous exprimons toute notre gratitude et notre sincère*

*Reconnaissance à notre encadreur Mr BENOSMANE*

*A/MALIK BACHIR*

*Ainsi qu'à nos enseignants qui par leurs compréhensions et leurs  
aides, on a*

*Pu Accomplir notre travail de recherche.*

*A nos familles ET nos Amis qui par leurs prières ET leurs  
encouragements,*

*On a pu surmonter tous les obstacles.*

*Nous tenons à remercier également tous ceux qui nous ont aidés*

*et*

*Collaborés de près ou de loin à la réalisation de ce travail.*

*Merci.*

## *Dédicaces*

*Rien n'est aussi beau à offrir que le fruit d'un labeur qu'on dédie du fond du cœur à ceux qu'on aime et qu'on remercie en exprimant la gratitude et la reconnaissance durant toute notre existence.*

*Je dédie ce modeste travail :*

*A mes très chers parents qui m'ont guidé durant les moments les plus pénibles de ce long chemin, ma mère qui a été à mes côtés et ma soutenue durant toute ma vie, et mon père qui a sacrifié toute sa vie afin de me voir devenir ce que je suis, merci mes parents.*

*A mon grand frère Abdel Halim et à toute la famille sans exception.*

- *A ma très chère Fatima, avec la petite Wissem*
- *Ma grande famille : oncles, tantes, cousins et cousines sans exceptions*
- *A mon encadreur au stage pratique : Kerrou hakim*
- *A tous mes amis (es) sans exception.*
- *A toute la promotion STAPS*
- *A mon binôme LYES*

*AZEDDINE*

## *Dédicace*

*Je dédie ce modeste travail à:*

➤ *Mes parents qui ont été pour moi, comme l'étoile qui m'indique le nord  
durant tout mon cursus d'études et à qui je souhaite longue vie et bonne  
santé*

➤ *Ma grande mère à qui je souhaite une longue vie*

➤ *Mes frères Nadjim et abderahim*

➤ *Ma grande famille : oncles, tantes, cousins et cousines sans exceptions*

➤ *Tous mes amis notamment : Karim, Ahmed, Hakim, Zakari, douline,  
Tahar, Bouna et amine.*

➤ *A mon encadreur au stage pratique : boufadden lyes*

➤ *tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de notre  
travail.*

➤ *tous ceux qui me connaissent.*

# Sommaire

---

Introduction : .....	2
----------------------	---

## Chapitre 1 : Education physique

1. L'éducation physique et sportive : (EPS).....	5
1.1. Définition d'EPS : .....	5
1.2. Le but de l'éducation physique et sportive :.....	5
1.3. Le projet d'EPS : .....	5
1.4. Les finalités de l'EPS : .....	6
1.5. Les objectifs d'EPS :.....	6
1.6. Les enjeux de l'EPS :.....	7
1.7. Les compétences en EPS :.....	9
1.7.1. Les compétences à acquérir en EPS : .....	9
1.7.2. Les compétences attendues en EPS :.....	10
1.8. La séance au la leçon d'EPS :.....	11
1.8.1. Définition :.....	11
1.8.2. La chronologie de la séance d'EPS :.....	11
1.8.3. Organisation de la séance :.....	14

## Chapitre 2 : Les blessures et les pathologies sportives

1. Définition de la blessure sportive :.....	17
2. Pathologies ostéo-articulaires :.....	17
2.1. L'entorse :.....	17
2.1.1. Types d'entorses :.....	18
2.1.2. Les symptômes :.....	18
2.1.3. L'entorse de la cheville :.....	19
2.1.4. Les symptômes de l'entorse de la cheville :.....	20
2.2. La luxation :.....	20
2.2.1. Localisation de la luxation :.....	20
2.2.2. Les cause de la luxation :.....	21
2.2.3. Symptômes :.....	21
2.2.4. Luxations des membres inférieurs :.....	21
2.3. La fracture :.....	23

## Sommaire

---

2.3.1. Les causes de la fracture :.....	24
2.3.2. Les différents types de fracture :.....	24
2.3.3. Généralités sur le traitement :.....	25
2.4. Arrachement d'un doigt :.....	26
2.4.1. Les symptômes :.....	26
3. Pathologies musculaires :.....	26
3.1. Les Courbatures :.....	26
3.1.1. Caractéristiques :.....	27
3.1.2. Les causes des courbatures :.....	27
3.1.3. Les types de courbatures : .....	28
3.2. La crampe musculaire :.....	29
3.2.1. Les causes d'apparition des crampes :.....	30
3.3. Les contracture :.....	31
3.3.1. Contracture au mollet : .....	31
3.3.2. Les Causes de la contracture :.....	31
3.4. La Déchirure musculaire :.....	32
3.4.1. Les différents types de déchirure musculaire :.....	32
3.4.2. Les symptômes de la déchirure musculaire :.....	33
3.4.3. Causes et facteurs de risque des déchirures musculaires :.....	33
3.5. Le claquage :.....	33
3.5.1. Le claquage de la Cuisse :.....	34
3.5.2. Le claquage de Mollet :.....	34
3.5.3. Les causes de claquage :.....	34
3.5.4. Les symptômes :.....	35
3.6. L'élongation :.....	35
3.6.1. Les causes d'une élongation :.....	36
3.6.2. Les symptômes :.....	36
3.7. La contusion musculaire :.....	36
3.7.1. Les types de contusion :.....	37
3.7.2. Les symptômes :.....	37
4. Pathologies tendineuses :.....	37
4.1. La tendinite :.....	37
4.1.1. Causes de la tendinite :.....	38
4.1.2. Les symptômes :.....	39

## Sommaire

---

4.1.3. Comment prévenir la tendinite :.....	39
4.2. La rupture tendineuse :.....	40
3.2.1. Le tendon est la partie finale du muscle qui s'insère sur l'os :.....	40
4.2.2. Les raisons pour qu'un tendon se rompe :.....	40
4.2.3. Les tendons les plus touchés :.....	41
4.2.4. Tendon d'Achille :.....	41
5. Pathologies du visage.....	42
5.1. Epistaxis :.....	42
5.1.1. Les types de l'épistaxis .....	43
5.2. Lésions dentaires :.....	43
5.2.1. Les symptômes : .....	44

### Chapitre 3 : Méthodologies de recherche

1. Hypothèses :.....	46
2. L'objectif de la recherche :.....	46
3. Cadre de l'étude :.....	46
4. Echantillon :.....	46
5. Moyens et méthodes de la recherche :.....	46
5.1. Méthode de L'analyse bibliographique :.....	46
5.2. Enquête par le questionnaire :.....	46

### Chapitre 4 : Présentation et interprétation des résultats

Présentation et interprétation des résultats :.....	48
Discussion des résultats.....	63
Conclusion : .....	66
Bibliographié	
Annexe	

## Sommaire des figures

---

### Sommaire des figures :

<b>Numéro de figure</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
<b>Figure I.1</b>	Les types d'entorses (genou)	18
<b>Figure I.2</b>	Entorse de la cheville.	19
<b>Figure I.3</b>	Luxation de hanche	22
<b>Figure I.4</b>	Luxation du genou	22
<b>Figure I.5</b>	Luxation de la cheville	23
<b>Figure I.6</b>	Les types de fractures	25
<b>Figure I.7</b>	Arrachement d'un doigt	26
<b>Figure I.8</b>	Les différents types de déchirure musculaire.	32
<b>Figure I.9</b>	Elongation d'un muscle	35
<b>Figure I.10</b>	La contusion musculaire.	36
<b>Figure I.11</b>	La tendinite du coude.	38
<b>Figure I.12</b>	Le tendon d'Achille	42
<b>Figure I.13</b>	Lésion dentaire	44
<b>Figure II.1</b>	la confrontation a des accidents lors des cours d'EPS	48
<b>Figure II.2</b>	Les causes de ses blessures	49
<b>Figure II.3</b>	Les terrains de la pratique	50
<b>Figure II.4</b>	L'influence du terrain sur les blessures	51
<b>Figure II.5.A</b>	Les types de traumatisme les plus fréquents	53
<b>Figure II.5.B</b>	La partie du corps atteinte	54
<b>Figure II.6</b>	La part de récurrence de la blessure	55
<b>Figure II.7</b>	L'influence d'échauffement	56
<b>Figure II.8</b>	La mauvaise technique gestuelle	57
<b>Figure II.9</b>	Les blessures antérieures	58
<b>Figure II.10</b>	Les conditions météorologiques	59
<b>Figure II.11</b>	Les autres causes de blessures	60

## Sommaire des tableaux

---

### Sommaire des tableaux :

<b>Numéro des tableaux</b>	<b>Titre</b>	<b>page</b>
<b>Tableau 01</b>	la confrontation à des accidents lors des cours d'EPS	48
<b>Tableau 02</b>	les causes de ses blessures	49
<b>Tableau 03</b>	Les terrains de la pratique	50
<b>Tableau 04</b>	l'influence du terrain sur les blessures	51
<b>Tableau 05</b>	Les types de traumatisme les plus fréquents	52
<b>Tableau 06</b>	La part de récurrence de la blessure	55
<b>Tableau 07</b>	L'influence d'échauffement	56
<b>Tableau 08</b>	La mauvaise technique gestuelle	57
<b>Tableau 09</b>	La blessure antérieure	58
<b>Tableau 10</b>	Les conditions météorologiques	59
<b>Tableau 11</b>	Les autres causes de blessures	60

# Introduction

### **Introduction :**

Le sport aujourd'hui est de plus en plus populaire et de plus en plus pratiquée. La pratique sportive est devenue l'un des phénomènes qui occupe en place très importante dans nos sociétés, Elle permet à chacun d'améliorer ses possibilités d'adaptation motrice, d'action et de réaction à son environnement physique et humain.

L'Education Physique et Sportive (EPS) offre aux élèves des situations d'expression variée, corporelle, verbale, émotionnelle, relationnelle, ce qui n'est pas le cas en salle de classe.

L'EPS répond donc en effet aux objectifs d'une pédagogie active et dynamique grâce à la nature des activités qu'elle propose, à base de jeux et de mouvements, à une organisation en équipes, et à des compétitions fréquentes sur des espaces plus ou moins grands; ce qui permet une grande liberté d'évolution motrice, d'expression multiple et de confrontation des capacités et compétences des élèves. Pour un nombre important d'entre eux, elle représente le seul moment d'activité physique pendant la semaine, elle doit apporter des connaissances, des capacités et des attitudes en leurs permettant de construire, puis d'entretenir, tout au long de la vie, leur santé.

Il est aujourd'hui établi qu'une pratique régulière d'activité physique est le plus souvent perçue comme facteur d'équilibre et de bien être chez les élèves, elle agit favorablement sur plusieurs aspects de la santé physique et biologique telle que la composition corporelle et la prévention des maladies chroniques, ainsi la réhabilitation de différentes pathologies, comme l'obésité, le diabète ou maladies cardiovasculaires et aussi un effet bénéfique sur les plans psychologiques et sociaux. Elle favorise donc le maintien et l'amélioration de la condition physique et facilite également le développement de réflexion ; l'apprentissage et les rapports sociaux.

Cependant aucune activité sportive n'est pas sans danger de blessures, le risque est donc toujours présent lorsque nous pratiquons une activité physique et sportive. Mais Avant de traiter les différents types de blessures qu'il existe, il faut déjà définir le terme « blessure ». Ce terme est employé pour qualifier une lésion physique provoquée de manière volontaire ou involontaire sur une partie du corps humain. Ainsi D'après la littérature, on définit une blessure comme étant à l'origine d'un arrêt d'au moins 3 jours de l'activité sportive, Elle peut toucher l'articulation, les muscles, les tendons, les ligaments ou encore les os.

## Introduction

---

Il existe une multitude de facteurs qui provoquent des blessures lors de l'activité sportive, Vu les conditions dont se déroulent les séances d'EPS l'élève est souvent exposé au risque de blessures. A travers cela on pose la question suivante :

Quelles sont les blessures les plus fréquentes en EPS et quelles sont leurs causes ?

Notre travail de recherche est structuré en deux parties distinctes, La première partie est consacrée à la revue de la littérature organisée en deux chapitres : le premier est réservé au concept et théories de l'EPS, le second chapitre est consacré au concept de blessures sportive. La deuxième partie de cette étude est dédiée au côté pratique, structuré en deux axes : le premier concerne le cadre méthodologique de l'étude, tandis que le deuxième est consacré à la présentation et l'interprétation des résultats suivi d'une discussion. On a conclu ce modeste travail par une conclusion.

# Chapitre 1

L'éducation physique  
et sportive

## **1. L'éducation physique et sportive : (EPS)**

### **1.1. Définition d'EPS :**

L'éducation physique et sportive (EPS), ou simplement éducation physique, est le nom donné à l'enseignement sportif et/ou physique dans le cadre scolaire notamment dans le système éducatif. C'est une pratique d'intervention et une discipline d'enseignement.

« L'EPS est une discipline d'enseignement obligatoire qui s'adresse à tous les élèves scolarisés, Elle a pour fonction l'éducation des conduites motrices. L'apprentissage des connaissances des savoirs et de modes d'actions fondamentaux est recherché dans le but d'atteindre des objectifs et des compétences inscrits dans les textes officiels. » (Ribet, 2012).

Pineau, (1991) définit l'EPS comme suit:« discipline d'enseignement, elle propose, en favorisant le développement et l'entretien organique et foncier, l'acquisition de connaissances et la construction de savoirs permettant l'organisation et la gestion de la vie physique à tous les âges ainsi que l'accès au domaine de la culture que constituent les pratiques sportives » (Lamotte, 2005).

L'éducation physique est une pratique d'intervention qui exerce une influence sur les conduites motrices des participants en fonction de normes éducatives implicites ou explicites. (Parlebas, 1981).

### **1.2. Le but de l'éducation physique et sportive :**

L'objectif générale de l'enseignement de l'éducation physique et sportive a montré la place centrale dans les écoles, mais aussi de mettre en exergue le traitement que lui réserve les enseignants, aujourd'hui L'EPS a une fonction de santé dans le système éducatif parce qu'elle développe la personnalité de l'enfant, son Corps, son esprit, ses organes, elle a pour objectif de libérer toutes les énergies du corps pour les coordonner dans une discipline , afin d'améliorer la santé de l'enfant et de le rendre plus fort , plus courageux , plus réceptif au plan intellectuel , l'EPS a aussi pour but d'entretenir et de développer la santé de l'enfant, augmenter sa résistance physique.

### **1.3. Le projet d'EPS :**

S'inscrivant dans le projet d'établissement dont il prend en compte les axes principaux, le projet pédagogique est obligatoire en EPS. Il relève de la responsabilité de l'ensemble de l'équipe de la discipline.

Sa rédaction collective et concertée, spécifique et formalise la politique éducative de l'établissement en matière d'EPS. Prenant en compte les caractéristiques essentielles de la population scolaire, il précise la mise en œuvre locale du programme. Il doit s'appuyer sur une analyse précise du contexte d'enseignement, proposer des choix et une planification des contenus et présenter les modalités de suivi des élèves. Il revient aux équipes pédagogiques de construire des outils communs permettant d'évaluer le niveau d'acquisition des compétences attendues. Le projet pédagogique est un outil collectif de travail qui alimente au quotidien, réflexions, prises de décisions et mise en œuvre, il assure la cohérence du parcours de formation des élèves. (Nembrini, 2008).

#### 1.4. Les finalités de l'EPS :

- ❖ favorise l'accès au patrimoine culturel que représentent les diverses activités physiques ; sportives et artistiques
- ❖ Eduque à la responsabilité et à l'autonomie

Participe à l'éducation à la santé et à la sécurité

- ❖ Contribue à la formation du citoyen (comprend la règle ; la respecter ; la faire évalue)
- ❖ Permet, en relation avec d'autres champs disciplinaire ; de concrétiser certaines connaissances et notion plus abstraites (concept espace/temps, appréciation d'une situation à risque)
- ❖ Constitue un support privilégié pour permettre aux élèves de parler, lire et écrire. (martre, 2007).

#### 1.5. Les objectifs d'EPS :

- *Le développement et la mobilisation des ressources individuelles favorisant l'enrichissement de la motricité :*

L'être humain ne cesse pas de se développer dès sa naissance jusque' à sa mort.

Avant d'être scolarisée produit des actions motrices qui sont innées chez lui (marcher, courir, sauter, lancer, grimper, tirer...etc.). L'éducation physique et sportives est venue pour développer et améliorer ses actions et vise à enseigner et à ramener l'élève à acquérir d'autres actions qui n'existent pas chez lui et qu'il ne peut pas acquérir et développer sans la pratique des Activités physiques, sportives et artistiques. D'ailleurs la majorité des actions motrices de l'enfant sont observées dans l'athlétisme et l'EPS vise à perfectionner ses actions motrices.

Au cycle 2 les élèves sont devenus capables d'enchaîner plusieurs actions motrices.

Au cycle 3 les élèves vont les complexifiées d'avantage et devient plus performant dans le nombre d'action à réaliser et dans la maîtrise de ses actions. (Delahaye, 2012).

- ***Savoir gérer sa vie physique et sociale :***

L'EPS permet à l'élève d'assurer sa sécurité et celle des autres, d'entretenir sa santé, de développer l'image et l'estime de soi pour construire sa relation aux autres. Elle vise à la recherche du bien-être, de la santé et de la forme physique. Elle doit amener l'élève à bâtir une image positive de son corps. Grâce au plaisir éprouvé, aux efforts consentis, aux progrès réalisés, les élèves comprennent les effets bénéfiques d'une activité physique régulière de plus en plus autonome tout au long de la vie. Par l'analyse réflexive sur les pratiques elles-mêmes et les conditions de la pratique, le lycéen évite d'être un consommateur naïf d'activités physiques et devient un pratiquant lucide et responsable, capable de réinvestir les effets de sa formation en dehors de l'école. A partir de la pratique physique et de la tenue des rôles sociaux (arbitre, juge, aide, etc.), l'EPS s'attache également à faire construire les attitudes et comportements permettant de vivre en société : connaître les règles et en comprendre le sens, les respecter, les construire ensemble, pour agir en responsabilité. (Théophile, 2010).

- ***L'accès au patrimoine culturel que représentent les diverses activités physiques, sportives et artistiques :***

La pratique d'une forme scolaire des activités physiques, sportives et artistiques, favorise l'accès à une culture raisonnée, critique et réfléchie des pratiques sociales et des valeurs qu'elle véhicule. L'EPS permet au lycéen de disposer de connaissances nécessaires et d'un niveau de pratique suffisant pour l'aider à se situer au sein d'une culture contemporaine pour l'accès à des pratiques physiques qui complètent l'offre de formation proposée au collégien.

### **1.6. Les enjeux de l'EPS :**

L'EPS a tout d'abord une fonction sociale. Elle développe le sentiment d'appartenance à un groupe. En effet, L'EPS se pratique souvent en groupe, de ce fait les rapports entre les personnes font partie des apprentissages.

L'EPS s'articule autour d'une composante sociale constituée par des relations sociales et d'une composante normative établie à partir de règles qui régissent le fonctionnement de la vie collective. Elle prône le respect de soi et des autres, l'entraide et la solidarité. Elle permet

de mieux s'adapter aux différents environnements humains (race, ethnie, groupes...). Elle contribue de façon importante à la socialisation des individus et à l'établissement de rapports respectueux entre les personnes (de sexe et de race identique ou différente). Elle permet aussi de s'intégrer à des groupes, de partager, de s'adapter pour atteindre des objectifs communs, d'occuper des fonctions diverses et de manière responsable.

En résumé, L'EPS :

- ❖ Utilise le jeu et la compétition pour promouvoir l'esprit sportif.
- ❖ Développe des sentiments d'appartenance.
- ❖ Crée des liens d'amitié et d'entraide entre les personnes.
- ❖ S'oppose à l'intolérance, au racisme et au sexisme.
- ❖ Permet d'expérimenter différentes manières de s'entraider, collaborer et coopérer.

L'EPS est un vecteur privilégié qui permet de développer des conduites motrices et d'accéder à la qualité de citoyen c'est-à-dire :

- ❖ être respectueux des règles, des adversaires, des partenaires et des arbitres.
- ❖ être capable d'initiatives personnelles.
- ❖ être capable de mener à bien des projets. ( Galichet, 1998).

Son intérêt principal au niveau didactique et pédagogique est que l'EPS permet une formation morale unique car elle véhicule une façon particulière de vivre avec soi et les autres : le respect.

On retrouve donc des valeurs telles que :

- ❖ La valorisation de la franchise plutôt que la tricherie.
- ❖ L'opposition à l'adversaire tout en le respectant comme être humain.
- ❖ Le respect des règlements.
- ❖ Le développement de la courtoisie.
- ❖ La préoccupation d'altruisme et de solidarité. (Xavier, 1999).

Les enjeux de l'EPS sont traduits par ses finalités :

- ❖ **L'éducation à la santé** : « apprendre à connaître son corps, le respecter et le garder en bonne santé ».

- ❖ **La sécurité** : apprendre à adopter des comportements ne mettant pas en danger sa propre intégrité et celle des autres grâce à un apport d'éléments de culture sécuritaire dont on sait qu'elle ne sera pas forcément transmise par les familles.
- ❖ **La solidarité** : respecter et aider les autres.
- ❖ **La responsabilité** : assumer des rôles dans le groupe et être capable de prendre une décision sans en référer préalablement à une autorité supérieure.
- ❖ **L'autonomie** : atteindre une certaine indépendance.

## 1.7. Les compétences en EPS :

### 1.7.1. Les compétences à acquérir en EPS :

Un cadre disciplinaire bâti à partir de deux ensembles de compétences :

Afin d'offrir au élèves une formation complète et équilibrée, l'EPS enseignée au lycée vise, comme au collège et dans la voie professionnelle, à doter l'élève de deux ensembles de compétences qui interagissent constamment dans la pratique : les compétences propres à l'EPS et les compétences méthodologiques et sociales. Une compétence témoigne de la possibilité d'agir volontairement et de manière efficace face à une famille de situations. Le cursus de formation du lycéen s'organise à partir de cinq compétences propres à l'EPS et de trois compétences méthodologiques et sociales.

#### ▪ *Les cinq compétences propres à l'EPS :*

De dimension motrice, circonscrivent l'ensemble des activités physiques sportives et artistiques. Elles organisent le parcours de formation du lycéen afin de lui permettre l'accès aux acquisitions les plus représentatives du champ culturel des activités physiques sportives et artistiques. Chacune des compétences recouvre à la fois l'énoncé de l'un des cinq problèmes fondamentaux posés à l'élève dans la pratique des APSA et les éléments qui vont témoigner de sa capacité à le résoudre. Elles se définissent ainsi :

- ❖ réaliser une performance motrice maximale mesurable à une échéance donnée.
- ❖ se déplacer en s'adaptant à des environnements variés et incertains.
- ❖ réaliser une prestation corporelle à visée artistique ou acrobatique.
- ❖ conduire et maîtriser un affrontement individuel ou collectif.
- ❖ réaliser et orienter son activité physique en vue du développement et de l'entretien de soi.

▪ ***Les trois compétences méthodologiques et sociales :***

Sont indispensables tant à l'acquisition des compétences propres à l'EPS, qu'à celles partagées avec les autres disciplines pour permettre à l'élève d'apprendre et de devenir citoyen et lucide. Leur énoncé définit à la fois ce qu'il y a à savoir et des repères pour apprécier les acquis :

• s'engager lucidement dans la pratique : se préparer à l'effort, connaître ses limites, connaître et maîtriser les risques, se préserver des traumatismes, récupérer, apprécier les effets de l'activité physique sur soi, etc.

- ❖ respecter les règles de vie collective et assumer les différents rôles liés à l'activité : juger, arbitrer, aider, parer, observer, apprécier, entraîner, etc.
- ❖ savoir utiliser différentes démarches pour apprendre à agir efficacement : observer, identifier, analyser, apprécier les effets de l'activité, évaluer la réussite et l'échec, concevoir des projets. (Théophile, 2010).

**1.7.2. Les compétences attendues en EPS :**

Une compétence attendue en EPS, articule et intègre simultanément les dimensions motrices et méthodologiques et entretient une relation prioritaire avec l'une des cinq compétences propres à l'EPS. Elle se manifeste dans la pratique d'une activité physique sportive. Elle est constituée d'un ensemble de connaissances, capacités et attitudes permettant à l'élève de se conduire de façon adaptée et efficace dans une situation représentative de la richesse culturelle de l'APS concernée. Elle finalise un cycle d'enseignement et atteste d'un niveau d'acquisition. Au terme des enseignements, seules les compétences attendues, qui constituent les acquisitions visées en EPS, s'observent et s'évaluent dans la pratique des activités physiques.

Les connaissances, capacités, attitudes.

❖ **Les connaissances :**

Renvoient aux informations que doit s'approprier l'élève sur les activités physiques (règlements, évolution, formes sociales de pratiques, etc.), sur son fonctionnement corporel (éléments de physiologie de l'effort, de psychologie, etc.), sur l'activité d'autrui, sur l'environnement. Elles s'énoncent principalement sous forme de principes, de règles, de repères et nécessitent l'utilisation d'un vocabulaire spécifique.

**❖ Les capacités :**

Attestent du pouvoir d'agir. Elles mobilisent des connaissances dans une situation particulière, se développent et s'observent dans la pratique effective. Elles recouvrent les dimensions motrices (par exemple, les techniques et les tactiques) ou méthodologiques (par exemple, les procédures d'observation, d'évaluation, etc.).

**❖ Les attitudes :**

Se définissent comme une prédisposition à agir, une manière d'être et de penser qui organise les relations à soi, aux autres et à l'environnement. Elles sont sous-tendues par des valeurs. Elles renvoient à des postures intellectuelles, affectives et physiques liées à la confiance soi, aux savoir-faire sociaux. Les verbes accepter, s'opposer, assumer, coopérer, se concentrer, faire confiance, respecter, écouter, caractérisent certaines attitudes. (Théophile, 2010).

**1.8. La séance au la leçon d'EPS :****1.8.1. Définition :**

Définie par P.Seners(2002) comme la « phase d'opérationnalisation de l'enseignement». La leçon est vue par M. Delaunay et Pineau comme « l'acte didactique ultime qui concrétise la phase pédagogique de la démarche d'enseignement(...) la leçon devant les élèves doit être l'unité fondamentale de la pédagogie scolaire, le moment majeur des relations enseignants-enseignés.la leçon offre une unité de temps, de lieu et d'action ».

**1.8.2. La chronologie de la séance d'EPS :**

Sa structure générale comprend des parties différentes et complémentaires :

**▪ La pris en main : (*Eveiller, Informer, Impliquer*) :**

L'enjeu est d'abord de réunir les conditions mettant l'élève dans les meilleures dispositions pour avoir les moyens et l'envie d'apprendre. L'enseignant s'attachera particulièrement, au cours de cette première phase, à donner du sens à la séance, elle permet aussi :

- ❖ Conduire les élèves sur les lieux de pratique.
- ❖ Porter et mettre en place le matériel.
- ❖ Institutionnellement elle permet de faire l'appel afin de recenser les élèves, de connaître ceux qui présentent certaines contres indications temporaires à la pratique

- ❖ De communiquer le thème de la séance, en rappelant ce qui a été fait précédemment, et décrira rapidement les situations qui seront proposées.

- ***La mise en train (s'échauffer) :***

En éducation physiques et sportives, l'échauffement est à la fois un moyen, et un objectif. Comme moyen, il vise trois effets principaux. Tout d'abord, l'échauffement permet une préparation physique et mentale de l'organisme, afin de le rendre plus efficace.

Ensuite, il s'accompagne d'adaptations physiologiques ('élévation de la température centrale et musculaire, augmentation du volume sanguin circulant et de la ventilation pulmonaire, activation de la production de synovie dans les articulations, augmentation de la force de contraction, de l'élasticité, et de l'oxygénation musculaire, etc.) favorables à la prévention des blessures. Enfin, et notamment avec des classes turbulentes, l'échauffement peut améliorer la prise en main du groupe, en mettant en évidence, dès le début de la séance, une organisation routinière de l'espace et des groupes très rigoureuse, ou en répondant à un fort besoin de mouvement par une activité fonctionnelle impliquant une dépense énergétique conséquente. Mais l'échauffement est aussi au cœur d'un objectif et d'une compétence à construire : savoir s'échauffer, et savoir échauffer un groupe.

Il faut retenir cinq grands principes pour l'échauffement en éducation physique et sportive :

- ❖ L'échauffement sera court (10 à 20 du temps de la séance afin de ne pas trop entamer le temps consacré aux apprentissages.
- ❖ L'échauffement mettra rapidement l'accent sur une partie spécifique liée à la nature de l'activité (l'échauffement en volley Ball ne sera pas le même qu'en gymnastique), mais aussi liée aux compétences à construire dans la séance (ainsi en sport collectifs, l'échauffement se fera avec ballon et sera centré sur l'amélioration des pouvoirs moteurs ; en gymnastique, il sera l'occasion d'aborder les prés acquis ou des exigences fondamentales propres à l'activité.
- ❖ L'enseignant veillera à privilégier la nouveauté, les exercices en groupe, les situations jouées, l'utilisation du matériel pédagogique...
- ❖ L'échauffement doit être intégré aux contenus d'enseignement : il sera l'occasion de connaître et de comprendre des exercices d'activation physiologique, d'étirement musculaires, de mobilisations articulaires, de renforcement musculaire, en plus

d'autoriser rapidement la dévolution des rôles aux élèves, qui peu à peu s'échaufferont seuls.

- ❖ Bien sûr, l'enseignant n'oubliera pas les principes généraux traditionnellement associés à tout échauffement : il sera complet, pertinent, progressif et adapté. (Leca et coll., 2005).

- ***La partie principale (enseigner et apprendre) :***

Elle est la continuité de la phase précédente. Par les continus qu'elle propose au travers des différentes situations, c'est elle qui permet de provoquer des apprentissages et d'atteindre les objectifs poursuivis. (Lopez, 1992) La considère comme le « corpus de la séance » et la qualifie de « plat du jour ». (Piéron, 1992) La définit comme la « partie fondamentale » ; ainsi cette partie qui est le cœur de la séance est constituée d'une succession cohérente de tâches motrices (situation d'apprentissage) ; le nombre de ces situations, dans une même leçon ne doit pas être exagéré ; à chaque situation, il est essentiel que les élèves puissent effectuer un certain nombre de répétition afin qu'il y ait apprentissage réel. Notons que cette partie, la plus importante et la plus longue, s'organise autour de temps forts et de temps faibles. Les ressources physique et attentionnelles des enfants et d'adolescents sont en effet limitées et ne peuvent être sollicitées trop longtemps au niveau élevé, c'est pourquoi des temps de récupération intermédiaires seront prévus, pour permettre de moduler aussi bien l'effort physique. Réaliser un bilan collectif intermédiaire permettant de rappeler les consignes.

Les exercices visant le développement des qualités physiques sont souvent proposés dans l'ordre : vitesse, force, endurance ; notons que cet ordre n'est pas immuable. (Novikov et coll., 1967).

On peut considérer que, très souvent, le match constitue l'aboutissement de la partie fondamentale de la séance, dans les sports collectifs.

- ***Le retour au calme :***

Récupérer, faire le bilan, se projeter dans le futur : cette dernière phase de la leçon, d'une durée de cinq minutes environ (plus si des exercices de relaxation sont proposés), doit s'imposer comme une activité routinière de fin de séance permettant de « boucler la bouche ». elle est l'occasion de rassembler les élèves, de préférence assis, autour du professeur. Reliée à la première phase consacrée à l'information et l'implication, elle permet

de leur faire comprendre qu'une leçon d'éducation physique, cela à un début, une partie centrale, et une fin.

Elle répond à trois principaux objectifs :

- ❖ Faire baisser le niveau d'activation, calmer les enfants avant leur retour aux vestiaires, et préparer le changement d'activité.
- ❖ Faire collectivement le bilan et recueillir les impressions des élèves : les objectifs annoncés en début de séance ont-ils été atteints ? Qu'avez-vous appris ? Quel problème avez-vous rencontré ?
- ❖ Envisager la prochaine séance, en donnant des pistes de travail. (Leca et coll., 2005).

### 1.8.3. Organisation de la séance :

- **La sécurité :**

- ❖ **Avant :**

Rappeler les règles à respecter. Bien en expliciter les enjeux afin de favoriser la prise de conscience des élèves.

- ❖ **Pendant :**

Se placer de manière à voir l'ensemble du groupe. Privilégier si nécessaire un atelier mais en gardant un regard attentif sur les autres.

Ne pas hésiter à intervenir, voir interrompre la séance, si besoin rappeler les consignes.

- ❖ **Après :**

Revenir sur les attitudes observées (respect ou transgressions) avec l'ensemble du groupe.

- **Les consignes :**

- ❖ **Avant :**

Rappeler les acquisitions précédentes. Donner les consignes d'organisation, en vérifier la compréhension, envisager une trace écrite (affiche) emportée sur le lieu d'activité.

- ❖ **Pendant :**

Rappel possible par les élèves. Favoriser l'écoute en ritualisant : on se regroupe au signal, pas de matériel dans les mains, l'enseignant doit voir tous les élèves...

Consignes et relances courtes et ciblées afin de favoriser le temps d'activité. En fonction de niveau, les consignes et critères de réussite peuvent être écrit et affichés.

Regard attentif et exigeant de l'adulte quant à leur respect.

▪ ***Le temps :***

- ❖ Privilégier un temps d'activité maximum.
- ❖ Ne pas prolonger les phases de regroupement et d'entretien.
- ❖ Privilégier les organisations permettant la participation du plus grand nombre.
- ❖ Eviter les jeux à élimination.

En résumer un maximum d'activité pour un maximum d'élèves pendant un maximum de temps.

▪ ***L'espace :***

- ❖ Distinguer l'espace de travail de l'espace de regroupement.
- ❖ Matérialiser l'espace dévolution et les espaces interdits.
- ❖ Clarifier l'organisation spatiale (rotation, sens de parcours).

▪ ***Le matériel :***

- ❖ Connaitre le matériel disponible.
- ❖ En vérifier l'état.
- ❖ Prévoir une quantité suffisante.
- ❖ Envisager un matériel supplémentaire pour d'éventuelles évolutions.
- ❖ Prévoir le rangement. (Martre, 2007).

# Chapitre 2

Les blessures et les  
pathologies sportives

## 1. Définition de la blessure sportive :

Noyes et al. (1988) ont proposés trois critères pour qualifier la blessure sportive:

1) le temps d'entraînement perdu, 2) le diagnostic et 3) l'examen clinique. Ainsi, selon ces auteurs, la blessure sportive serait "un état ressenti qui garde l'athlète à l'écart des séances d'entraînement et de la compétition pendant au moins un jour après l'incident et qui implique une attention médicale ou des soins dentaires autres que la simple application de glace ou le strapping". La blessure sportive inclurait toutes concussions, blessures aux nerfs et aux yeux et exclurait les maladies et diverses infections (Pargman, 1993; Flint, 1998). Cette définition englobe à la fois la dimension du temps d'entraînement perdu, comme le font en général les définitions de la blessure sportive les plus fréquemment utilisées dans la littérature et l'aspect médical. La définition prend également en compte la perception de l'athlète, et varie donc avec le seuil individuel de tolérance à la douleur (Flint, 1998).

« En tenant compte des variables et des facteurs précédemment mentionnés, Flint (1998) propose une définition de la blessure relativement consistante. L'auteure distingue deux types de blessures rencontrées dans le sport : le macro-traumatisme et le Microtraumatisme. Le macro-traumatisme est associé à une douleur aiguë consécutive à un incident. Le traumatisme est provoqué par un impact soudain ou une force intense qui crée un dommage au niveau des tissus musculaires (élongation, claquage), Ligamentaires (entorse), osseux (fractures) ou encore au niveau des articulations (Luxation). Le micro-traumatisme, quant à lui, survient suite à une accumulation de Forces ou de tensions répétitives et de faible intensité qui provoque progressivement une Blessure au niveau des tissus, le plus souvent osseux (fracture de fatigue) ou Musculotendineux » (tendinite) (Kibler, Chandler, & Stracener, 1992).

## 2. Pathologies ostéo-articulaires :

### 2.1. L'entorse :

Elle est due à un étirement violent des ligaments, souvent au niveau de la cheville ou du genou. Elle provoque une vive douleur accompagnée d'un gonflement. Elle nécessite l'immobilisation et la consultation rapide d'un médecin. Généralement, l'entorse n'est pas grave et guérit d'elle-même au bout d'une dizaine de jours. Le risque, pour le genou notamment, est la déchirure des ligaments. Dans ce cas, l'opération chirurgicale est presque

toujours nécessaire et la reprise d'un sport ne peut intervenir avant trois à six mois minimum. (Rechik et al. 2007)

« Lésion douloureuse par élongation ou déchirure d'un ou des ligaments d'une articulation due à un traumatisme et accompagnée d'un œdème.» (Dictionnaire Hachette, 1984).

### 2.1.1. Types d'entorses :

- ❖ **L'entorse bénigne ou entorse légère (foulure)** avec ligaments distendus sans rupture. À ce stade, l'articulation est encore fonctionnelle.
- ❖ **L'entorse moyenne** : un étirement du ligament accompagne d'un début de déchirement
- ❖ **L'entorse grave** : avec arrachement ligamentaire, sont difficiles à traiter, l'immobilisation plâtrée doit être maintenue plusieurs semaines. (rochcongar et coll., 2009).

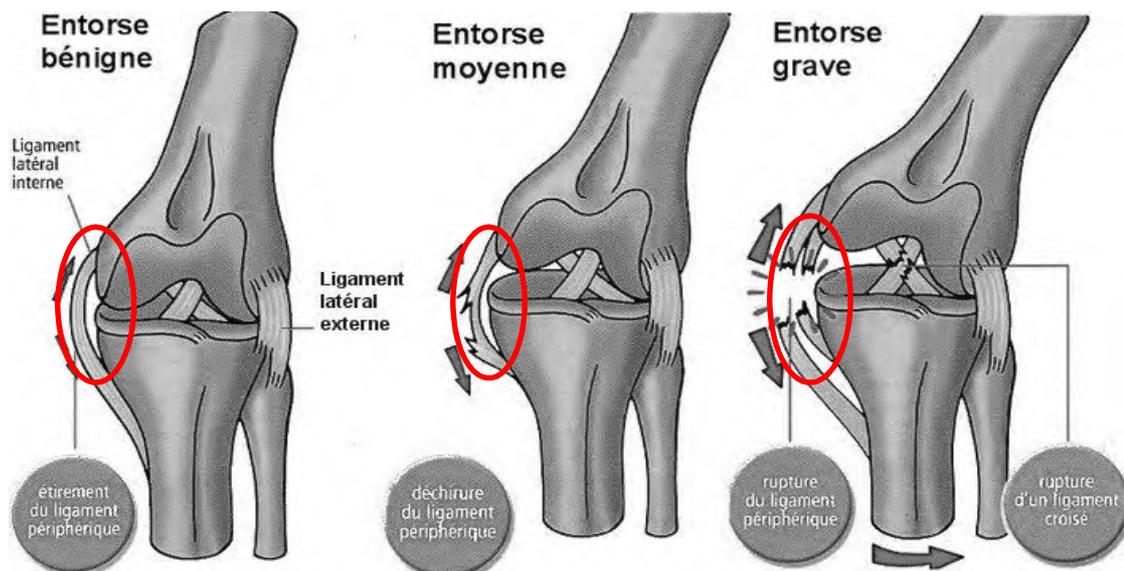


Figure I.1 : Les types d'entorses (genou)

### 2.1.2. Les symptômes :

Une entorse légère ou modérée se manifeste par :

- ❖ une articulation traumatisée douloureuse.
- ❖ une difficulté à bouger l'articulation.
- ❖ un gonflement (œdème) localisé immédiat ou apparaissant parfois plusieurs heures après le traumatisme.

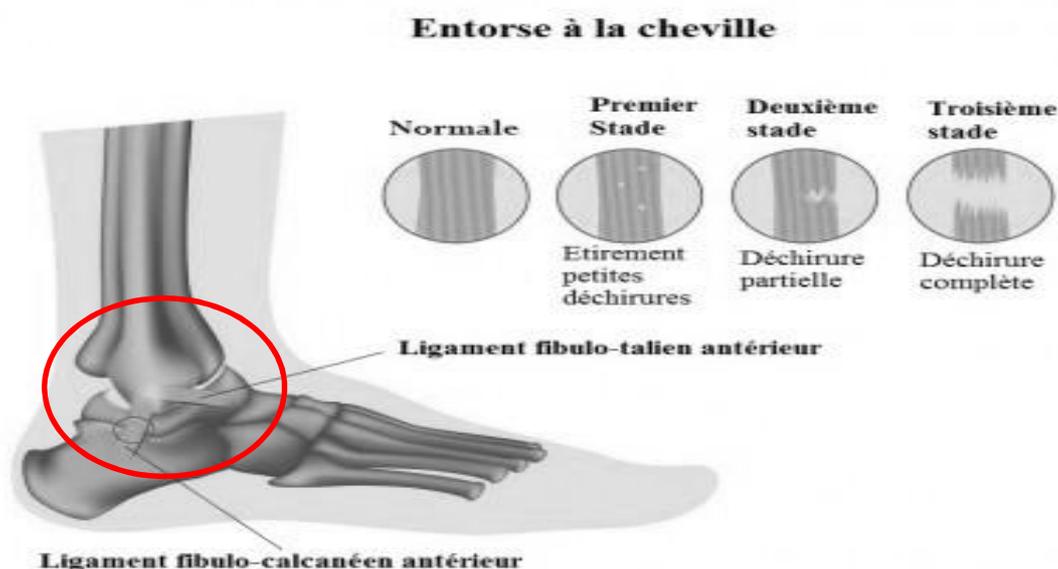
- ❖ un hématome parfois.

L'entorse grave entraîne les symptômes suivants :

- ❖ une douleur violente immédiate au moment du traumatisme.
- ❖ l'impossibilité de bouger l'articulation sans douleur.
- ❖ un hématome souvent.
- ❖ un œdème localisé immédiatement après l'entorse.
- ❖ la perception d'un craquement, voire d'une déchirure lors du traumatisme.

### 2.1.3. L'entorse de la cheville :

L'entorse de la cheville est probablement la lésion la plus fréquente en traumatologie de l'appareil locomoteur. Souvent considérée comme une lésion bénigne elle ne doit pas être négligée pour ne pas être à l'origine d'une incapacité fonctionnelle prolongée. Le diagnostic de gravité évoqué par la clinique doit être confirmé par des radiographies dynamiques à la recherche d'une laxité objective quantifiable. Tout traumatisme de la cheville à radiographie « normale » n'est pas forcément une entorse et il faut parfois avoir recours au scanner pour visualiser une « fracture occulte » devant une « grosse » cheville post-traumatique très douloureuse. Le traitement dépend de la gravité de l'entorse. Exceptionnellement chirurgical, il est habituellement fonctionnel pour les entorses bénignes (sans laxité objective évidente) et orthopédique (immobilisation par plâtre ou attelle rigide) pour les entorses graves. (Saragaglia, 2003)



**Figures I.2 :** Entorse de la cheville

#### 2.1.4. Les symptômes de l'entorse de la cheville :

La douleur est très variable, parfois non ressentie, son intensité n'est pas proportionnelle à la gravité. Mais dans la majorité des cas, la douleur est importante. Un craquement est parfois perçu, signe de rupture. Quelques heures plus tard, lorsque la cheville s'est refroidie, la douleur revient, et l'œdème apparaît. Une ecchymose peut survenir, à la partie externe de la cheville et du pied, se déplaçant par la suite vers les orteils. Parfois, l'appui est impossible. (Cazeau, 2017)

#### 2.2. La luxation :

Comparativement aux entorses extrêmement fréquentes (près d'un quart des accidents), les luxations ne représentent que 2 % des lésions recensées en consultation de traumatologie. Le plus souvent sportives, elles peuvent survenir en d'autres circonstances : accidents du travail, traumatologie routière...

Résultant d'une perte de rapport (déboîtement) entre deux articulations, elles siègent essentiellement aux genoux (sauf pour la rotule), à l'épaule, moins fréquemment aux hanches et aux phalanges des doigts. (Rechik et al., 2007)

« Une luxation est caractérisée par une séparation complète des surfaces articulaires, qui ne peuvent pas retourner dans leur position naturelle d'origine.

S'il reste une partie des surfaces articulaires en contact l'une avec l'autre, on parle de subluxation (luxation incomplète).

Les luxations des articulations des doigts sont fréquentes dans les sports de balle en particulier le volleyball ou le handball.

Un tape (taping/strapping = bandage rigide) préventif peut diminuer le risque de telles blessures dans ces disciplines sportives ».

##### 2.2.1. Localisation de la luxation :

- **Luxation traumatique** : elles atteignent électivement l'épaule ou le coude de l'adulte.
- **Luxation congénitale de la hanche** : elle est due à un vice de formation de cette articulation.
- **Luxation dentaire** : c'est la séparation plus ou moins accentuée d'une dent de son alvéole, elle peut s'infecter.

- **Luxation cristallin** : déplacement anormal du cristallin, soit vers l'arrière dans le corps vitré, soit vers l'avant dans la chambre. Elle entraîne des troubles de la vue. (Crimail et coll., 1976)

### 2.2.2. Les cause de la luxation :

La blessure est consécutive à l'application soudaine d'une forte contrainte.

Les surfaces articulaires sont déplacées l'une par rapport à l'autre et restent dans une position anormale.

La luxation entraîne fréquemment des lésions secondaires, telles que déchirure de l'appareil capsulo-ligamentaire.

La cause la plus fréquente de luxation est un choc traumatique subi au niveau de l'articulation. Il s'agit, le plus fréquemment, d'un choc subi au cours d'une activité sportive.

Dans la luxation de l'épaule, la cause traumatique la plus fréquente est la réception d'une chute au niveau des coudes ou des bras tendus. Après une première luxation causée par un traumatisme, et corrigée par une manœuvre de réduction, il n'est pas rare que le sujet souffre d'une instabilité ou de subluxations répétées. C'est-à-dire de luxations partielles et résolutives spontanément. (Evrard, 2014)

### 2.2.3. Symptômes :

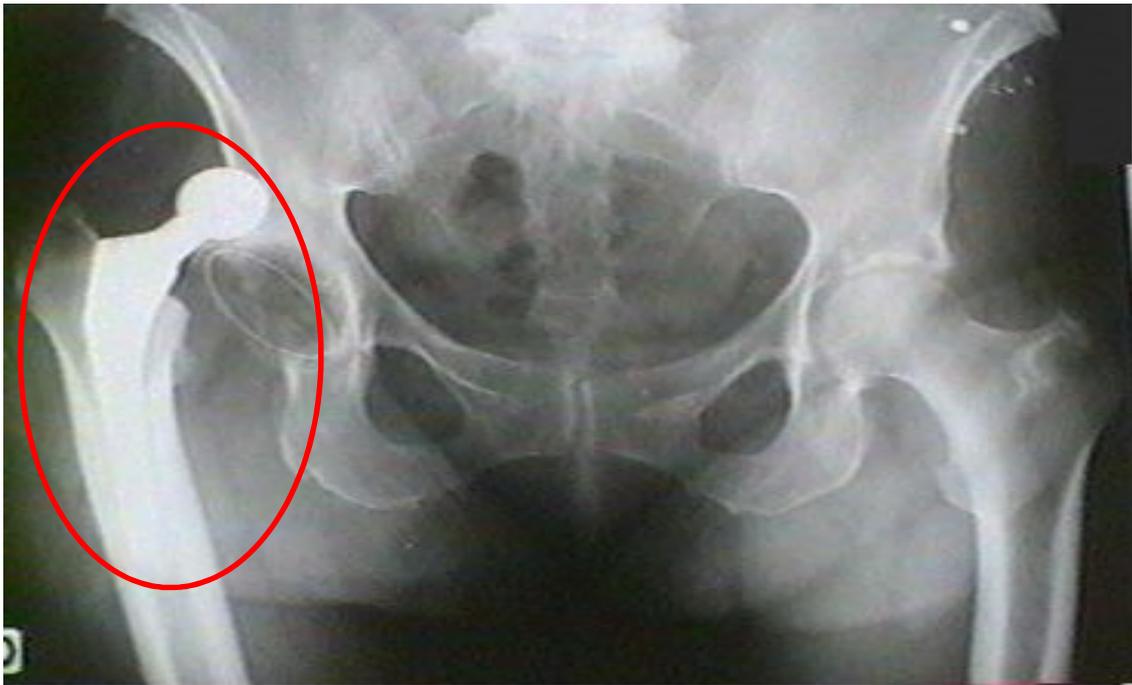
Les symptômes sont assez révélateurs, dans un contexte de traumatisme ou de traction principalement sur un membre : douleur, parfois importante ; difficulté ou impossibilité de se servir de l'articulation ; déformation parfois visible. (Hordé, 2016)

### 2.2.4. Luxations des membres inférieurs :

- **Luxation de hanche** :

La luxation de hanche est rare lors de la pratique d'activités sportives, les lésions des petites articulations sont plus communes. Cependant, la morbidité associée à la luxation de hanche est plus importante et le diagnostic ainsi que le traitement ne sont pas toujours évidents pour le médecin de premier recours. Les causes les plus communes de luxation de hanche impliquent des traumatismes à haute énergie. Elles peuvent aussi être liées à des sports associés à un risque d'impact à haute énergie, tels le football américain, le rugby et les sports d'hiver. Un diagnostic et un traitement adéquats sont impératifs pour éviter les séquelles à long terme que sont la nécrose aseptique ou l'arthrose post-traumatique.

L'articulation coxo-fémorale est une énarthrose. La tête fémorale s'articule dans la cavité acétabulaire, cette dernière étant agrandie par un fibrocartilage périphérique, le labrum. C'est cette congruence tête-acetabulum qui rend la hanche très stable. La stabilité est renforcée par une épaisse capsule en forme de sablier, par le ligament iliofémoral (qui renforce la capsule en haut et en avant) et le ligament pubofémoral (qui double la capsule en bas et en avant), ainsi que par le ligament ischiofémoral (en arrière).



**Figure I.3 :** Luxation de hanche

▪ ***Luxation du genou :***

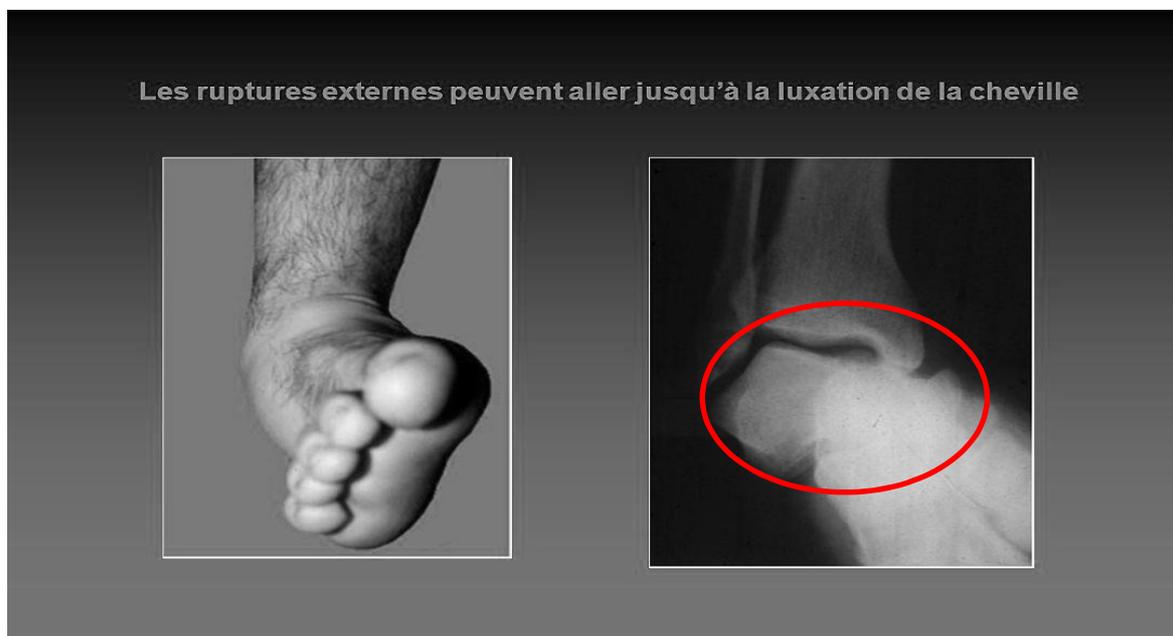
La conduite à tenir face aux luxations du genou dépend du bilan lésionnel initial qui doit déterminer le type de luxation, ses complications potentielles et l'importance des dégâts capsulo-ligamentaires.



**Figure I.4 :** Luxation du genou

- **Luxation de la cheville :**

Les luxations de la cheville surviennent quand une force significative est appliquée à l'articulation, entraînant une perte de congruence des surfaces articulaires entre le talus et le plafond tibial. Ces luxations, fréquentes chez les jeunes sportifs, sont le plus souvent associées à des fractures. La stabilité de la cheville est assurée par la congruence du talus entre les extrémités distales du tibia et du péroné. Le profil de la mortaise augmente la stabilité de l'articulation. En revanche, la forme trapézoïdale du talus, qui est plus large antérieurement, diminue la stabilité de cette articulation en flexion plantaire. La cheville supporte trois à cinq fois le poids du corps lors de la marche normale et sept fois ce poids lors de la course et des sauts.



**Figure I.5 :** Luxation de la cheville

### 2.3. La fracture :

Elle est la plupart du temps une rupture violente d'un os ou d'un cartilage dur à la suite d'un choc. Cependant, chez les sportifs de hauts niveaux, on peut relever des fractures dites de « fatigue », qui elles sont la conséquence de microtraumatismes répétés. Il faut consulter le plus rapidement possible un médecin. La pose d'un plâtre est souvent indispensable. Selon l'os touché et la gravité de la fracture, une intervention chirurgicale peut

être nécessaire. La guérison dépend de l'âge et nécessite souvent une période de rééducation. (Rechik et al. 2007)

« Une fracture est une cassure qui survient sur un os ou du cartilage dur, le plus souvent à la suite d'un traumatisme direct ou indirect (choc, chute, torsion.)

On distingue plusieurs sortes de fractures, entre autres :

- ❖ Les fractures simples : l'os se brise à la suite d'un choc.
- ❖ Les fractures spontanées : l'os se brise à cause d'une extrême fragilité due à une autre affection (par exemple, l'ostéoporose.)
- ❖ Les fractures ouvertes : l'os brisé traverse la peau et est apparent.
- ❖ Les fractures de fatigue : l'os se brise après de petits chocs qui se répètent sur une longue durée.
- ❖ Les fractures de compression : lorsque le membre touché est « écrasé. »
- ❖ Les fractures en « bois vert » : présentes chez les jeunes enfants. On appelle ainsi des fractures qui touchent tout l'os, mais dont l'une des surfaces reste intacte (comme un roseau plié).
- ❖ Les fractures des os peuvent toucher les tissus environnants : muscles, peau, nerfs, vaisseaux sanguins, etc. »

### 2.3.1. Les causes de la fracture :

La cause la plus fréquente d'une fracture est un traumatisme :

Un accident, Un choc direct, Une chute, Un mouvement de torsion brusque, Une contraction musculaire

Il existe toutefois de nombreuses autres causes possibles :

L'ostéoporose, L'ostéomyélite, L'ostéomalacie, Une tumeur, Des kystes osseux, Le rachitisme, La ménopause

### 2.3.2. Les différents types de fracture :

Une fois l'os fracturé, il existe plusieurs cas de figure pour les fragments :

- ❖ Soit il existe un seul trait de fracture sans déplacement (cas fréquent).
- ❖ Soit il existe plusieurs traits de fracture sans déplacement.
- ❖ Soit il existe un trait de fracture avec déplacement (cas le plus fréquent en raison de la traction des muscles).
- ❖ Soit il existe de multiples fractures avec déplacement (cas des traumatismes graves).

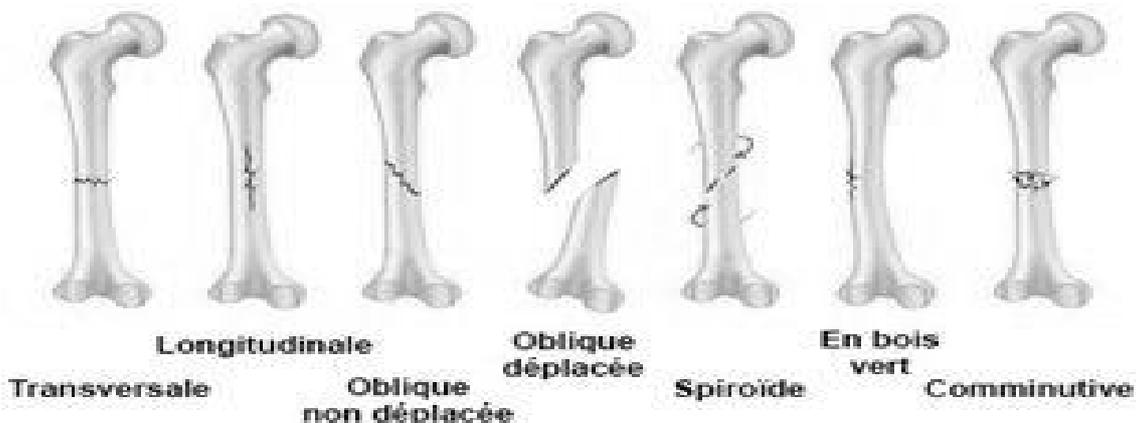
- ❖ Soit il existe une ou des fractures, avec un déplacement et avec lésion de la peau (fracture ouverte, parfois souillée par la terre, des vêtements, etc.).

Selon les cas, la fracture peut se prolonger jusque dans le cartilage d'une articulation voisine : il s'agit alors d'une "fracture articulaire".

Le trait de fracture peut-être :

Droit et transversal, Droit et oblique, Spiroïde (en forme de spirale).

## Types de fractures



**Figure I.6** : Les types de fractures

### 2.3.3. Généralités sur le traitement :

Le traitement des fractures est l'immobilisation.

Une fracture simple peut être immobilisée par un plâtre ou par une fixation des os au moyen d'une opération chirurgicale (ostéosynthèse). Les plâtres sont laissés entre 12 et 3 mois selon les cas.

Une fracture compliquée (plusieurs traits de fractures, emplacement ou déplacement risquant de compromettre la stabilité de l'articulation) sera traitée le plus souvent par la chirurgie : ostéosynthèse ou par une prothèse si on ne peut pas garder les os et les faire se ressouder.

Une fracture ouverte avec multiple foyer de fracture sera traitée le plus souvent par un fixateur externe.

Toute souillure de la plaie en cas de fracture ouverte doit être soigneusement lavé par le chirurgien, et malgré la quantité importante de précautions prises au cours de cette intervention, le risque d'infection est toujours possible et reste très important. (yohans, 2014)

#### 2.4. Arrachement d'un doigt :

Il s'agit de la section d'un doigt, le plus souvent l'annulaire du fait de la présence à ce doigt de l'alliance qui est susceptible de s'accrocher.



Figure I.7 : Arrachement d'un doigt

##### 2.4.1. Les symptômes :

Le doigt est soit arraché soit sectionné, la douleur est vive et l'hémorragie est importante.

### 3. Pathologies musculaires :

#### 3.1. Les Courbatures :

C'est une «sensation musculaire douloureuse qui peut survenir à la suite d'un effort physique trop intense ou qui est l'un des signes précurseurs de la grippe.» (Encarta 2009).

Les courbatures s'expliquent par le fait qu'un effort inhabituel est produit par le muscle ; elles durent généralement un à deux jours.

« Les courbatures sont dues à d'infimes lésions des fibres musculaires consécutives à un surcroît d'efforts : les muscles sont durs et fatigués. Ces minuscules lésions ne sont pas dangereuses et le muscle se répare de lui-même dans la semaine qui suit. »

### 3.1.1. Caractéristiques :

Les courbatures apparaissent lorsque l'on met à contribution des muscles qui n'ont pas l'habitude de travailler ou lorsque l'on réalise des efforts dits « excentriques » (étirement combiné à une contraction). Ces efforts sont alors traumatisants pour le muscle, car il est sollicité pour freiner un mouvement de façon peu naturelle. Le muscle n'étant pas en mesure de supporter la charge qu'on lui impose, des lésions microscopiques, responsables de micro-hématomes, apparaissent et des micro-œdèmes se constituent.

Les douleurs musculaires resteront présentes jusqu'à ce que ces œdèmes se soient résorbés. Si l'on reprend son activité, malgré les courbatures, la douleur va s'effacer au cours de l'effort, avec la disparition des œdèmes. Avec leur retour, la douleur réapparaîtra elle aussi. Les courbatures apparaissent dans les 24 h à 48 h après l'effort. Elles peuvent persister jusqu'à une semaine pour les plus importantes d'entre elles. De plus, elles ne sont pas localisées de façon précise et sont plutôt diffuses, mais facilement identifiables. Généralement, la douleur n'est pas insoutenable comme celle que l'on peut ressentir en cas de déchirure ou même de claquage.

### 3.1.2. Les causes des courbatures :

Voici certaines causes fréquentes de courbatures :

- **Exercice ou travail inhabituel** : Lorsqu'on demande un effort inhabituel ou plus élevé à un muscle, il y a de fortes chances d'avoir des courbatures. La douleur est causée principalement par des 'micro-déchirures' musculaires ou la rupture de très petits capillaires sanguins.
- **Infections virales ou autres** : Par exemple la grippe, une hépatite, les maladies rhumatismales et les affections hormonales.

*Note* : L'acide lactique n'est pas responsable des courbatures. Ce dernier disparaît environ une heure après l'effort, soit bien avant l'apparition des courbatures. (Lebrati et al. 2011)

### 3.1.3. Les types de courbatures :

- ***Fatigue après un effort :***

La courbature est le signe d'une fatigue musculaire, qui peut aussi bien survenir après un effort musculaire (sport) qui aura épuisé les muscles ou sans effort, après une infection virale qui va fatiguer l'ensemble de l'organisme et se mobiliser pour lutter contre le virus. Deux mécanismes distincts sont alors à l'origine de la courbature : les micro-déchirures qu'entraînent les courbatures du sport et la destruction chimique des cellules en cas d'infection virale. L'acide lactique, qui joue un rôle dans l'apparition des crampes, n'est pas impliqué dans les courbatures : il disparaît du muscle dans l'heure qui suit un effort et n'est donc pas responsable, puisque les courbatures surviennent plusieurs heures après l'effort.

Les courbatures qui suivent un effort important (qu'il s'agisse ou non de sport) sont naturellement liées à une fatigue de l'organisme ou, tout du moins, des muscles concernés. Ces derniers auront alors tendance à répondre beaucoup plus lentement aux influx nerveux et parfois même à ne pas tenir compte de l'information. Deux systèmes sont potentiellement impliqués : le système central et le système musculaire lui-même. La fatigue centrale est due à un problème au niveau des voies nerveuses de conduction de l'influx électrique (du message nerveux). Cette mauvaise circulation entraîne naturellement une mauvaise réponse musculaire en retour. En parallèle, plusieurs facteurs rentrent en ligne de compte dans la fatigue périphérique : une énergie insuffisante pour les ponts d'actomyosine ou pour les processus permettant de gérer les échanges ioniques (sodium, potassium et calcium) et un problème du système neuromusculaire au niveau de la plaque motrice.

Cet épuisement est en outre consécutif à une série de facteurs : mauvaise circulation sanguine et donc d'oxygène, excès de diverses toxines, variation du pH sanguin, etc. Cela engendre naturellement des microlésions des fibres musculaires et des micro-œdèmes qui génèrent les douleurs musculaires que sont les courbatures.

- ***Courbatures sans effort : couple fièvre-fatigue :***

Les courbatures sans effort sont inhabituelles, car elles apparaissent généralement lors de la reprise d'un entraînement ou à l'occasion de l'introduction de nouveaux mouvements, dans le cadre du sport par exemple.

Un médecin pensera donc spontanément à des courbatures d'origine autre que musculaire ou plus globalement mécanique (type torticolis ou lumbago) lorsqu'il sera en présence de courbatures associées à de la fièvre. En effet, ces symptômes sont évocateurs et permettent de poser assez rapidement un diagnostic, mais plusieurs options restent possibles : il peut s'agir d'une maladie virale ou infectieuse (la brucellose, le plus souvent), d'une intoxication médicamenteuse ou de pathologies spécifiques. (Gaulin et coll., 2013)

### 3.2. La crampe musculaire :

C'est une contraction douloureuse, involontaire et passagère d'un ou de plusieurs muscles. Elle peut survenir au repos ou à l'effort. Les crampes qui surviennent dans la pratique d'un sport ont une origine complexe ; on croit qu'elles seraient le résultat d'une insuffisance d'apport d'oxygène (qui lors de l'effort transforme les sucres en acide lactique, provoquant la contraction) ou d'électrolytes sanguins. Habituellement, elles sont un signe d'épuisement. Si l'étirement du muscle concerné soulage la crampe, celle-ci risque de revenir rapidement. Le meilleur traitement consiste en fait prévenir l'arrivée de la crampe en s'échauffant bien et en buvant suffisamment d'eau. Une crampe persistante est appelée contracture. (Rechik et al., 2007)

C'est une contraction intense, brutale, paroxystique, involontaire, douloureuse et transitoire d'un muscle, s'accompagnant d'un déplacement segmentaire incontrôlable. Sa durée est variable mais toujours spontanément résolutive. Il convient de distinguer 2 sortes de crampes

- **les crampes à l'effort**, sur un muscle chaud en plein travail : la crampe résulte généralement d'une contraction musculaire isométrique ou de longue durée dans une position segmentaire particulière (grasp des doigts sur un cordage ou un manche, attitude en triple flexion en course automobile, etc.) entraînant une ischémie transitoire chez un sujet insuffisamment préparé. Le sujet sent la crampe s'installer et étire spontanément son muscle, faisant ainsi céder la contraction et les phénomènes douloureux
- **les crampes survenant au repos**, sur un muscle froid, la plupart du temps la nuit. Si la crampe survient pendant le sommeil profond, elle peut être excessivement violente et créer des lésions allant jusqu'à la déchirure musculaire mais le plus souvent le sujet est réveillé par l'intensité de la douleur, étire son muscle, marche et réalise quelques mouvements qui éliminent la crampe : les localisations les plus caractéristiques sont le

mollet (entraînant une attitude caractéristique en varus équin du pied) et les intrinsèques du pied (attitude des orteils en griffe avec douleur exquise de la partie interne de la voûte plantaire

### 3.2.1. Les causes d'apparition des crampes :

Plusieurs causes sont évoquées pour expliquer l'apparition des crampes :

- ❖ La réalisation d'un effort inhabituel trop intense, trop prolongé, dans des conditions de pratique inhabituelle surtout s'il fait chaud.
- ❖ Une mauvaise alimentation et surtout hydratation qui conduit à l'épuisement du glycogène musculaire.
- ❖ Accumulation d'acide dans le muscle.
- ❖ Un déficit circulatoire veineux.
- ❖ Déficit en potassium, calcium, sodium ou même en magnésium.
- ❖ Une fatigue musculaire passagère après un épisode viral ou infectieux.
- ❖ Des chaussures trop serrées, un équipement inadapté, un stress inhabituel. (Bacquaert, 2014)

Parisi et al (2003) ont proposé une classification permettant de différencier les différentes crampes :

- **Les crampes para physiologiques :** rencontrées chez le sportif et au cours de la grossesse.  
S'y ajoutent les crampes occasionnelles qui surviennent chez un sujet sain en dehors d'une circonstance sportive ou d'une grossesse
- **Les crampes idiopathiques :** (dont font partie les crampes nocturnes) qui peuvent être d'origine familiale ou entrer dans le cadre de certaines pathologies neurologiques rares.
- **Les crampes symptomatiques :** qui sont retrouvées dans de très nombreux contextes : syndromes neurologiques centraux au périphériques (radiculopathies+++), maladie de parkinson, hypothyroïdie, insuffisance surrénalienne, hypercorticisme ; diabète ; artériopathies, insuffisance veineuse ; désordres électrolytiques ; myopathies métaboliques ; maladies neurologiques motrices.
- **Les crampes médicamenteuses aux toxiques :** (hypolipémies antihypertenseurs, bêtabloquants, insuline, contraceptifs oraux, diurétiques, alcool...). La supplémentation

en créatinine a été soupçonnée de favoriser l'apparition des crampes, cette notion semble maintenant contredite (Greenwood et al, 2003)

### **3.3. Les contracture :**

La contracture n'est ni une crampe, car elle dure beaucoup plus longtemps, ni une déchirure musculaire, car elle n'entraîne aucune lésion. Elle est due à un mécanisme de défense de l'organisme.

Le muscle se contracte pour limiter les mouvements et éviter l'aggravation d'un problème sous-jacent.

Elle se manifeste en grande majorité dans deux zones localisées : au niveau du dos, où elle est souvent due à une mauvaise posture, un faux mouvement ou encore des mouvements répétitifs et traumatisants ; et au niveau du mollet, c'est alors une contracture primaire qui a un rôle d'alerte. Si celle-ci n'est pas prise en compte, la contracture devient plus importante et peut s'aggraver.

En outre, selon le diagnostic, le traitement de la contracture ne sera pas le même. Ainsi, en l'absence de lésion, le repos est de rigueur ; sinon, le médecin peut prescrire des antalgiques et anti-inflammatoires.

La déchirure musculaire correspond, quant à elle, à la rupture d'un muscle ou d'un nombre important de fibres musculaires d'un muscle. Il s'agit, en somme, d'un important claquage, souvent causé par un effort trop brutal dans lequel le muscle a dépassé ses capacités d'élasticité. (Gaulin et coll., 2013).

#### **3.3.1. Contracture au mollet :**

La contracture au mollet est particulièrement fréquente chez les coureurs de fond. Il s'agit d'un signal indiquant que le corps est mis à rude épreuve. On distingue les contractures primaires et les contractures secondaires. Ces dernières sont associées à un claquage, à une élongation ou à une déchirure musculaire. Le traitement dépend de la nature de la contracture. Il inclut le repos, l'application de glace et la kinésithérapie (massages, étirements).

#### **3.3.2. Les Causes de la contracture :**

Une contracture musculaire est due à une trop grande sollicitation du muscle (efforts répétés) ou à une carence en nutriments. Les principales causes de contracture musculaires sont une activité sportive trop intense, une pathologie infectieuse telle qu'une péritonite (provoquant une contraction des muscles abdominaux), une méningite (provoquant une

contraction des muscles dorsaux), un tétanos (provoquant une contracture générale) ou encore des traumatismes divers. (HORDÉ et al., 2016).

### 3.4. La Déchirure musculaire :

La déchirure d'un muscle correspond à la lésion de fibres qui le composent. Elle est causée par un choc ou une action intense. Très répandue chez les sportifs, cette blessure douloureuse peut aller jusqu'à la rupture d'un muscle et de son tendon. Elle est favorisée par un échauffement inefficace ou un repos insuffisant des muscles, entre deux épisodes d'activité physique intense.

Une déchirure musculaire est une lésion d'un muscle liée à un traumatisme, survenant lors d'un choc ou d'un effort important. Elle peut toucher de nombreux muscles dits "striés squelettiques", qui se composent de fibres musculaires (cellules allongées) et prennent leur attache sur un os du squelette.

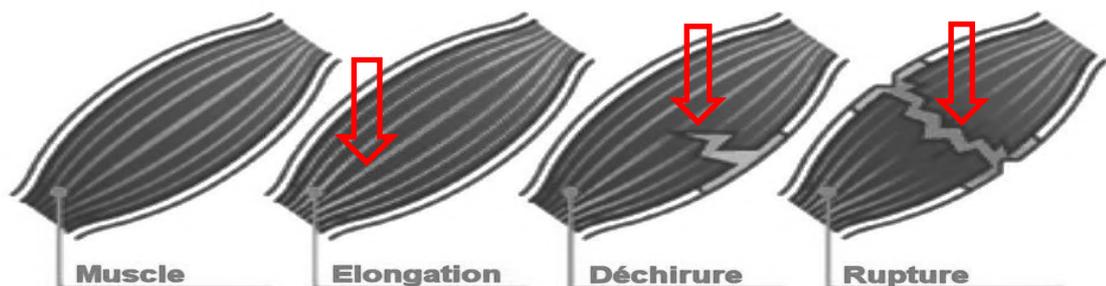
Le plus souvent, la déchirure se produit au niveau de la cuisse (partie antérieure ou postérieure) ou du mollet.

Cette lésion est très fréquente, surtout dans la pratique sportive.

#### 3.4.1. Les différents types de déchirure musculaire :

La lésion peut être de gravité variable, en fonction notamment du nombre de fibres rompues :

- **L'élongation** correspond à un étirement du muscle avec déchirure de quelques fibres, sans saignement (grade I).
- **Le claquage musculaire** (ou "déchirure incomplète") représente une déchirure plus importante des fibres (grade II, avec saignement et constitution d'un hématome) ;
- **La rupture musculo-tendineuse** complète se caractérise par une déchirure du muscle et de son tendon (grade III avec saignement et hématome).



**Figure I.8 :** Les différents types de déchirure musculaire.

### 3.4.2. Les symptômes de la déchirure musculaire :

Le plus souvent, il s'agit d'une douleur vive et aiguë d'un muscle, en coup de poignard, bloquant l'effort au cours d'une activité sportive intense.

Le muscle, comme "sidéré", ne peut plus être mis en mouvement, parfois une sensation de claquement audible se manifeste aussi. En cas de rupture musculo-tendineuse, en palpant la zone rompue, on perçoit un creux à l'endroit de la rupture et une "boule" au niveau du muscle rétracté.

Par ailleurs, au bout de quelques heures, un œdème (gonflement) de la partie lésée apparaît. Un hématome peut aussi se former en cas de claquage et rupture musculo-tendineuse.

### 3.4.3. Causes et facteurs de risque des déchirures musculaires :

La déchirure musculaire survient :

- ❖ soit après un choc direct, comme une "béquille" (coup de genou porté sur la partie externe ou antérieure de la cuisse) pendant un match de rugby, par exemple ;
- ❖ soit après un effort très important (ex. : tir de ballon violent lors d'un match de football). On parle alors de cause intrinsèque (liée à la personne elle-même, indépendamment de tout facteur extérieur).

Par ailleurs, le risque de déchirure musculaire intrinsèque est majoré par certains facteurs :

- ❖ une insuffisance de la préparation musculaire par échauffement et étirements ;
- ❖ des périodes d'activité physique intense trop rapprochées, avec une récupération trop courte et/ou un entraînement pas assez progressif ;
- ❖ une action excessive ou brutale ;
- ❖ une alimentation (et plus particulièrement une hydratation) inadaptée ;
- ❖ une tendinite. (Thelen et al., 2005)

### 3.5. Le claquage :

Le claquage fait partie des accidents musculaires qui provoquent une déchirure brutale d'un certain nombre de fibre d'un muscle. La gravité de la lésion dépend du nombre de fibres atteintes, et le claquage est la lésion intermédiaire entre l'élongation et la déchirure ou la rupture qui peut concerner une partie ou la totalité du muscle.

Dans tous les cas, cette rupture entraîne une hémorragie localisée, avec un hématome de taille variable.

Une déchirure musculaire, également dénommée claquage correspond à la rupture de continuité des fibres musculaires qui composent le muscle. Telles les fibres d'un tissu, elles se déchirent lors d'une sollicitation trop importante et brusque. Survenant dans la majeure partie des cas pendant un effort physique intense, elle provoque une douleur intense, une immobilisation. Un hématome plus ou moins important peut se former suite à la déchirure. En cas de claquage, les fibres musculaires se déchirent et peuvent entraîner parfois leur rupture. En général, le claquage concerne les muscles des membres, comme les biceps, les muscles des mollets ou les quadriceps au niveau des cuisses.

### **3.5.1. Le claquage de la Cuisse :**

Le claquage de la cuisse est un des plus fréquents, en particulier chez les footballeurs qui vont souvent se léser les ischio-jambiers (les muscles situés à l'arrière de la cuisse) lorsqu'ils vont mal contrôler leur shoot. Généralement sans gravité, le claquage de la cuisse peut léser des vaisseaux sanguins et entraîner une hémorragie. Le traitement consiste essentiellement à appliquer de la glace et à laisser les muscles au repos.

### **3.5.2. Le claquage de Mollet :**

Une déchirure musculaire du mollet est une rupture d'une ou plusieurs fibres musculaires du muscle du mollet, le triceps sural. On parle aussi de « claquage du mollet ». La douleur est très vive, brutale, et peut être accompagnée de l'apparition d'un hématome (un bleu). Le muscle est hors d'usage, rendant la marche difficile, voire impossible. Les déchirures au mollet arrivent principalement lors d'une activité sportive et sont favorisées par l'absence d'échauffement préalable.

Il est indispensable de garder le membre immobile, d'appliquer localement de la glace sur le mollet puis de suivre un traitement d'antalgiques en gardant au maximum le muscle au repos.

### **3.5.3. Les causes de claquage :**

Les principales causes du claquage sont l'échauffement insuffisant, une blessure mal soignée, un effort violent ou excessif, ou une fatigue musculaire. Le claquage survient fréquemment à la suite d'une contraction musculaire intense ou à un choc direct sur un muscle contracté.

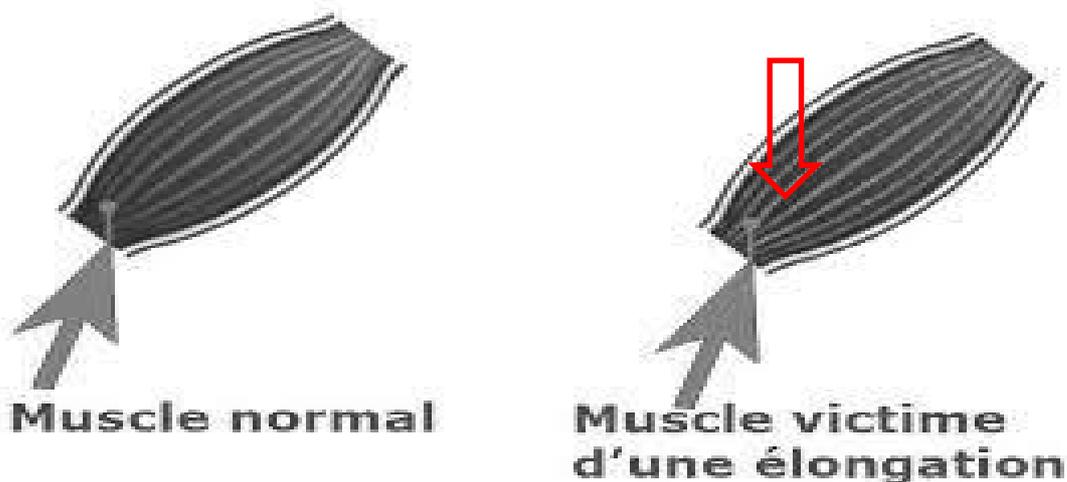
### 3.5.4. Les symptômes :

La déchirure musculaire va engendrer une sensation de craquement, de claquement, pendant l'effort ainsi qu'une douleur vive et intense, puis une immobilisation brutale. Le claquage va entraîner un arrêt immédiat de l'effort. Il est alors impossible à la personne de mobiliser le muscle ou la zone atteinte. (Hordé et al. 2016)

### 3.6. L'élongation :

L'élongation c'est l'allongement traumatique du muscle. L'élongation survient durant une sollicitation excessive à la limite de l'étirement du muscle ou à la suite d'une contraction trop forte du muscle (dépassement de la capacité d'élasticité). Là encore une consultation chez le médecin est impérative, même si la guérison se fait seule en dix à quinze jours. Une élongation extrême peut mener à une déchirure partielle. Les muscles de l'arrière de la cuisse, les ischio-jambiers, sont les plus susceptibles de subir une élongation. (Rechik et al. 2007).

L'élongation est une forme de blessure musculaire qui se traduit par un étirement anormal du muscle. Dans certains cas, quelques petites fibres peuvent être déchirées. Lorsqu'un groupe plus important de fibres musculaires est concerné, il ne s'agit plus d'une élongation mais d'un claquage ou une déchirure.



**Figure I.9 :** Élongation d'un muscle.

### 3.6.1. Les causes d'une élongation :

L'élongation survient lorsque le muscle s'est étiré au-delà de ses capacités. Elle se produit au cours d'un effort physique : au début, à la fin, ou pendant l'exercice. Mouvements brusques, déséquilibre, effort prolongé, fatigue, manque d'échauffement ou d'hydratation, matériel ou entraînement inadéquats peuvent causer une élongation. Les sportifs, amateurs ou de haut niveau, sont les personnes les plus sujettes à l'élongation musculaire.

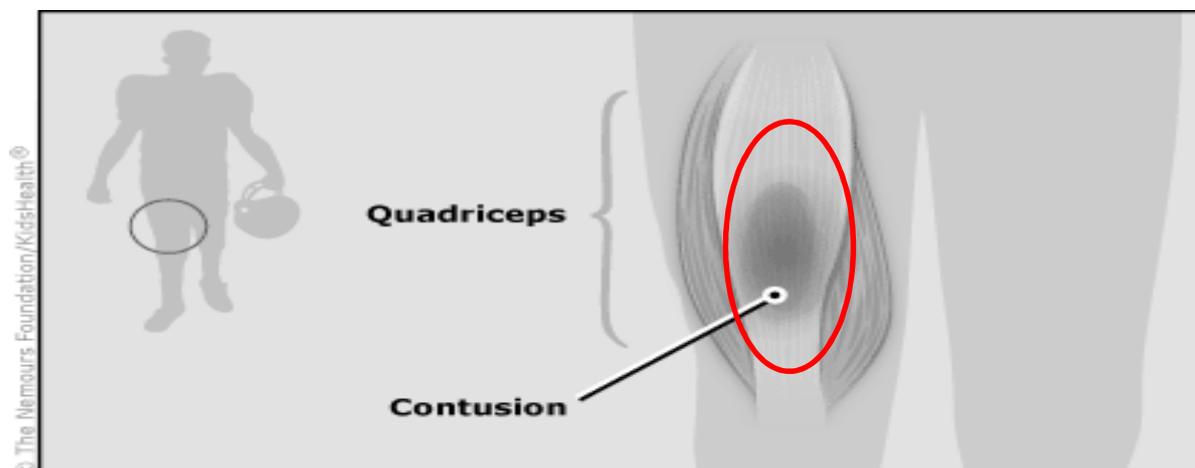
### 3.6.2. Les symptômes :

L'élongation musculaire se manifeste principalement par une douleur au moment de l'effort ou immédiatement après : une douleur vive, perçue à la palpation et lorsque le muscle atteint se contracte. Cette douleur peut également s'accompagner d'une raideur et d'une incapacité fonctionnelle. Le muscle n'est pas gonflé, et le patient ne présente pas d'ecchymose. En général, plus la blessure est grave, plus la douleur et l'impotence sont prononcées. Tous les muscles du corps sont potentiellement concernés par l'élongation : aine, fessier, ischio jambier, mollet, bras, dos, abdominaux. (HORDÉ et al., 2016)

### 3.7. La contusion musculaire :

La contusion musculaire (aussi appelée Charley horse lorsqu'elle survient dans les jambes)

Elle est la conséquence d'un coup reçu sur un muscle en phase de contraction. Elle se manifeste par une douleur musculaire localisée au point d'impact, de l'enflure et une ecchymose (épanchement de sang sous la peau consécutif à une rupture des vaisseaux), qui sont d'autant plus importantes et profondes que le choc est fort. (Rechik et al., 2007)



**Figure I.10** : La contusion musculaire.

### 3.7.1. Les types de contusion :

Selon leur prise en charge on distingue 2 stades de gravité :

- **La contusion simple** : la force est conservée, la gêne fonctionnelle est modérée, les amplitudes articulaires du segment asservi sont peu limitées. Il n'y a pas d'augmentation de volume du muscle atteint.
- **La contusion grave** : la perte de force est nette. Elle s'accompagne d'une impotence fonctionnelle et d'une réduction d'au moins 50/100 des amplitudes sollicitant le segment blessé. Une augmentation de volume localisée puis une ecchymose secondaire sont fréquemment retrouvées. (rochcongar et al. 2009)

### 3.7.2. Les symptômes :

Généralement provoquée par un traumatisme, la contusion peut apparaître spontanément. Son premier signe est la douleur qui se sent d'habitude pendant le choc. Juste après l'impact, la zone lésée se gonfle, rougit et s'enflamme. La douleur peut empêcher la victime de bouger normalement. La couleur de la peau devient bleu violacée et elle ne disparaît pas à la pression.

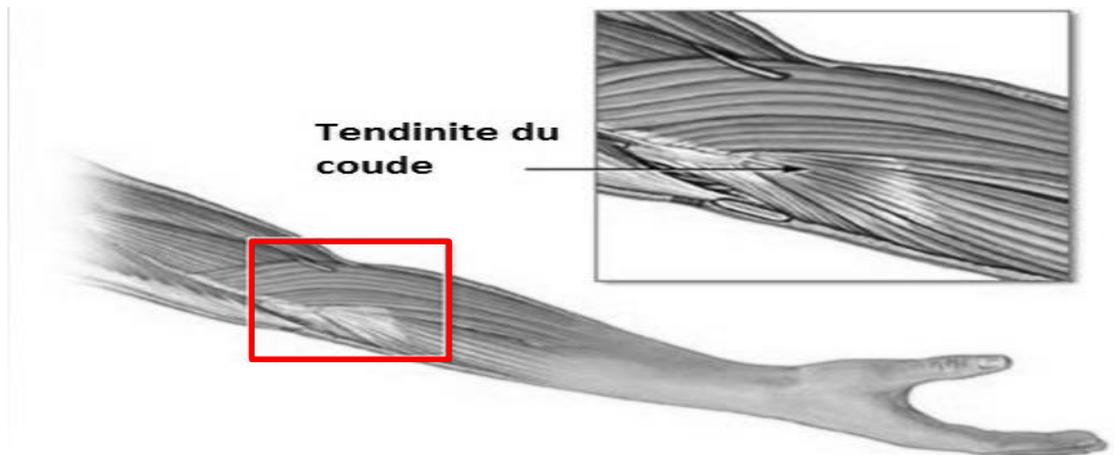
Au fil du temps, elle vire au jaune ou vert et s'efface progressivement. La face et membres sont de loin les plus fréquemment contus par le fait qu'ils sont fragilisés par le soleil. La contusion dans l'œil se manifeste par l'ecchymose en lunette ou « œil au beurre noir ». Voir aussi : hématomes lors des formes graves, la contusion peut être associée à une fracture des os, une entorse ou luxation, aux laïes, à une difficulté respiratoire, à une perte de conscience ou à une hémorragie.

## 4. Pathologies tendineuses :

### 4.1. La tendinite :

peytavin (2002) : la tendinite est une inflammation des tendons, due au surmenage ou à des microtraumatismes. Quelques-unes des fibres qui constituent le tendon se rompent et sont le siège d'une réaction inflammatoire, atteignant la gaine synoviale entourant le tendon (téno-synovite). Les tendinites surviennent surtout chez les sportifs et dans les professions qui exigent de faire des gestes répétitifs. Une tendinite correspond à l'inflammation d'un tendon ou de sa gaine, les tendons étant des sortes de « cordes » constituées de fibres collagènes permettant d'attacher les muscles aux os. La tendinite se traduit principalement par une

douleur, parfois accompagnée d'un gonflement au niveau du tendon atteint. C'est un trouble musculo-squelettique (TMS).



**Figure I.11 :** La tendinite du coude.

**Remarque :** Le terme tendinite est peu à peu remplacé dans le milieu médical par le terme tendinopathie, qui désigne plus généralement une affection des tendons. En effet, dans bien des cas (surtout les cas de tendinites chroniques), ce que l'on désigne par tendinite n'est pas à proprement parler une inflammation, mais plutôt une dégradation ou une dégénérescence du tendon. (Allard, 2012)

Tous les tendons peuvent être le siège d'une tendinite, mais les tendinites les plus fréquentes sont celles :

- ❖ de l'épaule (tendon du muscle supra-épineux)
- ❖ du tendon d'Achille
- ❖ du genou (tendinite sous-rotulienne et de la patte d'oie)
- ❖ du coude (on parle d'épicondylite)
- ❖ du poignet (tendinite de Quervain)
- ❖ de la hanche (tendinite des adducteurs).

#### **4.1.1. Causes de la tendinite :**

Plusieurs éléments peuvent être à l'origine d'une tendinopathie ou d'une tendinite. Le plus souvent, la douleur s'installe progressivement en raison de la répétition d'un mouvement ou de la sollicitation excessive du tendon.

Ainsi, le plus souvent, la tendinite est liée :

- ❖ à la pratique d'un sport (sollicitation excessive, échauffement insuffisant, geste technique incorrect, changement brutal de matériel...);
- ❖ à l'exercice d'une profession qui demande d'effectuer des mouvements répétitifs (travailleurs à la chaîne, musiciens, par exemple);
- ❖ au bricolage, au jardinage;
- ❖ à des microtraumatismes répétés du tendon (coups, chocs);
- ❖ à une mauvaise posture ou au maintien prolongé d'une même position.

Certains rhumatismes inflammatoires, comme par exemple la spondylarthropathie ou la polyarthrite rhumatoïde, peuvent également entraîner l'inflammation d'un tendon. Enfin, la prise de médicaments, notamment les fluoroquinolones et les stéroïdes anabolisants (qui peuvent provoquer une rupture de tendon), peut aussi être en cause dans certains cas. (Allard, 2012)

#### **4.1.2. Les symptômes :**

Les signes et symptômes d'une tendinite comprennent généralement :

- ❖ Une douleur à la mobilisation de l'articulation concernée ainsi qu'au repos. La peau située à cet endroit est, dans certains cas, rouge et chaude au toucher.
- ❖ Une perte de la mobilité du membre affecté par la tendinite.
- ❖ Un léger gonflement dû à l'inflammation créée par la tendinite

#### **4.1.3. Comment prévenir la tendinite :**

Avant une activité sportive, il est important de bien s'échauffer. Pour être efficace, un échauffement doit suivre quelques règles de base : durer au moins dix minutes, comporter un temps de course, mais aussi des étirements et des assouplissements généraux pour préparer les muscles et les articulations à l'effort et aux contraintes. Il est également important de bien s'hydrater au cours d'un effort physique, et de faire régulièrement des pauses pour ne pas trop solliciter les tendons. D'autre part, certaines chaussures qui ne soutiennent pas assez le talon, comme les Crocs, favorisent les tendinites : il est donc déconseillé d'en porter quotidiennement. Et trop jouer à la console peut également provoquer la nintendinitis.

#### 4.2. La rupture tendineuse :

C'est la rupture d'un groupe de fibres tendineuses.

- ❖ Elle est totale ou partielle.
- ❖ Elle survient toujours sur un tendon fatigué après une contraction particulièrement violente.
- ❖ Elle se rencontre dans les deux tiers des cas au cours d'une activité sportive.
- ❖ La prise de certains antibiotiques augmente de façon considérable le risque de rupture du tendon d'Achille, même pour des efforts minimes.

##### 3.2.1. Le tendon est la partie finale du muscle qui s'insère sur l'os :

Il est constitué lui aussi de fibres. Celles-ci contrairement à celles du muscles ne sont pas contractiles, ni extensibles (ou de façon infinitésimale pour atténuer la brutalité de la transition entre le muscle et l'os).

Un tendon est en principe très solide. C'est l'équivalent des cordages sur un bateau. Mais ça peut rompre. Tout comme un cordage, soit de façon nette et violente, soit de façon progressive après délitement (par usure) des fibres.

##### 4.2.2. Les raisons pour qu'un tendon se rompe :

- ❖ Soit parce que le muscle est démesurément puissant. Au cours d'une contraction particulièrement forte, le tendon explose tout comme le cordage d'une voile trop importante soumise à un vent violent. Le tendon dans ce cas n'a rien à se reprocher. Il est parfaitement sain. Cette situation se rencontre surtout dans le milieu sportif où les muscles sont gonflés de façon outrancière soit de façon naturelle soit de façon artificielle (engraissement aux hormones). Tous les tendons dans ce cas de figure peuvent être concernés.
- ❖ Soit parce que le tendon est fatigué. Trop vieux ou fragilisé par une prise de poids importante, par des dépôts graisseux (lipides), par des tendinites à répétition.
- ❖ Soit parce qu'il est trop fragile constitutionnellement dès la naissance (tendon dit hyperlaxe).
- ❖ Soit parce qu'il a été coupé au cours d'un accident (tendons des doigts).

Dans ces quatre cas, la rupture peut-être :

- ❖ Partielle (c'est le cas le plus fréquent). Le muscle reste associé à l'os, mais interdit quand même tout nouvel effort. Le traitement sera identique à celui d'une rupture totale.
- ❖ Totale. Le muscle est complètement désolidarisé de l'os (rarement au ras. Presque toujours en son milieu). (Juanito, 2015)

#### 4.2.3. Les tendons les plus touchés :

Dans la pratique courante ce sont :

- ❖ Les tendons extenseurs ou fléchisseurs des doigts de la main (beaucoup moins ceux des pieds).
- ❖ Le tendon d'Achille (tendon qui relie les muscles jumeaux situés derrière la jambe au talon).
- ❖ Le tendon du long biceps du bras (tendon très fin qui part du haut de l'épaule, passe dans un petit tunnel osseux juste devant celle-ci et se poursuit par le faisceau musculaire le plus puissant du bras).
- ❖ Les tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule. Ils sont 3 et passent eux aussi dans un tunnel osseux sur la partie haute et extérieure de l'épaule.

Cette notion de tunnel osseux est importante car génératrice d'un conflit entre l'os et le tendon qui frotte au cours du mouvement malgré un système de gaines qui adoucit ces frottements.

#### 4.2.4. Tendon d'Achille :

Le tendon d'Achille peut se déchirer ou se rompre à la suite d'un déplacement brusque comme un saut, un démarrage de sprint, ou au cours d'étirements violents du tendon. La zone lésée va être gonflée, endolorie, et contusionnée. Une intervention chirurgicale avec plâtre, ou un plâtre seul, peuvent être nécessaires pour réparer une déchirure du tendon d'Achille.

Le tendon d'Achille (ou tendon calcanéen en nouvelle nomenclature) est un des plus volumineux du corps. Il attache les muscles du mollet (muscles jumeaux latéralement et le soléaire au centre) au talon (à l'os calcanéum). C'est en partie grâce à ce tendon qu'il est possible de marcher ou encore de se mettre sur la pointe des pieds. La pathologie la plus susceptible d'affecter le tendon d'Achille est la tendinite qui est une inflammation relativement fréquente, notamment chez les sportifs ou chez les personnes en surpoids. (HORDÉ., 2014)

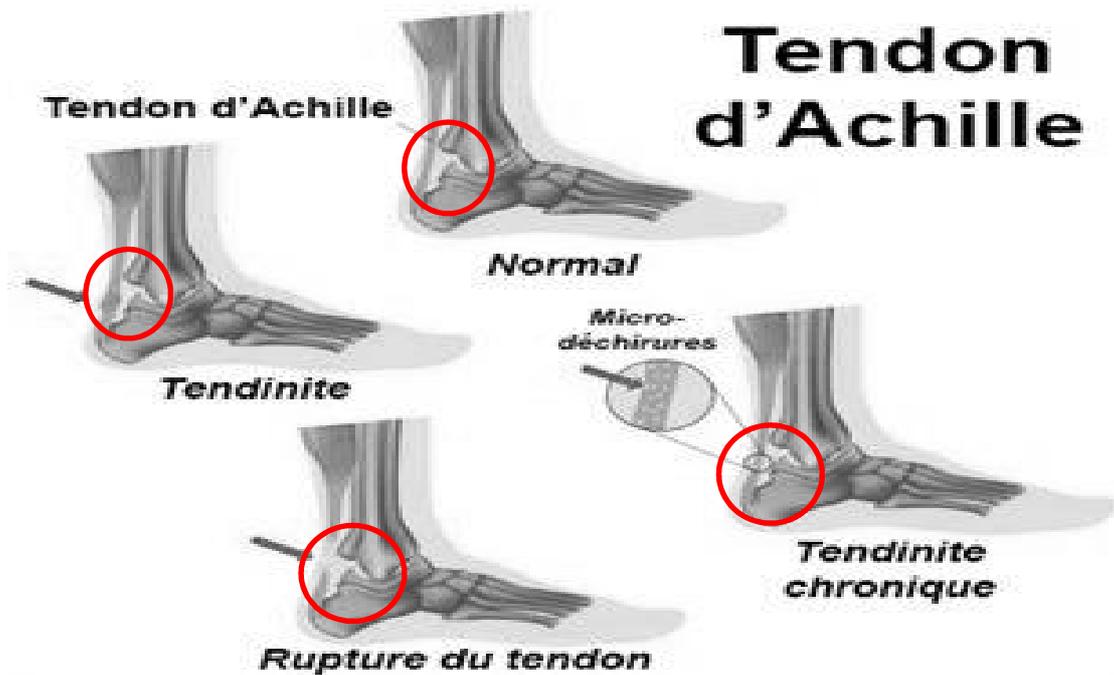


Figure I.12 : Le tendon d'Achille

## 5. Pathologies du visage

### 5.1. Epistaxis :

Une épistaxis est un écoulement sanglant provenant des fosses nasales. Ce saignement est très fréquent et la plupart du temps bénin. Dans certains cas cependant, il peut devenir par son abondance, sa répétition ou la fragilité du terrain une véritable urgence médico-chirurgicale. Tantôt l'épistaxis constitue toute la maladie (épistaxis essentielle du jeune due à des ectasies de la tache vasculaire situées à la partie antéro-inférieure de la cloison nasale), tantôt elle est le symptôme révélateur, tantôt la complication de nombreuses affections.

Devant une épistaxis, quatre ordres de problèmes se posent :

- ❖ la reconnaître
- ❖ en préciser l'abondance et le retentissement
- ❖ en rechercher l'étiologie
- ❖ assurer l'hémostase

### 5.1.1. Les types de l'épistaxis

- **L'épistaxis bénigne :**

L'écoulement est peu abondant, se faisant goutte à goutte par la narine, au début presque toujours unilatéral. L'examen ORL est facile après mouchage, et la rhinoscopie antérieure retrouve le siège du saignement, en général antérieur, au niveau de la tache vasculaire. Il n'y a pas de retentissement sur l'état général.

- **L'épistaxis grave :**

La gravité d'une épistaxis dépend de facteurs à apprécier immédiatement.

- ❖ Son abondance appréciée moins par le caractère bilatéral ou antéro-postérieur de l'épistaxis que par les notions objectives que sont le fréquence cardiaque (pouls), la pression artérielle, les sueurs, la pâleur. L'appréciation du volume saigné est toujours difficile à estimer, fréquemment surestimée par le patient ou l'entourage mais parfois trompeur par défaut car dégluti.
- ❖ La durée ou la répétition de l'épistaxis doivent être vérifiées pour apprécier la gravité
- ❖ L'association à une pathologie susceptible de se décompenser par la déprivation sanguine telle qu'une coronaropathie ou une sténose carotidienne.
- ❖ La présence de troubles de la coagulation (telle que la prise de traitement anticoagulant) rend parfois le contrôle du saignement plus difficile. L'examen des cavités nasales est parfois délicat en raison de l'abondance du saignement fréquemment bilatéral et antéropostérieur.

### 5.2. Lésions dentaires :

Les lésions dentaires observées au cours de l'activité physique sont la luxation et la fracture dentaire. Elles surviennent à la suite d'un choc et sont plus particulièrement fréquentes chez les enfants. On parle de luxation, ou déchaussement dentaire, quand la dent est entièrement sortie de son alvéole, cavité dans laquelle elle est normalement logée. On parle de fracture dentaire quand la dent est rompue. Elle peut s'associer à une luxation.



**Figure I.13 :** Lésion dentaire

### **5.2.1. Les symptômes :**

Au moment du choc, le blessé ressent une douleur importante. Il s'en suit une hémorragie. La ou les dents touchées peuvent être soit déchaussées, soit rompues. (Chaduteau, 2000).

# Chapitre 3

## Méthodologie de recherche

**1. Hypothèses :**

- ❖ Les blessures des élèves résultent d'incidents soudains survenant durant une activité physique, qui sont des blessures osseuses, articulaires, ligamentaires et musculaires.
- ❖ Les conditions météorologiques peuvent causer les blessures chez les élèves pratiquant l'EPS.
- ❖ Une mauvaise technique gestuelle et la blessure antérieure peuvent provoquer des blessures chez les élèves

**2. L'objectif de la recherche :**

L'objectif de notre travail consiste à déterminer les blessures les plus fréquentes en éducation physique et sportive et leurs causes.

**3. Cadre de l'étude :**

les établissements scolaires de la wilaya de BEJAIA

**4. Echantillon :**

l'étude à portée sur un échantillon de 82 enseignants d'éducation physique et sportive appartenant à des établissements scolaires de la wilaya de Bejaia des différents niveaux à savoir C.E.M et Lycée.

**5. Moyens et méthodes de la recherche :****5.1. Méthode de L'analyse bibliographique :**

Ce procédé nous aide à collecter le maximum de données relatives à notre thème, nous avons donc consulté et analysé une série d'ouvrages et de revues spécialisées ainsi que quelques sites internet afin de mieux cerner notre problématique et ainsi choisir les outils les mieux adaptés pour recueillir les données et ainsi de répondre aux questions posées.

**5.2. Enquête par le questionnaire :**

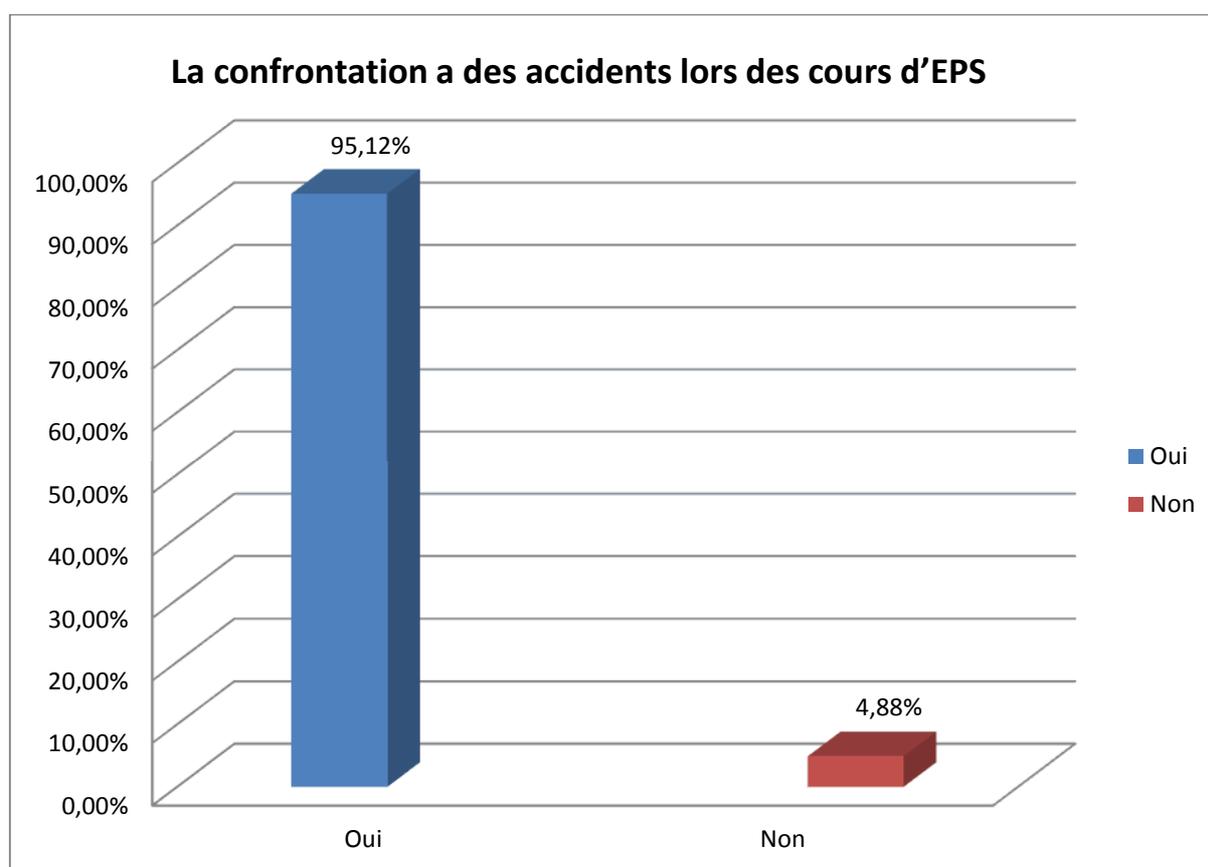
Sur le plan méthodologique, notre méthode de travail a nécessité l'utilisation d'un questionnaire qui est une technique d'investigation, dans le but de relever le maximum de réponse concernant notre sujet de recherche et également afin de vérifier nos hypothèses.

# Chapitre 4

Présentation et  
interprétation des  
résultats

**Présentation et interprétation des résultats :****Tableau 01** : la confrontation à des accidents lors des cours d'EPS

	Nombre de réponse	Pourcentage
Oui	78	95.12%
Non	04	04.88%
Total	82	100%

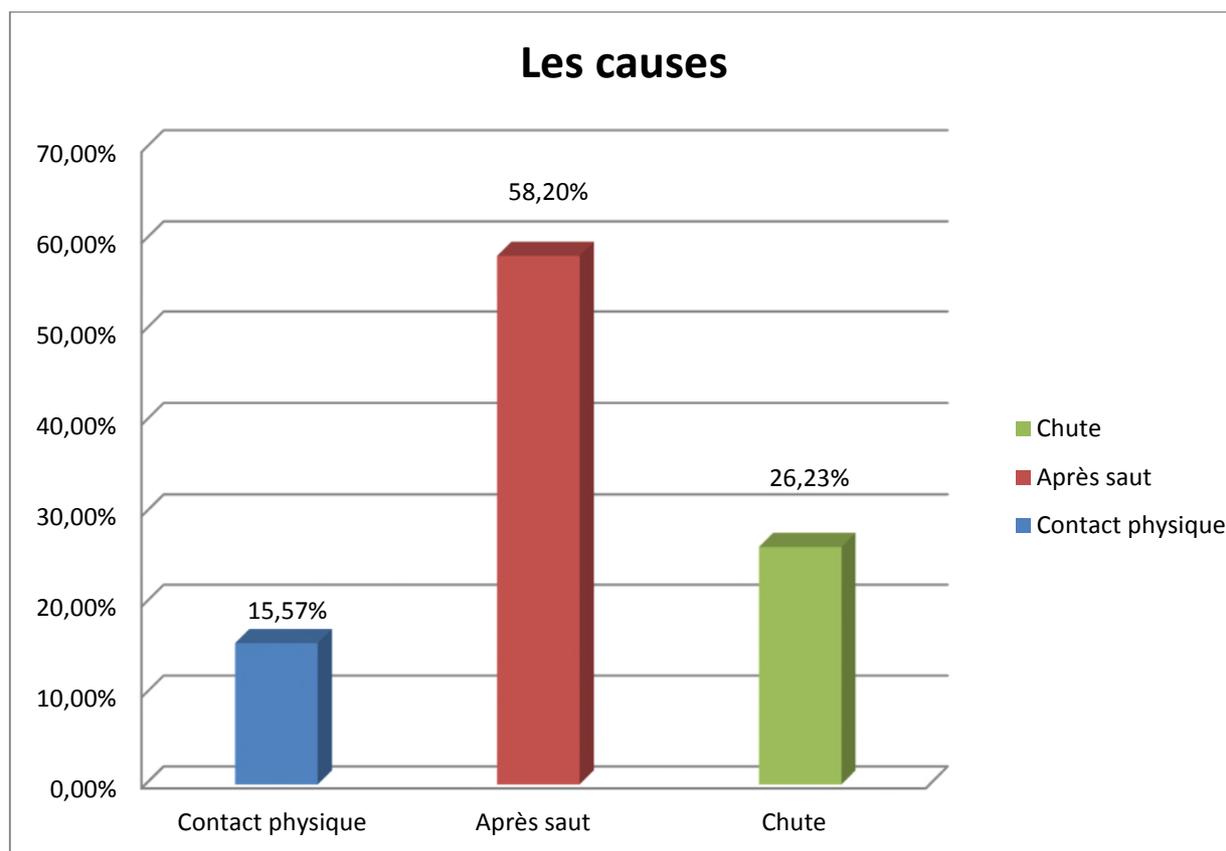
**Figure II.1** : la confrontation a des accidents lors des cours d'EPS

Le tableau 01 montre que 95.12% des enseignants ont été déjà confrontés à des blessures au cours de la séance d'EPS. Par contre, 04.88% des enseignants n'ont jamais été confrontés à des blessures dans leurs cours.

D'après ce résultat on constate que la majorité des enseignants sont confrontés à des accidents durant leurs séances d'EPS.

**Tableau 02** : les causes de ses blessures

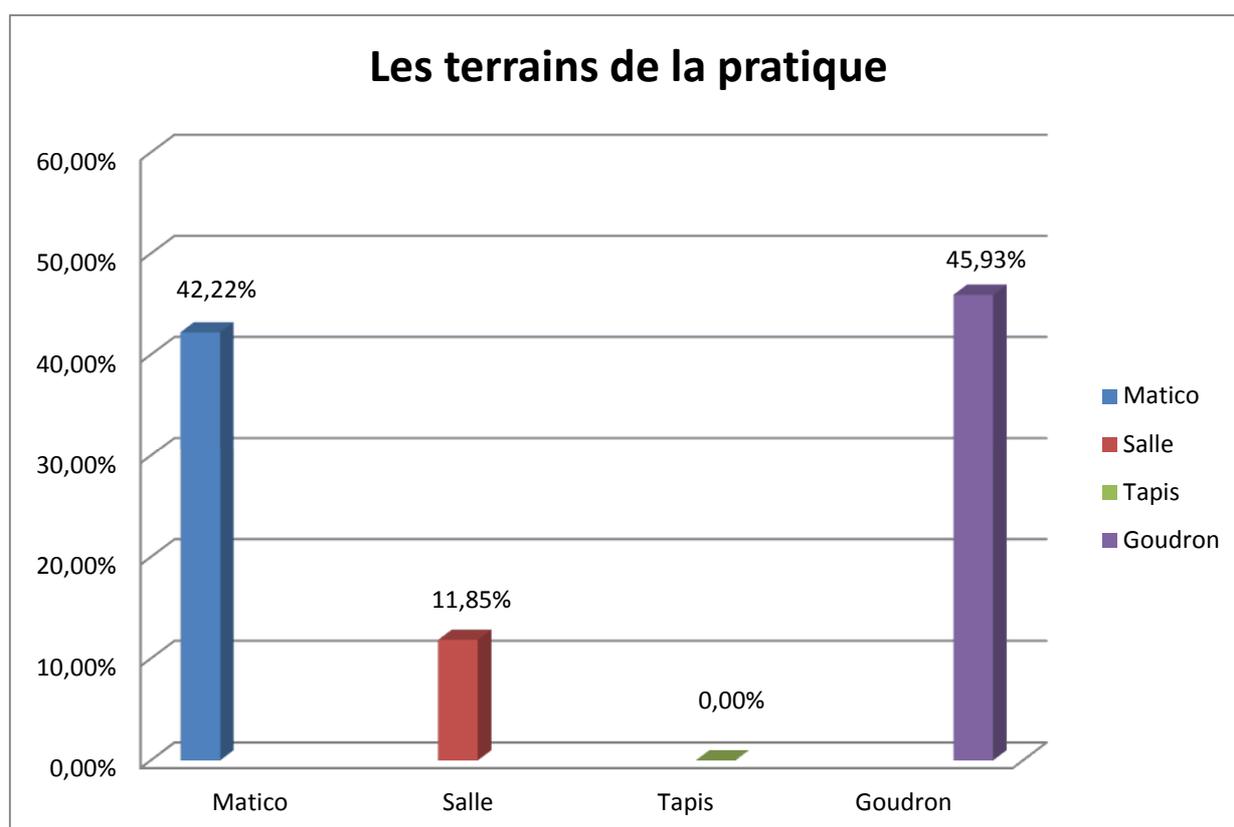
	Nombre de réponse	Pourcentage
Contact physique	19	15.57%
Après saut	71	58.20%
Chute	32	26.23%
Total	122	100%

**Figure II.2** : Les causes de ses blessures

D'après les résultats mentionnés dans le tableau 02 on observe que 15.57% des blessures ont été causées par les contacts physiques. Par contre 58.20% des blessures ont été causées après saut et 26.23% par des chutes.

**Tableau 03** : Les terrains de la pratique

	Nombre de réponse	Pourcentage
Matico	57	42.22%
Salle	16	11.85%
Tapis	00	00.00%
Goudron	62	45.93%
Total	135	100%

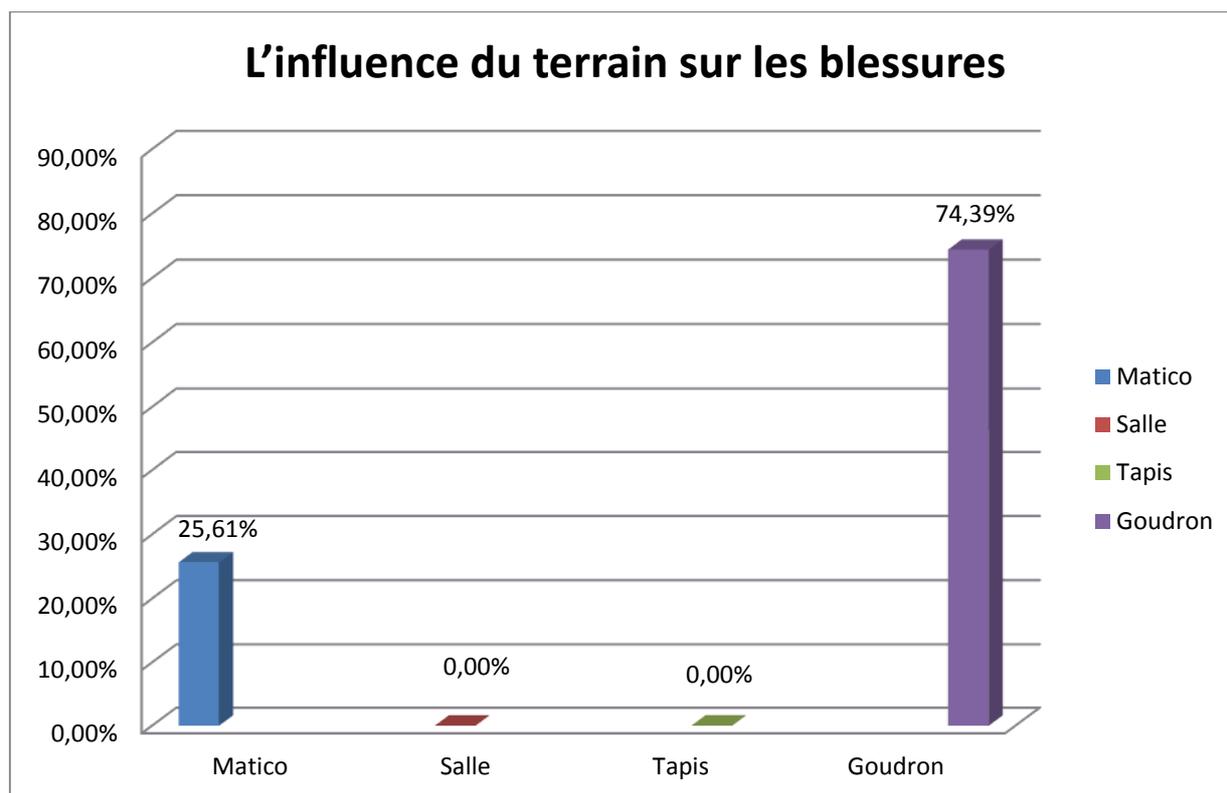
**Figure II.3** : Les terrains de la pratique

Le tableau 03 qui représente le genre du terrain sur lequel se déroulent les séances d'EPS montre que 42.22% des séances se déroulent sur matico, et 11.85% en salle dotée d'un revêtement spécialisé de type tarkett sommer ou gravoflex, aucune séance ne se déroule sur tatami, par contre 45.93% des séances se déroulent sur des terrains goudronnés.

D'après ces résultats on constate que la plupart des terrains dans nos établissements sont des terrains munis d'un revêtement matico et goudron. Cela ne favorise pas la pratique sportive, l'élève est toujours exposé au danger de blessure.

**Tableau 04** : l'influence du terrain sur les blessures

	Nombre de réponse	Pourcentage
Matico	21	25.61%
Salle	00	00.00%
Tapis	00	00.00%
Goudron	61	74.39%
Total	82	100%

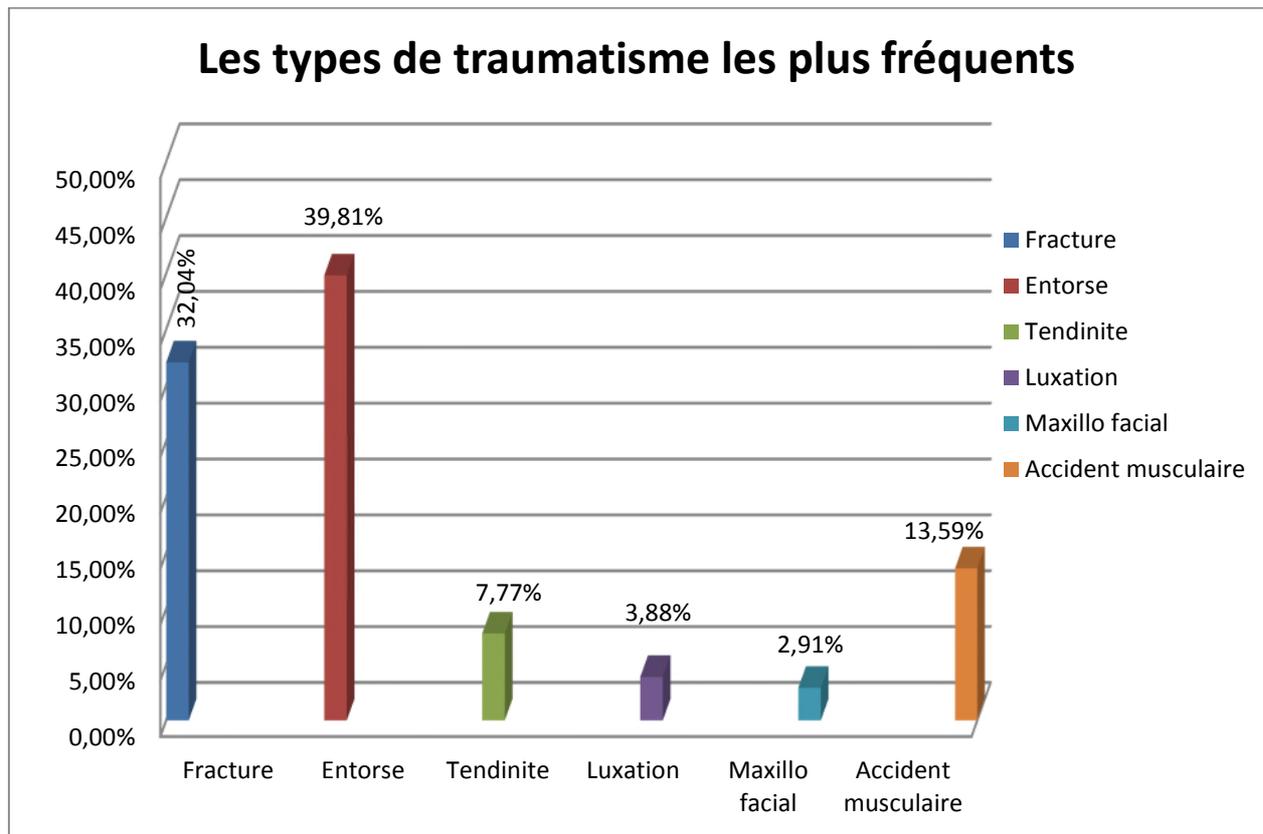
**Figure II.4** : l'influence du terrain sur les blessures

Les résultats obtenus dans le tableau 04 montrent que 25.61% des blessures sont arrivés sur des terrains matico par contre qu'aucune blessure n'a été arrivée soit en salle au bien en tapis (tatami), Alor que 74.39% des blessures sont arrivés dans le goudron.

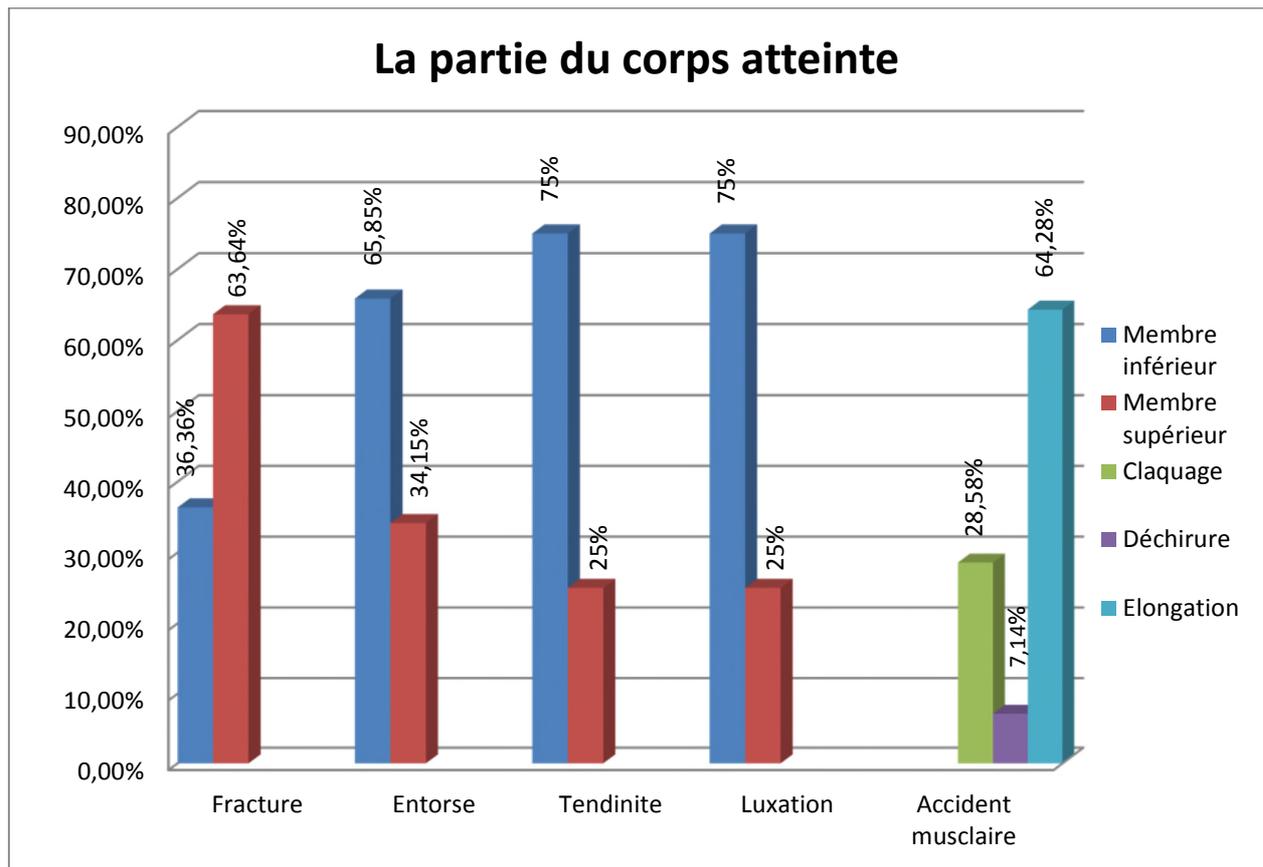
D'après ces résultats on constat que la nature du terrain joue un rôle très important sur le risque de blessure.

**Tableau 05** : Les types de traumatisme les plus fréquents

	Nombre de réponse	Pourcentage	Les membres inférieurs		Les membres Supérieurs	Total
fracture	33	32.04%	12 36.36%	21 63.64%		100%
Entorse	41	39.81%	27 65.85%	14 34.15%		100%
Tendinite	08	07.77%	06 75%	02 25%		100%
Luxation	04	03.88%	03 75%	01 25%		100%
Maxillo-facial	03	02.91%				
Accident musculaire	14	13.59%	Claquage 28.58%	Déchirure 07.14%	Elongation 64.28%	100%
Total	103	100%				



**Figure II.5.a :** Les types de traumatisme les plus fréquents



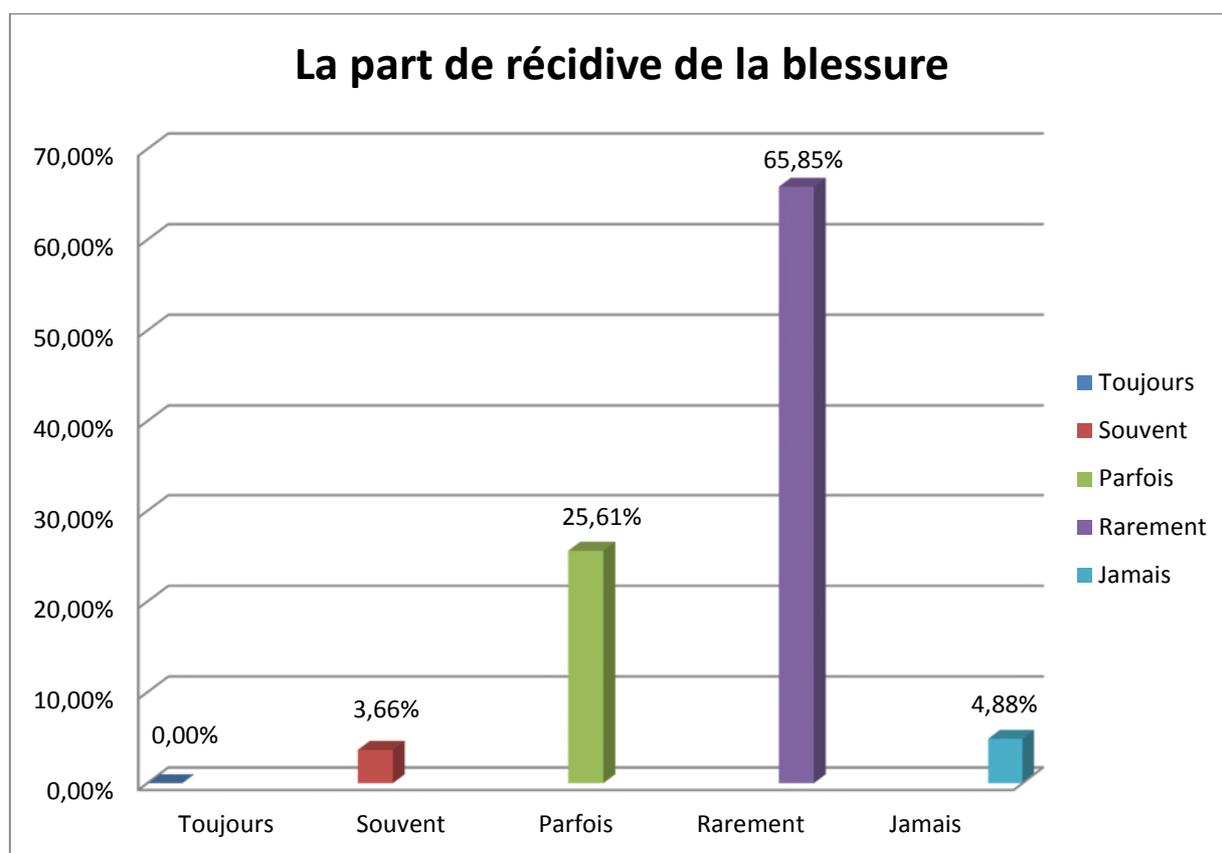
**Figure II.5.b :** la partie du corps atteinte

Les résultats enregistrés dans le tableau 05 et les figures (II.5.a et II.5.b) montrent que 32.04% des blessures dans les séances d'EPS sont des fractures, 39.81% des entorses, alors que 07.77% sont des tendinites, par contre 03.88% des luxations et 02.91% des blessures d'ordre maxillo-faciale, enfin 13.59% des accidents musculaires.

Concernant les fractures 36.36% sont des fractures de membres inférieurs alors que 63.64% sont des fractures de membres supérieures. Pour les entorses ce sont les membres inférieurs qui sont le plus touchés avec un pourcentage de 65.85% et 34.15% pour les membres supérieurs. La même chose a été constaté pour les tendinites ainsi que les luxations avec 75% des blessures des membres inférieurs et 25% pour les membres supérieures, alors que pour les accidents musculaires on observe que 28.58% sont des claquages, 07.14% des déchirures et 64.28% des élongations.

**Tableau 06** : La part de récurrence de la blessure

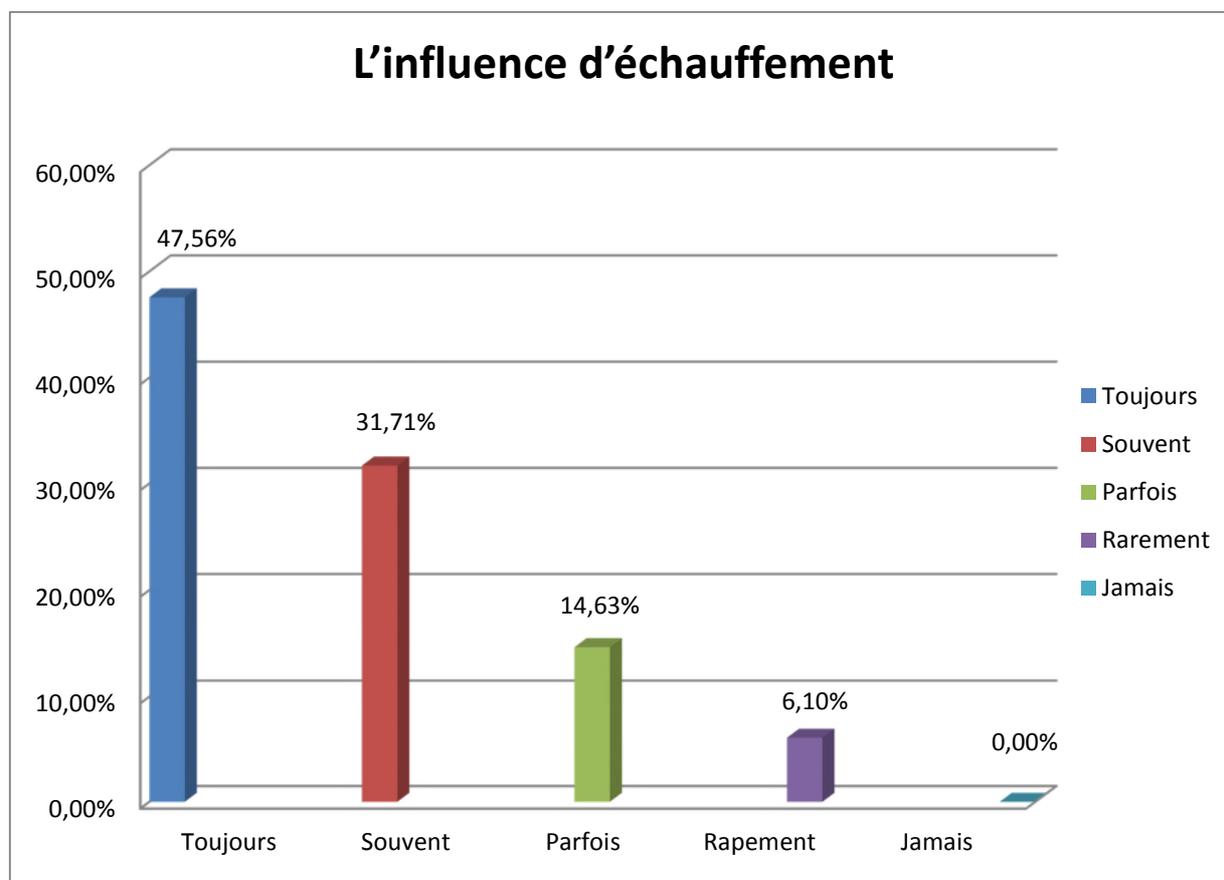
	Nombre de réponse	Pourcentage
Toujours	00	00.00%
Souvent	03	03.66%
Parfois	21	25.61%
Rarement	54	65.85%
Jamais	04	04.88%
Total	82	100%

**Figure II.6** : La part de récurrence de la blessure

La majorité des enseignants ont déclaré que la part de récurrence de la blessure dans leurs séances d'EPS est rare et cela avec un pourcentage de 65.85%. 25.61% déclarent que cela arrivait parfois, 3.66% souvent, 4.88% jamais.

**Tableau 07** : L'influence d'échauffement

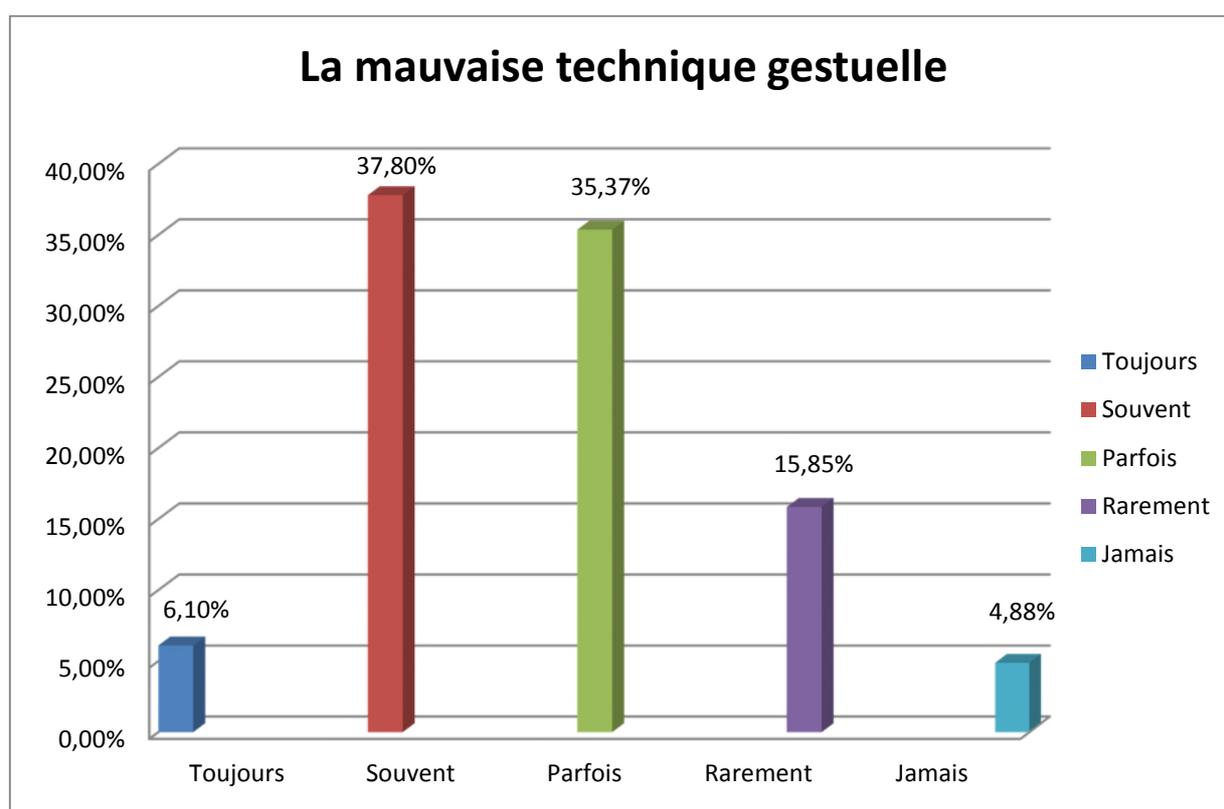
	Nombre de réponse	Pourcentage
Toujours	39	47.56%
Souvent	26	31.71%
Parfois	12	14.63%
Rarement	05	06.10%
Jamais	00	00.00%
Total	82	100%

**Figure II.7** : L'influence d'échauffement

Le tableau 07 montre que 47.56% des enseignants déclarent que l'échauffement influe toujours sur les blessures, 31.91% disent que c'est souvent, alors que 14.63% disent que c'est parfois et 06.10% rarement, enfin aucun enseignant n'a dit que l'échauffement n'influe jamais sur les blessures.

**Tableau 08** : La mauvaise technique gestuel

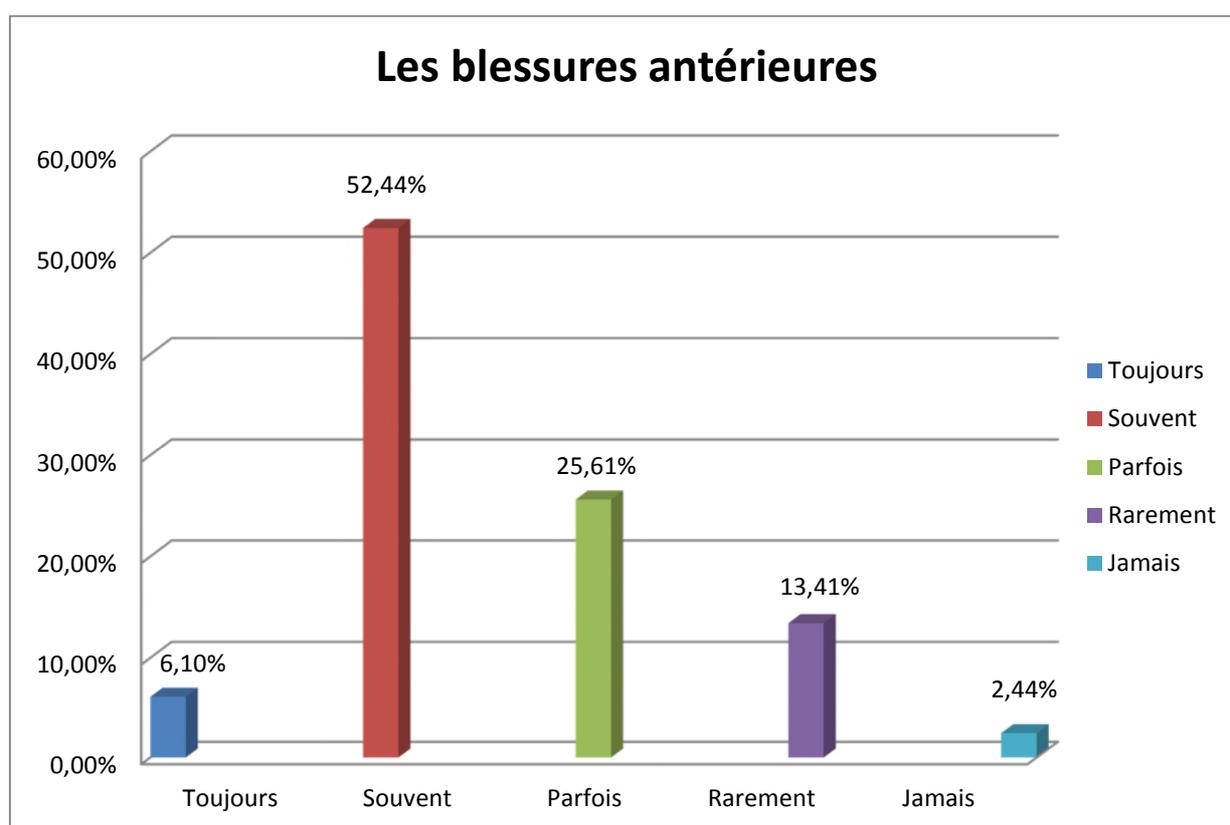
	Nombre de réponse	Pourcentage
Toujours	05	06.10%
Souvent	31	37.80%
Parfois	29	35.37%
Rarement	13	15.85%
Jamais	04	04.88%
Total	82	100%

**Figure II.8** : La mauvaise technique gestuelle

Le tableau 08 montre que 06.10% de notre échantillons déclarent qu'une mauvaise technique gestuelle sportive provoque toujours des blessures chez les élèves, 37.80% ont mentionné qu'elle provoquait souvent des blessures, 35.37% disent que parfois, par contre 15.85% déclarent qu'une mauvaise technique gestuelle provoque rarement des blessures, alors que 4.88% disent qu'elle ne provoque jamais des blessures chez les élevés.

**Tableau 09** : La blessure antérieure

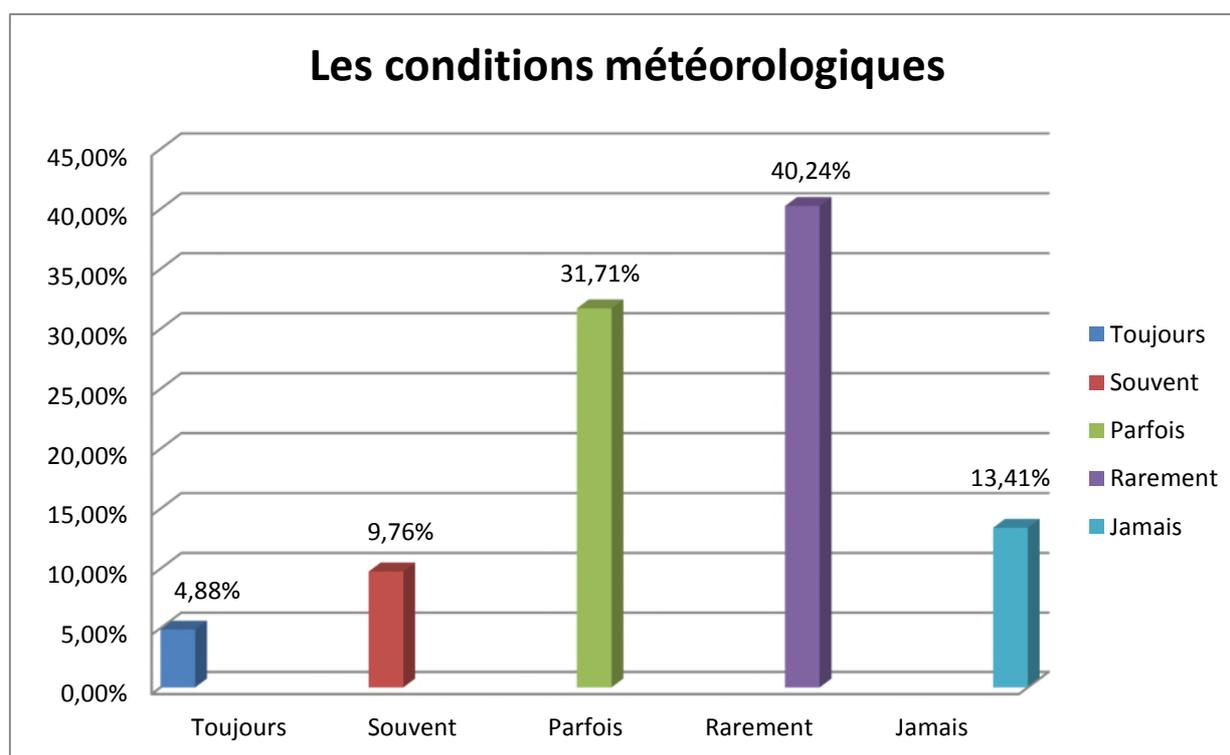
	Nombre de réponse	Pourcentage
Toujours	05	06.10%
Souvent	43	52.44%
Parfois	21	25.61%
Rarement	11	13.41%
Jamais	02	02.44%
Total	82	100%

**Figure II.9** : Les blessures antérieures

A travers les résultats enregistrées dans le tableau 09 on observe que 06.10% de notre échantillon déclarent que la blessure antérieure est toujours parmi les causes qui mettent l'élève face au danger de blessures, 52.44% déclarent quelle est souvent parmi les causes, par contre 25.61% disent que la blessure antérieure est parfois parmi les causes, ainsi 13.41% disent qu'elle est rarement une des cause, enfin 02.44% des enseignants disent que celle-ci n'a jamais été parmi les causes.

**Tableau 10** : Les conditions météorologiques

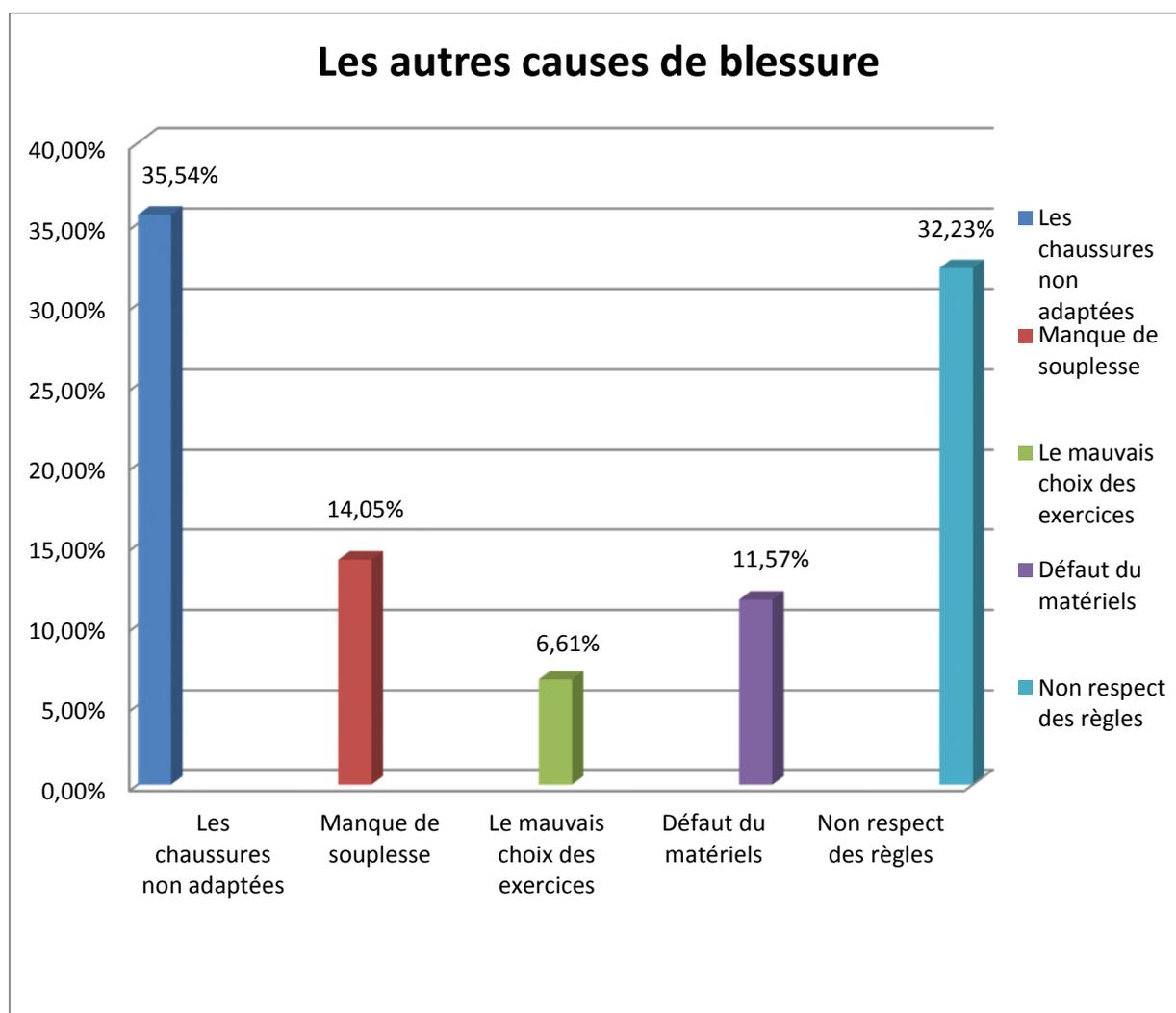
	Nombre de réponse	Pourcentage
Toujours	04	04.88%
Souvent	08	09.76%
Parfois	26	31.71%
Rarement	33	40.24%
Jamais	11	13.41%
Total	82	100%

**Figure II.10** : Les conditions météorologiques

Les résultats du tableau 10 montrent que 04.88% de notre échantillon sont mentionnés que les conditions météorologiques sont parmi les causes des blessures chez les élèves, 09.76% sont mentionnées quelle est souvent parmi les causes des blessures, par contre 31.71% disent que se sont parfois parmi les causes des blessures, 40.24% déclarent que c'est rarement, alors que 13.41% disent que les conditions météorologiques ne sont jamais les causes des blessures chez les élèves.

**Tableau 11** : Les autres causes de blessure

	Nombre de réponse	Pourcentage
Les chaussures non adaptés à la pratique sportives	43	35.54%
Manque de souplesse	17	14.05%
Le mauvais choix des exercices	08	06.61%
Défauts des matériels	14	11.57%
Non-respect des règles	39	32.23%
Total	121	100%

**Figure II.11** : Les autres causes des blessures

Le tableau 11 montre les autres causes qui peuvent mettre l'élève face au danger de blessure lors d'une séance d'EPS. On observe que 35.54% disent que cela est dû aux chaussures non adaptées à la pratique d'une activité physique et sportive, alors que 14.05% pensent que le manque de souplesse est parmi les causes, et 06.61% le mauvais choix des exercices, et 11.57% le défaut de matériel, 32.23% disent que cela est dû au non-respect des règles par les élèves.

# Discussion

### **Discussion :**

Dans l'étude du phénomène des blessures les plus fréquents en EPS et leurs causes nous avons émis Trois hypothèses qui mettent en relation :

Pour la première hypothèse " Les blessures des élèves résultent d'incidents soudains survenant durant une activité physique, qui sont des blessures osseuses, articulaires, ligamentaires et musculaires." Les résultats obtenus confirment l'hypothèse, dans le sens où nous observons que les blessures qui se produit dans les séances d'EPS touche généralement tout le système musculo-squelettiques. On constate également que les entorses et les fractures représentent le taux le plus élevé des blessures.

La deuxième hypothèse posait que les conditions météorologiques peuvent causes les blessures chez les élèves pratiquent l'EPS. Même si l'on dispose de peu de données scientifiques sur le sujet, il est indéniable que la pratique d'un sport extérieur sur sol glissant pour cause de pluie influence les appuis, ce qui pourrait conduire à une élévation du risque de blessure. Mais Les résultats obtenus sont en contradiction avec les données de la littérature scientifique de nombreuses études et différent de ceux qui étaient attendus. Ceci infirme notre hypothèse.

L'hypothèse trois postulait que la mauvaise technique gestuelle et la blessure antérieure peuvent provoquer des blessures chez les élèves. Les résultats attendus seraient que le taux des élèves qui sont blessé a causes une mauvaise technique gestuelle est plus élevé. Cela pourrait expliquer que La qualité de la technique utilisée par un l'élève influence nettement son exposition aux blessures. Par exemple, on sait que des volleyeurs qui atterrissent après un saut vertical (attaque ou bloc entre principalement) avec un angle important de flexion de genou ainsi qu'un valgus important (tendance à ce que les genoux se rejoignent), présentent un risque supérieur de développer un genou du cavalier ou tendinopathie rotulienne.

En sprint ou en course d'endurance, on sait qu'une amélioration de la technique de foulée des élèves (notamment une meilleure attaque du pied et une course plus détendue) permet de réduire la survenue d'une tendinopathie du tendon d'Achille.

En handball, lancer la balle de manière impropre augmente l'incidence épicondylalgie latérale. Cette dernière pathologie touche d'ailleurs plus fréquemment l'élève non

## Discussion

---

expérimenté et tend à confirmer l'influence d'une faible qualité de frappe sur l'incidence lésionnelle.

Pour la blessure antérieure, les résultats obtenus ne différencient pas significativement de ceux de la mauvaise technique gestuelle, cela pourrait expliquer qu'un élève qui a déjà eu une ou plusieurs blessures présenteront un risque accru de nouvelle blessure. Par exemple, un élève qui s'est occasionné une entorse de cheville aurait 6,5 fois plus de chances de subir une nouvelle entorse, un premier épisode de tendinopathie du tendon d'Achille ou du tendon patellaire augmentera le risque de développer plus tard cette même lésion. Cette influence des blessures antérieures pourrait provenir d'une prise en charge incomplète lors de cette première lésion (où l'on n'a pas corrigé suffisamment tous les facteurs de risque) ou bien d'un retour précipité à la pratique sportive.

Il est aussi intéressant de se souvenir que certaines pathologies peuvent favoriser le développement d'autres pathologies, par exemple, un élève qui a subi une reconstruction chirurgicale de son ligament croisé antérieur (suite à la rupture de celui-ci) augmentera nettement le risque, lors de son retour à la pratique d'une activité physique et sportive, de développer une tendinopathie rotulienne. Les résultats obtenus confirment l'hypothèse, dans le sens où nous observons que la mauvaise technique gestuelle est souvent parmi les causes de blessures. Nous remarquons également, que les élevés se blessent à cause des blessures antérieures. Il n'y a pas d'écart entre les résultats obtenus et ceux qui étaient attendus.

# Conclusion

## Conclusion

---

### Conclusion :

L'objectif général de cette recherche est de mieux comprendre de quoi s'agit-il les blessures les plus fréquentes en éducation physique et sportive et leurs causes.

On a constaté que les blessures survenues durant les séances d'EPS touchent les différents membres du corps. Les traumatismes les plus fréquents sont des fractures et des entorses, les résultats obtenus dans notre recherche nous ont permis de dire que les membres les plus atteints par des fractures sont les membres supérieurs, pour les entorses sont les membres inférieurs

Un facteur de risque de blessure sportive peut se définir comme « toute caractéristique ou exposition qui augmente la probabilité de subir une blessure liée à la pratique d'un sport ». En d'autres termes, ce sont tous les éléments qui vont favoriser le développement d'une blessure.

Par exemple, le manque d'échauffement avant un effort explosif est un facteur de risque de blessure, car débiter une telle activité sans s'échauffer correctement augmente fortement la probabilité de se blesser. Il est rare qu'une blessure sportive (excepté les accidents) ne soit la conséquence que d'un seul facteur.

La combinaison des facteurs intrinsèques et extrinsèques va donc prédisposer de manière plus ou moins importante l'élève vis-à-vis d'une blessure. Un événement incitateur (un sprint, une réception de saut, un contact avec un adversaire, ...) pourra alors, déclencher une blessure.

Cette recherche nous a permis également de connaître les différentes causes qui mettent les élèves face au danger de blessures, telle que la nature des terrains sur lesquelles les séances d'EPS se déroulent, et cela est traduit par le taux de blessures subi dans ce genre de terrains, qui sont généralement munis d'un revêtement matriciel et goudron, et que ne favorise pas la pratique sportive.

On a pu constater aussi que une blessure antérieure ainsi une mauvaise technique gestuelle est parmi les causes essentielles qui provoquent les blessures chez les élèves.

## Conclusion

---

D'autre part plusieurs facteurs peuvent être les causes de ces blessures .On peut citer parmi eux, les chaussures non adaptés à la pratique sportive, manque de souplesse, le mauvais choix des exercices, le défaut de matériel et le non-respect des règles.

Il nous paraît nécessaire de proposer certaines recommandations dans l'espoir qu'elles minimisent les risques de blessure en EPS. A savoir :

- ❖ Connaître les blessures que les élèves dont vous avez la charge ont subies dans le passé.
- ❖ Adapter la séance d'EPS en fonction des conditions météorologiques : prévoir à l'avance la météo, et envisager la suppression ou le déplacement vers une salle indoor (si réalisable en pratique) d'une séance d'activité physique.
- ❖ L'enseignant doit insister sur la réalisation correcte d'un geste sportif : c'est autant un facteur de la performance qu'un outil préventif essentiel.
- ❖ Cette analyse et cette correction de la gestuelle sportive doit être entreprise dès le début de la pratique du sport (objectif prioritaire chez les jeunes). Si un défaut technique est acquis durant les premiers temps de la pratique, il sera très difficile de le corriger par après, et le risque lésionnel en sera augmenté.
- ❖ Avant un effort important, favoriser la réalisation d'étirements courts, d'intensité modérée et suivis d'exercices dynamiques.
- ❖ Enseigner les étirements aux élevés en vue d'améliorer leur souplesse ; cela devrait les aider à mieux performer et à réduire l'incidence lésionnelle.

# Bibliographie

## Bibliographie

---

- 1) **Allard.j**, recherche et rédaction, passeport-santé. Fiche crée : avril 2012.
- 2) **Crimail. p et coll.**, petit larousse de la médecine, 1976.
- 3) **Dalbo et al.** Putting to rest the myth of creatine supplementation leading to muscle cramps and dehydration. Br j sports med, 2008.
- 4) **Delahaye. j**, ministère de france de l'éducation, jeunesse, recherche, direction de l'enseignement scolaire, 2012, p1
- 5) **Cyrille cazeau**, révision médicale effectuée par le **dr jesus cardenas**, mis a jour le 19 janvier 2017,
- 6) **P. Bacquaert**, institut de recherche du bienêtre de la médecine et du sport santé (irbms) ,2014.
- 7) **Peytavin.j**, de la faculté de médecine de lyon, alimentation et tendinite, 2002.
- 8) **Flint, f. a**, (1998). Integrating sport psychology and sports medecine: the dilemmas.journal of applied sport psychology,
- 9) **Galichet. F**, crdp des pays de la loire, « l'éducation a la citoyenneté », 1998
- 10) **Greenwood. m, et al** : creatine supplementation during college football training does not increase the incidence of cramping or injury. Mol cell biochem, 2003,
- 11) **Hordé.p et coll.**, le journal des femmes, santé-médecine, 2016
- 12) **Hordé.p**, la santé et de la médecine. 2014
- 13) **Juanito.docteurlic**, mon dossier santé, 2015
- 14) **Kibler, w.b., Chandler, t.j., & Stracener, e.s.** (1992). Musculoskeletal adaptations and injuries due to overtraining. Exercice and sport science rezwiews,
- 15) **Lamotte.v**, « lexique de l'enseignement de l'eps », 1er edition, 2005, mars, 3em tirage : 2007, novembre. P14.
- 16) **Leca.r, Billard.m**, l'enseignement des activités physiques, sportives et artistiques, 2005, p68, 69.
- 17) **Lopez.r, Pieron. m**, (1992) de p.seners, dans le livre « la leçon d'eps ».
- 18) **M. Gaulin et coll.**, « le guide des douleurs musculaires », 2013. Page:108 /112.p 11.
- 19) **Marlène lebrati et al.**, « iso-santé », août 2011, p1.
- 20) **Martre. a**, enseigner l'eps en polynésie française, 2007, p3.p17.
- 21) **Nembrini. j**, ministère de l'éducation nationale. Bulletin officiel spécial n° 6 du 28 août 2008.p7
- 22) **Novikov et coll.**, (1967) de p.seners, dans le livre « la leçon d'eps »

## Bibliographie

---

- 23) **Pargman. d**, (1993). Psychological bases of sport injuries. Morgantown : fitness informationtechnology, inc.
- 24) **Parisi. l, et al** : muscular cramps : proposal for a new classification. Acta neurol scand, 2003.
- 25) **Parlebas. p**, 1981p14
- 26) **Rechik.v, Lindsay.m, Nowak.a**, sport et santé, les blessures chez les sportifs, immersion en communauté, 2007, p14.15.17.18.19.
- 27) **Ribet.l**, «l'intégration des élèves autistes en eps» dumas, version1, nov2012
- 28) **Rochcongar. p et coll**, médecine du sport, 2009.
- 29) **Saragaglia.d**, corpus médical – faculté de médecine de grenoble, mars 2003, p1.
- 30) **Théophile. j**, ministère de l'éducation national. Bulletin officiel spécial n°4 du 29 avril 2010, p2. P3.
- 31) **Xavier.b**, « à quoi sert l'éducation physique et sportive ? », 1999

# Annexes

**Université Abderrahmane Mira Bejaia**

**Faculté Des Sciences Humaines Et sociales**

**Département Des STAPS**

**QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE**

**Sous le Thème :**

**Les Blessures Les plus Fréquentes En EPS et Leurs Causes**

*Dans le cadre de la préparation de notre mémoire de Master2 et afin de  
Collecter les informations nécessaires à la réalisation de ce travail, nous vous  
Demandons de bien vouloir répondre à ce questionnaire avec précision  
Nous tenons à vous rassurer que les informations fournies ne seront utilisées que dans le  
cadre de la recherche et qu'à des fins scientifiques, par ailleurs l'anonymat vous est  
garantie.*

**Question n° 01 :**

**Etes-vous confrontés à des accidents au cours de la séance d'EPS ?**

Oui

Non

**Si oui, vous arrive il :**     Toujours                       Souvent                       Rarement

**Question n° 02 :**

**Quelle en était la cause ?**

Contact physique

Après saut

Chute

**Question n° 03 :**

**Sur quel genre de terrain pratiquez-vous le plus souvent ?**

Maticó

Salle

Tapis

Goudron

**Question n° 04 :**

**D'après votre expérience quel est le type de terrain sur lequel vous avez constaté le plus de blessures :**

- Matico
- Salle
- Tapis
- Goudron

**Question n° 05 :**

**Quelle sont les types de traumatisme les plus fréquents ?**

- Fracture (préciser la partie du corps atteinte)
  - Les membres supérieurs
  - Les membres inférieurs
- Entorse (préciser la partie du corps atteinte)
  - Les membres supérieurs
  - Les membres inférieurs
- La tendinite (préciser la partie du corps atteinte)
  - Les membres supérieurs
  - Les membres inférieurs
- Luxation (préciser la partie du corps atteinte)
  - Les membres supérieurs
  - Les membres inférieurs
- Maxillo-faciale
- Accidents musculaire :  claquage  déchirure  élongation

**Question n° 06 :**

**Quelle est la part de récurrence de cette blessure ?**

- Toujours       Souvent       Parfois       Rarement       Jamais

**Question n° 07 :**

**L'échauffement influence-t-il sur les blessures ?**

- Toujours       Souvent       Parfois       Rarement       Jamais

**Question n° 08 :**

**Est-ce qu'une mauvaise technique gestuelle sportive provoque des blessures chez les élevés ?**

- Toujours       Souvent       Parfois       Rarement       Jamais

**Question n° 09 :**

**Pensez-vous qu'une blessure antérieure est parmi les causes qui mettent l'élève face au danger de blessure ?**

- Toujours       Souvent       Parfois       Rarement       Jamais

**Question n° 10 :**

**D'après vous est-ce les conditions météorologiques sont parmi les causes des blessures chez l'élèves ?**

- Toujours       Souvent       Parfois       Rarement       Jamais

**Question n° 11 :**

**Selon vous quelles sont les autres causes qui mettent l'élève face au danger de blessure lors d'une séance d'EPS ?**

- Les chaussures non adaptés à la pratique sportives
- Manque de souplesse
- Le mauvais choix des exercices
- Défauts des matériels
- Non-respect des règles.

## **Abstract**

The objective of our study is to determine the most frequent injuries a physical education and sports and their causes.

The study was done on a sample of 82 physical education and sport teachers who belongs to different schools in bejaia city secondary and lycee

The results of this study show that the most frequent injuries in physical education and sports are sprain and fractures .among the causes of these injuries are the state of the land or ground and the bad gestural technique.

**Key words :** Injuries, Physical education and sports, Causes.

## **Agzul**

Iswi n tezrawt yetnayef ugucel n lejruih i yellan s watas deg tterbiya n lebden d waddal d tmental-nsent.

Tazrawt-a theddyef yiwen n ukessay n 82 n lecyux d waddal, yetilin deg lejruih n bgayet deg yeswiren yemgaraden (ulmud alemmas), (tasnawit).

Igmad n tzrawt begnen-d akken lejruih i yuggen d tirzi akk d umullez, seg tmental nsen adnaf agama n wannar d yir tarrayt tasyalant.

**Tafirt tasarut :** Lejruih, Tterbiya lebden, Tmental.

## **Résumé**

L'objectif de notre étude est consisté à déterminer les blessures les plus fréquentes en éducation physiques et sportives et leurs causes.

l'étude à portée sur un échantillon de 82 enseignants d'éducation physique et sportive appartenant à des établissements scolaires de la wilaya de Bejaia des différents niveaux à savoir CEM et Lycée.

Les résultats obtenus dans cette étude montrent que les blessures les plus fréquentes en EPS sont des fractures et des entorses. Parmi les causes de ses blessures en trouve la nature du terrain et la mauvaise technique gestuelle.

**Mot clés :** Blessures, éducation physique et sportive, Causes.