

Sommaire

I- Introduction	1
1-1 Repères historiques.....	2
1-2 Palmarès et records.....	1
II- Domaine de Luchin	1
2-1 Présentation.....	1
2-2 S’y rendre.....	1
2-3 Le pôle club.....	1
2-4 Les services annexes offerts au public.....	1
2-5 Coût du projet.....	1
2-6 Historique du projet.....	1
III- Objectifs et intérêts	19
IV- Actions entreprises	21
4-1 La phase d’observation.....	21
4-2 La phase d’action.....	33
V- Conclusion	51

I- INTRODUCTION¹

Le LOSC Lille Métropole, couramment abrégé en *Lille OSC* ou *LOSC*, est un club de football français. Fondé en septembre 1944, il est issu de la fusion de deux clubs basés dans différents quartiers de Lille, l'Olympique lillois et le Sporting Club fivois respectivement créés en 1902 et 1901.

Fort du passé de l'Olympique lillois, vainqueur du premier championnat de France professionnel en 1933, le LOSC est la référence d'après-guerre. En dix ans, le club lillois gagne deux titres de champion de France et cinq coupes de France. Mais ne pouvant plus faire face à ses dettes malgré de nombreuses subventions, le club traverse une longue période difficile, avec plusieurs relégations en Division 2, avant d'échouer en troisième division et d'abandonner son statut professionnel en 1969. Remontant en D2 la saison qui suit, le club est financièrement soutenu avant d'être repris par la mairie de Lille en 1980 sous la forme d'une société d'économie mixte. Le LOSC est privatisé en 1999 après avoir frôlé le dépôt de bilan en 1994. Cette privatisation s'accompagne de résultats sportifs positifs : solidement ancré en Ligue 1 depuis la promotion et le titre de champion de deuxième division en 2000, le club réalise le doublé championnat-coupe de France en 2011 et se qualifie régulièrement pour les coupes d'Europe actuelles que sont la Ligue des Champions ou la Ligue Europa. Le club est présidé depuis 2002 par Michel Seydoux, actionnaire majoritaire du club depuis 2004. Les *Dogues*, surnom attribué aux joueurs évoluant sous le maillot du club, sont entraînés depuis l'été 2008 par Rudi Garcia, ancien milieu de terrain lui-même passé par le club.

Le stade Victor-Boucquey renommé stade Henri-Jooris jusqu'à sa démolition en 1975 puis le stade Grimonprez-Jooris jusqu'en 2004 et détruit en avril 2011 ont accueilli successivement dans Lille intra-muros les rencontres à domicile du club nordiste. Depuis cette date, le Lille OSC s'est installé provisoirement dans le Stadium Nord Lille Métropole de Villeneuve-d'Ascq en attendant l'ouverture du Grand stade prévue pour la saison 2012-2013. Les différentes équipes du club s'entraînent depuis 2004 dans le vaste domaine de Luchin. Basé à Camphin-en-Pévèle, ce centre d'entraînement et de formation sert aussi de siège social du club.

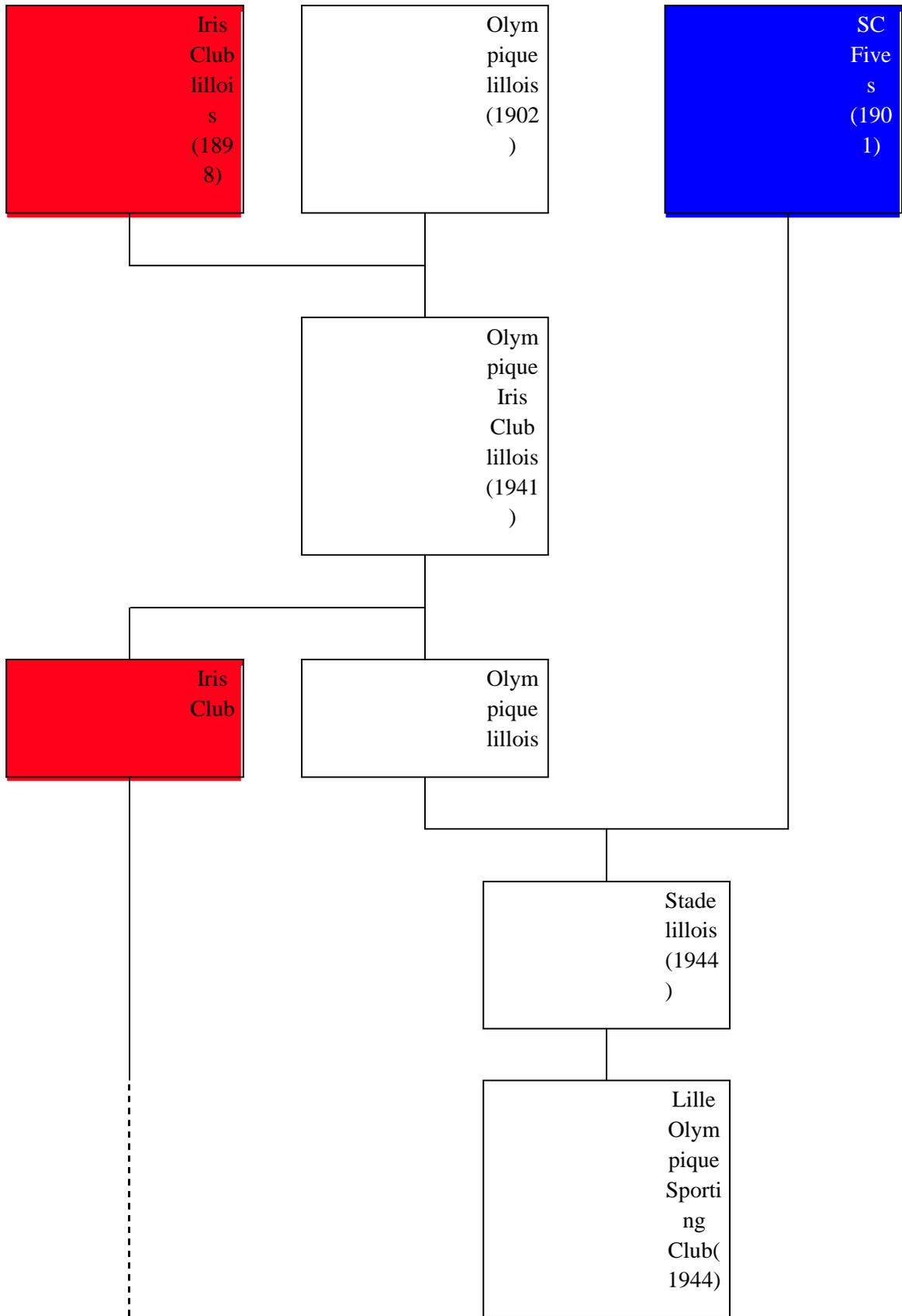
¹ Archives du Lille Olympique Sport Club

1-1 Repères historiques

Origines et premiers succès (1944-1954)

Articles connexes : Olympique lillois, Sporting Club fivois et Iris Club lillois.

Historique des fusions



Le 25 mai 1941, l'*Olympique Iris Club Lillois* (OICL) naît de la fusion de l'Olympique lillois (OL), fondé en 1901, et de l'Iris Club lillois, fondé en 1898. Le nouveau club participe aux championnats de France 1941-1942 et 1942-1943. Le régime de Vichy, par le biais du directeur des sports Joseph Pascot, interdit par la suite toute section professionnelle. L'activité de l'OICL, dépossédé des meilleurs joueurs qui intègrent l'équipe fédérale Lille-Flandres pour la saison 1943-1944, continue avec le statut amateur. Comme les autres clubs anciennement professionnels, le club lillois est tout de même autorisé cette saison-là à participer à une compétition nationale : la coupe de France. Il est éliminé au stade des seizièmes de finale, battu 3-2 après prolongation par l'équipe fédérale Montpellier-Languedoc.

D'abord vigoureusement opposé à une fusion avec l'OICL, proposée dès 1943, par peur de devenir marginal dans le club qui sera créé, le Sporting Club fivois l'accepte finalement au bout de houleux pourparlers. Mais l'Iris Club, qui souhaite conserver son statut amateur, se désengage de cette entente et reprend son indépendance sportive.

La fusion entre l'Olympique lillois et le SC Fives a lieu le 23 septembre 1944. L'entité créée est nommée *Stade lillois*. Sous cette dénomination, le club participe à deux matchs amicaux et aux deux premières journées du championnat de guerre 1944-1945, et les remporte tous les quatre. Le 10 novembre 1944, le nom *Lille Olympique Sporting Club* (*Lille Olympique* en souvenir de l'Olympique lillois et *Sporting Club* en hommage du SC Fives) est adopté après assemblée générale. La fusion est signée par trois représentants du SC Fives, dont le président Louis Henno, et par trois représentants de l'Olympique lillois, dont le président Henri Kretzchmar. Elle est officiellement enregistrée le 25 novembre 1944.

Pour la première saison du nouveau club, l'effectif réunit des joueurs prometteurs passés par le SC Fives ou par l'Olympique lillois, principalement originaires de la région. Dirigé par l'ancien président du SC Fives Louis Henno, qui amène avec lui l'entraîneur anglais George Berry, le club atteint dès la saison de sa création sa première finale. Après avoir successivement écarté Saint-Quentin, le Stade français, le Stade Rennais, Lyon puis Toulouse de la compétition, les Lillois se rendent à Colombes le 6 mai 1945 pour affronter le Racing Club de Paris en finale de la coupe de France 1944-1945. Handicapé par son manque d'expérience, symbolisé par la jeunesse de ses attaquants Vandooren, Lechantre et Baratte, Lille est vite dominé par les locaux et le match devient à sens unique. Les

Pingouins remportent logiquement leur quatrième coupe de France, sur le score de trois buts à rien.



Le stade Yves-du-Manoir, ici en 2009, a accueilli jusqu'en 1971 les finales de coupe de France.

La saison suivante, le LOSC, qui accède au statut professionnel, écrit la première ligne de son palmarès et entame sa domination sur le football hexagonal. En 1946, la « machine de guerre », surnom donnée par la presse, réussit le doublé en remportant la coupe de France, en battant en finale le Red Star, et le championnat, devant Saint-Étienne et les rivaux locaux du CO Roubaix-Tourcoing. René Bihel est le meilleur buteur du championnat avec 28 buts inscrits en 26 matchs. Ne supportant plus les ingérences du président, George Berry décide cependant de quitter le club à la fin de la saison ; il est remplacé par André Cheuva.

Avec cet ancien joueur passé par l'OL et Fives, le LOSC termine quatrième du championnat 1946-1947 et conserve son titre en Coupe, cette fois-ci en battant par deux buts à zéro le Racing Club de Strasbourg. En 1948, le club remporte pour la troisième fois de suite la coupe de France en battant le Racing Club de Lens. En première division, l'Olympique de Marseille, qui termine fort avec une série en fin de saison de neuf matchs sans défaite, termine un point devant Lille. La saison 1948-1949 est une saison vierge pour le club, battu lors de sa cinquième finale consécutive en coupe de France par le RC Paris et dauphin du Stade de Reims en championnat. Après deux autres deuxièmes places en championnat en 1950 et 1951, et une finale de coupe Latine perdue en 1951 contre l'AC Milan, Lille doit attendre 1953 et un quatrième titre en coupe de France pour mettre fin à cette période blanche. Le LOSC bat 2-1 le FC Nancy devant près de 60 000 spectateurs. En 1954, le club ajoute un deuxième titre de champion de France à son palmarès, aux dépens de Bordeaux et Reims, ces derniers privant Lille de la coupe Charles Drago.

Déclin sportif et financier (1954-1969)

En 1954, le club traverse sa première période difficile. Le début de saison est marqué par l'« affaire Zakariás », du nom du membre du « Onze d'or hongrois » finaliste malheureux de la coupe du monde 1954. Le dénommé József Zakariás, tantôt défenseur tantôt milieu de terrain évoluant au Vörös Lobogó SE, s'illustre par ses qualités défensives. Alors que le Hongrois est convoité par les grands clubs de l'époque, un ancien légionnaire tchécoslovaque récemment revenu d'Indochine se présente aux dirigeants lillois en se faisant passer pour le footballeur. Pensant avoir mis la main sur une perle du football mondial, le président Henno, sans avoir déjà vu le véritable joueur et oubliant de lui demander ses papiers d'identité, l'embauche et convoque la presse. La tromperie prend fin pendant un match de préparation contre le FC Rouen le 2 juillet 1954. Les spectateurs venus en nombre voient évoluer le faux Zakariás, largement moins à l'aise sur le terrain que le véritable joueur. Maladroit et blessant un joueur, il est arrêté sur la pelouse par les gendarmes et passe aux aveux. Cet épisode, qui débouche sur une peine d'emprisonnement de deux mois pour le légionnaire, a sérieusement entaché la réputation du club.

En plus de cette affaire, le départ de l'expérimenté van der Hart affaiblit considérablement la défense nordiste. Treizième défense du championnat avec 58 buts encaissés, Lille termine seizième de première division. C'est le pire résultat du club lillois depuis sa fondation. Le LOSC doit battre Rennes en matchs de barrage pour arracher son maintien dans l'élite. Malgré son parcours chaotique en première division, le club remporte contre toute attente une cinquième fois en dix ans la coupe de France, en battant les Girondins de Bordeaux à l'issue d'une finale rapidement scellée.

La saison 1955-1956 est celle de la première relégation. Trop irrégulier dans ses résultats et trop friable en défense, Lille termine seizième du championnat, cinq points derrière le FC Metz. Avec cette antépénultième place, le club bénéficie d'une dernière chance de se maintenir grâce à un match de barrage contre l'US Valenciennes Anzin, troisième de deuxième division. D'abord défait 1-0 au match aller, Lille arrache un match d'appui en s'imposant 2-1 au retour. Mais ce troisième match tourne à la correction et après une lourde défaite 4-0, le LOSC est relégué en Division 2 pour la première fois de sa jeune histoire.

Cette relégation s'accompagne de conséquences financières aggravantes. Le départ des meilleurs éléments du club est nécessaire pour combler des dettes qui deviennent conséquentes. Le plus gros transfert est celui de l'ailier gauche Jean Vincent en direction du Stade de Reims pour 19 millions de francs, ce qui constitue le record de l'époque. Ne parvenant pas

à reconstruire une équipe de premier plan à cause de la situation financière de plus en plus critique, le club commence une série de promotions et relégations. Promu en 1957 en battant le Stade Rennais après un match d'appui, Lille se maintient d'abord grâce à une remarquable sixième place. Mais les Lillois terminent au dix-huitième rang la saison qui suit et sont relégués une seconde fois.

Lille végète alors plusieurs saisons à l'échelon inférieur. Le club voit cependant ses jeunes joueurs glaner la coupe Gambardella en 1960 face à l'Union sportive quevillaise, et remporte quatre ans plus tard son premier titre de champion de deuxième division, ce qu'il lui permet de revenir parmi l'élite. Le club se maintient pendant trois saisons en terminant respectivement neuvième, premier non relégable (à la dix-huitième place) puis dixième. Finalement, lors du championnat 1967-1968, Lille avant-dernier du classement est relégué. En deuxième division la saison suivante, le LOSC est treizième. Le club, incapable de payer les salaires de joueurs malgré les efforts du président Barbieux, décide d'abandonner son statut professionnel.

Retour en Division 2 puis Division 1 (1969-1997)

Le LOSC participe à la saison 1969-1970 du championnat de France amateur, troisième échelon du football français. Dans le groupe Nord, le club termine dixième sur quinze. Malgré cette place bien loin des trois premières qui assurent l'accessit direct pour la Division 2, le LOSC fait partie des dix-neuf clubs sélectionnés sur dossier par la Fédération française et la Ligue nationale de football pour compléter la nouvelle Division 2 élargie.

Avec cette promotion, le LOSC reprend son statut professionnel et débute une nouvelle série de promotions et relégations dans les années 1970. Premier de son groupe en Division 2 1970-1971, le club accède à l'élite avant de redescendre dès la saison suivante. Lille reste deux saisons à l'échelon inférieur puis retrouve la première division. En 1977, le club est une nouvelle fois relégué. En devenant champion de D2 pour la troisième fois en quinze ans, le LOSC remonte en Division 1 pour la saison 1978-1979.

Durant cette décennie, les comptes du club sont largement déficitaires. Face à un passif de 700 000 nouveaux francs, un comité de soutien est créé lors de la saison 1969-1970, dans lequel des personnalités comme Guy Lux et Annie Cordy s'investissent. Le comité organise une série de matchs amicaux au profit du LOSC, face à des clubs prestigieux comme Anderlecht, Feyenoord Rotterdam, le Standard de Liège et l'Olympique de

Marseille, qui répondent présent. Cependant ces recettes de billetterie ne permettent d'améliorer que provisoirement la situation financière du club. Après un prêt de la mairie de Lille pour un montant 70 millions d'anciens francs lors de la saison 1970-1971 afin de soutenir les efforts produits par le comité, elle intervient en 1973 pour éponger une dette de 6 millions de francs.

En 1980, le club devient une société anonyme d'économie mixte sportive (SAEMS) dont la ville de Lille est l'actionnaire majoritaire. Cette nouvelle stabilité financière autorise la stabilisation sportive du club dans l'élite. En championnat, le club frôle les places européennes en terminant à la sixième place en 1979, à quatre points des premiers clubs qualifiés pour la coupe UEFA, en battant notamment à domicile l'AS Saint-Étienne, en concurrence avec le FC Nantes et le RC Strasbourg pour le titre. Le LOSC réalise quelques autres coups d'éclat dans les années 1980, en atteignant le dernier carré de la Coupe de France en 1983 et 1985. Mais Lille reste généralement un abonné à la seconde moitié de tableau luttant pour le maintien, régulièrement enclin à des crises. En 1991, le club termine de nouveau à la sixième place, à seulement deux points des places européennes.

Bernard Lecomte, nommé par la municipalité, prend la présidence du club en 1993 et sauve l'année suivante celui-ci d'une relégation administrative en négociant auprès de la DNCG. Il établit un plan de redressement qui prévoit le remboursement de 70 millions de francs de dettes avant juin 1998. Durant cette période d'austérité où la Ligue nationale de football interdit au club de recruter, le LOSC doit se séparer de ses joueurs vedettes, comme Sibierski ou Bečanović (auteur d'une saison 1996-1997 pleine avec 13 buts en 30 matchs de championnat), et met l'accent sur le centre de formation. En mai 1996, les Lillois barrent la route du Paris SG, au Parc des Princes, alors à la lutte pour le titre avec l'AJ Auxerre. Malgré ses performances, le club est relégué en deuxième division au bout de la saison 1996-1997. La Mairie de Lille demande alors à Bernard Lecomte de préparer la privatisation du club avec les repreneurs intéressés.

Privatisation, promotion et Ligue des champions (1997-2002)

Engagé en 1998, Vahid Halilhodžić a pour objectif le retour dans l'élite.

Sur le plan sportif, le Lille OSC termine deux ans de suite à la butée, quatrième en mai 1998 en terminant à un point du FC Sochaux puis à la même place la saison suivante à cause d'une différence de buts défavorable par rapport à l'ES Troyes AC malgré Vahid Halilhodžić. Lors de la saison 1999-2000 de Division 2, le club survole le championnat grâce à une défense de fer (25 buts encaissés) et termine champion avec seize points d'avance sur son dauphin.

Entre temps, la SAEMS change de nom pour devenir le *LOSC Lille Métropole*. Cette décision est motivée par la politique de la Communauté urbaine de Lille Métropole qui vise à subventionner exclusivement les clubs sportifs ayant dans leur nom la mention *Lille Métropole*.

À partir de 1999, les procédures pour la privatisation du club s'accélèrent. La mairie, qui souhaite vendre sa participation majoritaire dans le club, voit s'opposer plusieurs repreneurs. D'abord annulée par le préfet du Nord durant l'été 1999, la cession de parts au duo d'investisseurs Luc Dayan et Francis Graille est votée le 13 décembre de la même année.

Sur le terrain, le LOSC est l'équipe surprise du championnat. Meilleure défense de Division 1, le promu lillois est leader du championnat pendant près de deux mois. Finalement, le LOSC termine troisième et arrache une qualification pour la Ligue des champions 2001-2002.

Lille intègre cette compétition au troisième tour préliminaire et affronte le club de Parme pour tenter d'accéder à la première phase de groupes. Au match aller en Italie, les Lillois s'imposent deux buts à zéro. Lors du match retour, le LOSC s'incline mais élimine le club italien. Dans le groupe G, Lille termine troisième, derrière La Corogne et Manchester United, mais devant l'Olympiakos. Repêché en coupe UEFA, le LOSC élimine la Fiorentina avant d'être éliminé à cause d'un but marqué à l'extérieur par le Borussia Dortmund.

Francis Graille décide de céder ses parts début 2002. C'est Michel Seydoux qui emporte l'offre de cession et devient actionnaire minoritaire du club. Halilhodžić décide de quitter le club à la fin de la saison et Claude Puel, ancien joueur et ancien entraîneur de l'AS Monaco, est annoncé pour son remplacement. Vahid Halilhodžić termine donc la saison avec le LOSC et l'emmène à la cinquième place du championnat.

Une place sur la scène française et européenne (2002-2011)

La première saison sous l'ère Puel est mitigée, qui doit gérer les nombreux départs dans l'effectif. Finaliste en coupe Intertoto 2002, le club termine 14^e du championnat. La saison suivante est marquée par une nouvelle qualification à la coupe Intertoto, grâce aux refus successifs de plusieurs clubs dont l'Olympique de Marseille. Vainqueur de l'UD Leiria, Lille ajoute à son palmarès pendant l'été 2004 sa première coupe européenne. Le LOSC se qualifie ainsi pour la coupe UEFA 2004-2005 dont il atteint les huitièmes de finale. En championnat, le club termine à la 2^e place, qui le qualifie pour la phase de groupes de Ligue des champions.

Après avoir restauré les équilibres économique et sportif du LOSC, Luc Dayan quitte la présidence du club et décide de céder ses parts début 2004 à Isidore Partouche et à Michel Seydoux qui devient le nouvel actionnaire majoritaire du club. Cherchant à structurer progressivement le club, Seydoux décide de la création d'un centre d'entraînement et de formation.



Matches européens contre Manchester United et le Milan AC (saison 2006-2007)

Pour la Ligue des Champions 2005-2006, le LOSC doit se délocaliser pour pouvoir participer à la compétition. Le LOSC termine troisième de son groupe devant Manchester United et débute la coupe UEFA en seizièmes de finale. Lille s'incline au tour suivant contre le FC Séville, qui remporte la coupe quelques mois plus tard. En Ligue 1, le club termine troisième et obtient une troisième participation en cinq ans à la Ligue des champions.

Cette fois-ci le club franchit le cap des poules, au cours desquelles il sort invaincu contre le Milan AC, futur vainqueur de l'édition 2006-2007 de la compétition, grâce à une victoire 0-2 en terre lombarde. En huitièmes de finale de C1, Lille retrouve Manchester United. L'élimination en partie due à un but litigieux laisse un goût amer et contribue à démobiliser les joueurs. 3^e du championnat début mars, Lille s'effondre en ne prenant que 8 points sur les 33 possibles.

Cette place non européenne entraîne lors de la saison 2007-2008 le départ de joueurs cadres tels Odemwingie, Bodmer ou Kader Keita qui met le club en difficulté. Actif lors du mercato d'hiver, le club remanie l'effectif et l'équipe entame alors sa remontée, qui s'avèrera insuffisante pour assurer une qualification en coupe UEFA.

Cette non qualification pour l'Europe entraîne une nouvelle vague de départs dont celui de l'entraîneur Claude Puel à Lyon. La saison suivante, le LOSC repart avec un effectif remanié et un nouvel entraîneur, Rudi Garcia, ancien joueur lillois dans les années 1980 et alors entraîneur du Mans UC. En fin de saison, le club retrouve l'Europe et se qualifie pour la Ligue Europa, la nouvelle formule de la coupe UEFA.

Un nouvel organigramme et un nouveau staff technique font alors leur apparition pour la saison 2009-2010 avec Rudi Garcia toujours à la tête du domaine sportif, malgré un départ annoncé puis annulé du technicien durant l'été. Après un début de saison difficile, le LOSC remonte nettement la pente. Atteignant les huitièmes de finale de la Ligue Europa, le club aligne les victoires mais il chute à la quatrième place, synonyme de qualification pour la Ligue Europa 2010-2011. Lors de la saison 2010-2011, en l'espace de sept jours, et après 56 ans d'attente pour la coupe, 57 ans pour le titre et 65 ans pour le doublé coupe-championnat, le Lille OSC rafle les deux trophées du football hexagonal. Le club se qualifie directement pour la phase de poules de la Ligue des Champions 2011-2012.

1-2 Palmarès et records

Palmarès

Le palmarès du LOSC compte trois titres de champion de France et six coupes de France. Lille réalise son premier doublé coupe-championnat lors de la saison 1945-1946, deuxième saison d'existence du club, et rate à plusieurs reprises d'autres doublés durant la décennie d'après-guerre, tantôt dauphin en championnat tantôt finaliste en coupe. Suite à ces dix années de succès, le palmarès de l'équipe professionnelle ne s'est plus résumé qu'à des titres de champion de deuxième division et une victoire en coupe Intertoto lors de l'été 2004 jusqu'à son second doublé coupe de France et champion de France en 2011.

Par ailleurs, le club a remporté plusieurs tournois saisonniers dont quatre fois le tournoi international de la communauté urbaine de Lille (1980, 1981, 1983 et 1987), le tournoi international de Martigues en 1988, l'édition 1992 du challenge Émile-Olivier en s'imposant contre le RC Lens³⁹, le trophée de la ville de Valladolid en 2007 contre le Real Valladolid et le trophée Boudewijn-Braem en 2010 arraché aux tirs aux buts contre le KV Courtrai. Aussi, le club lillois arrive premier de son groupe lors de la Coupe Intertoto 1967, compétition tolérée à l'époque par l'UEFA.

II- Domaine de Luchin

2-1 Présentation

Le domaine de Luchin est un domaine de 43 hectares abritant le siège du LOSC Lille Métropole, le club de football professionnel de Lille. Il est localisé sur la commune de Camphin-en-Pévèle

Le cœur du site est un bâtiment du XIXe siècle, entouré de vastes terrains, constitué d'une ferme carrée, typique des fermes flamandes qu'on trouve dans le secteur. Ancienne propriété des comtes de Luyne. Elle n'a changé de main que dans les années 1930.

Lorsque le LOSC l'a racheté, le lieu se dégradait lentement mais sûrement depuis quelques années. Laissé à l'abandon, ses toitures béantes laissent entrer les pluies. L'endroit se transforme en décharge sauvage où l'on va même jusqu'à retrouver des carcasses rouillées de voitures. Pour clore le tableau, notons également 3 tentatives d'incendie criminel en 2002, suivi d'un dernier incendie criminel peu après que le LOSC ait annoncé son intérêt pour le lieu en avril 2003, incendie qui viendra détruire 200m² de toiture ainsi que le corps de ferme représentant un huitième de la propriété.

Lorsque le LOSC rachète Luchin, son objectif est de regrouper toutes les forces vives du club au même endroit (groupe professionnel, centre de formation, services administratifs), chacune ayant son espace propre au sein du domaine. Jusque là, chaque composante était dispersée avec le groupe professionnel à Grimonprez-Jooris, les services administratifs au centre Vauban à Lille et le centre de formation lui-même disséminé entre Villeneuve d'Ascq pour les matchs, Wattignies pour l'hébergement et Lambersart pour la scolarité. Lors de l'inauguration, le domaine accueille ainsi près de 200 professionnels.

Le centre de formation de Luchin s'inscrit dans une politique volontariste qui avait notamment déjà permis l'établissement d'une première structure à Villeneuve d'Ascq. Cette politique a permis l'avènement du centre de formation en catégorie 1 dans les années qui ont suivi.

Par ailleurs, Luchin se veut un site ouvert, avec la présence notamment d'un restaurant ainsi qu'un centre de remise en forme. L'idée étant que les supporters ne viennent pas seulement à Luchin pour voir l'entraînement des pros.

2-2 S'y rendre

La commune de Camphin-en-Pévèle se situe dans le Pévèle à 17 km de Lille. Pour y venir il faut sortir à la sortie "Baisieux" de l'autoroute A27 direction Bruxelles.

2-3 Le pôle club

Dans des emplacements proches mais distincts :

- le siège du club (1700m²) regroupant toutes les activités administratives. Il accueille aussi une salle de presse high-tech de deux douzaines de sièges avec écran plat, un studio TV multi fonctionnel, et une salle de montage pour l'équipe de reporters d'images de la LOSC TV.

- le Centre de Formation (2 850m²) doté notamment d'un amphithéâtre de 100 places et agrémenté de trois terrains (deux gazons naturels, un gazon synthétique)

Dans le courant du mois d'août 2007, il a accueilli ses 24 premiers pensionnaires. Chacun d'eux, et c'est unique en France, dispose de sa propre chambre individuelle (il y en a 26... Plus 2 chambres doubles) avec salle de bain personnelle. D'une surface de 14m², le joueur dispose d'un lit, d'un bureau et d'espaces de rangement personnel.

En plus de leur chambre, les jeunes peuvent aussi se détendre dans une salle télé, un salon de lecture ou bien encore dans une salle de jeu (jeu de société, fléchettes, baby-foot, Air Hockey, Console de jeux vidéo...)

Une équipe pédagogique de 30 personnes (un psychologue du sport, un staff médical attitré, un professeur pour six stagiaires en moyenne, un entraîneur pour dix joueurs et six "accompagnateurs de vie".) veillent sur les jeunes pousses : elle dispose de 6 salles de cours, ce qui permet un effectif de 5 à 10 élèves par classe. Une journée type se compose le matin de 2h de cours et 2h de foot. Idem l'après-midi. (le mercredi après-midi et le samedi sont consacrés à des activités (hors foot) en dehors de Luchin)

Labellisé "centre de catégorie 1", la plus haute catégorie des centres de formation en France, le LOSC occupe au classement 2009 des centres de formation établi par la LFP, la 15^e place (sur 32 clubs classés) perdant 3 places au classement par rapport à 2008. En 2007, il s'était classé 5eme sur 32 clubs. Cette forte chute s'explique par les nouvelles méthodes de calcul des points, moins favorable au LOSC

- Le bâtiment neuf des professionnels (700m²) avec vestiaires, musculation, sauna, bains de récupération, jacuzzi... Les joueurs professionnels disposeront d'une plaine de jeu en gazon naturel et d'un terrain synthétique avec un projet de couverture pour ce dernier.

- Un terrain d'honneur, réservé aux entraînements publics de l'équipe première

- Un terrain synthétique totalement clôturé et baptisé par le club, la "fosse aux gardiens" Le revêtement synthétique leur permet de s'entraîner sans user prématurément le sol entourant le but.

- Un chemin VTT, 4 couloirs d'athlétisme.

- Et enfin un parcours pour le footing qui serpente au sein du domaine... On y notera plus particulièrement l'aménagement d'une butte dite "force - vitesse" qui comprend une première butte ayant une pente de 8% sur 25 mètres, suivi d'un plat de 10 mètres puis une nouvelle pente, toujours de 25 mètres, mais cette fois de 10%. Cette piste inclinée peut aussi être utilisée en descente pour apprendre à mieux gérer la "survitesse". Claude Puel a indiqué avoir déjà monté ce genre de butte à Monaco et en avoir aperçu une, mais en bois, sous les tribunes du Stadio Comunale, l'ancien stade de la Juventus de Turin.

À l'issue de la "butte force - vitesse" on débouche sur une "piste Finlandaise" longue de 3 kilomètres. Une portion de 800m, dessinée en S, est entièrement dans le champ de vision des techniciens. Cela permet plus particulièrement des exercices fractionnés. Les pistes finlandaises sont des pistes constituées d'écorce de pin (ce qui permet de ne pas fatiguer les tendons et les mollets). Cette piste finlandaise est aussi un aménagement voulu par Claude Puel qui l'avait découvert à l'Office fédéral du sport Macolin en Suisse.

Le restaurant d'entreprise : sous la houlette de 5 professionnels de chez API Restauration, il peut accueillir jusqu'à 110 personnes.

2-4 Les services annexes offerts au public

Les travaux s'effectuant sur deux tranches, cette partie du projet n'en est qu'à l'état embryonnaire. On sait toutefois que le LOSC a choisi de les confier à des concessionnaires.

À ce sujet le président Seydoux a indiqué à l'époque de l'inauguration :
« Je ne suis pas pressé, ce n'est pas une priorité. Il y a des possibilités et on va y réfléchir. Mais, pour moi, c'est accessoire. Les investisseurs intéressés attendaient déjà de voir le projet phare émerger avant de se pencher sur un projet parallèle. »

Ces services comprendraient :

- Un restaurant panoramique (60 couverts) sur une tribune avec vue sur le terrain d'honneur et une boutique
- Un hôtel de 26 chambres (pour les mises au vert et une clientèle extérieure si disponibilité)
- Des salles de réception
- Une unité de soins ultra-performante (hydrothérapie, kinésithérapie, rééducation et remise en forme)

Il existe dès à présent un amphithéâtre de 100 places jouxtant des salles de réunions. Un service de restauration y est également possible

2-5 Coût du projet

Lors de la pose de la première pierre (septembre 2006) le président a indiqué que le coût des travaux, que le LOSC a financé seul, s'élevait à hauteur de 19 millions d'euros dont 5 millions de fonds propres. Une filiale, propriété à 99,9 % du LOSC, a été créée pour le financement totalement privé sous forme d'un emprunt et c'est cette société qui loue la structure au club, a précisé M. Seydoux.

Pour les terrains, achetés dans le courant de l'été 2003, le LOSC aurait déboursé 600 000 euros

2-6 Historique du projet

Avril 2003 : Le LOSC, à la recherche depuis quelque temps d'un lieu pour accueillir son "centre de vie" indique avoir achevé son étude de faisabilité pour le domaine de Luchin. Mené en collaboration avec l'architecte Pierre-Louis Carlier, cette étude se révèle concluante.

18 mai 2003 : inauguration de la boutique - billetterie dans le centre-ville de Lille (rue de Béthune). Avec le déménagement à Luchin et la fermeture de la boutique de Grimonprez-Jooris (15 mai 2004), c'est désormais le seul lieu où le club est présent sur la ville de Lille même.

11 septembre 2003 : Lors d'une conférence de presse, à laquelle étaient conviés les élus locaux, le LOSC présente l'état d'avancement du projet et confie être désormais propriétaire des lieux.

Avril 2003-Avril 2004 : Modification du Plan d'occupation des sols et autres opérations administratives.

7 avril 2004 : Les dirigeants du LOSC rencontrent les représentants de la ville de Lille, Pierre de Saintignon, et de LMCU, Michelle Demessine, pour leur annoncer le lancement des aménagements du domaine de Luchin

Les premiers travaux, qui débutent dans la foulée, concernent la réalisation du terrain honneur (105 X 68 en termes de surface de jeu). Fait à base de substrat reconstitué, il a nécessité un déplacement de 10 000 m³ de terre, 900 camions et bénéficie des dernières techniques en matière de drainage avec contrôle de la pluviométrie.

Un deuxième terrain, une plaine d'entraînement, situé juste à côté, est réalisé simultanément. Les pros pourront ainsi alterner leurs activités entre ces deux surfaces.

Les premiers entraînements auront lieu au stade municipal de Luchin. Les terrains n'étant praticables qu'au retour du stage d'Autrans (12 juillet 2004). Le domaine ayant besoin d'être sécurisé avant l'ouverture au public. Les premiers entraînements ouverts à tous ne seront possibles qu'à partir d'août 2004.

26 juin 2004 : L'équipe pro du LOSC rejoint Luchin. Elle occupera des préfabriqués en attendant la livraison des bâtiments

premier trimestre 2005 : arrivée des services administratifs à Luchin

Été 2005 : l'équipe Latour-Salier Delemazure est choisie parmi les quatre cabinets ayant présenté un projet pour la maîtrise d'ouvrage

Fin 2005 : Le plan local d'urbanisme est modifié à son tour.

1^{er} trimestre 2006 : remise en état écologique et environnementale du Domaine (abattage des arbres dangereux et en fin de vie, nouvelles plantations, curage des étangs...)

Mars - avril 2006 : déblayage et préparation de chantier

5 mai 2006 : après appel d'offre, toutes les entreprises impliquées dans la construction du Domaine ont reçu leur ordre de mission

13 mai 2006 : dépôt du permis de construire

5 septembre 2006 : pose de la première pierre par le président Seydoux

Septembre - Octobre 2006: semis des pelouses sportives

Juin 2006 – septembre 2007 : phase principale de la rénovation consacrée aux bâtiments principaux. Les entraînements sont fermés au public. (mais restent ouverts pour la presse)

30 juillet 2007 : De retour du 2^e stage de préparation au Touquet (22-28 juillet) les pros prennent possession de leurs locaux

16 août 2007 : le centre de formation intègre Luchin, création d'un groupe "Elite" (jeune pro + meilleurs 18 ans) au sein de la formation.

Fin août 2007 : Épure Design, l'agence Identité de Marque du groupe Publicis Hourra !, est retenue à l'issue d'une compétition, pour la construction de l'image de marque du Domaine de Luchin. Le parti pris créatif d'Épure Design a été de travailler l'identité comme une invitation à pénétrer avec émotion dans ce lieu atypique. Il présente le domaine de Luchin une ferme carrée du Nord de la France dont l'architecture allie tradition et modernité, au cœur d'un écrin de nature.

13 septembre 2007 : inauguration officielle du domaine par Michel Seydoux, Frédéric Thiriez, Jean-Pierre Escalettes et Patrick Robert (président du LOSC Lille Métropole association)

15 novembre 2007 : les travaux nécessaires à l'accueil et à la sécurité des supporters - notamment au niveau des parkings - étant terminés, les entraînements sont rouverts au public à partir de cette date.

III- Objectifs et intérêts

L'objectif principal de ce mémoire était de savoir si l'ostéopathe avait sa place dans le sport de très haut niveau et si oui, à quel niveau de la chaîne se situerait-il et de quelle façon il interviendrait.

L'étude se déroulait principalement avec les jeunes du centre de formation lillois en étant dans un premier temps observateur des méthodes appliquées par le staff médical que nous présenterons un peu plus tard, puis, dans un second temps, par la prise en charge des joueurs du centre de formation dans un protocole précis mis en place par le Docteur Drouard et son staff médical selon les pathologies rencontrées.

Le temps d'observation s'est déroulé sur les deux premiers jours (du 2 au 3/04 2011), la prise en charge des joueurs jusqu'à la fin du stage (du 4 au 16/04).

L'observation des méthodes de traitement des joueurs s'est donc déroulée les deux premiers jours (traitement des kinés, du médecin ostéopathe et de l'ostéopathe podologue), cependant, l'observation de la rééducation des joueurs, de la préparation physique et de l'entraînement s'est effectuée durant les 15 jours de stage.

Il s'agit d'un compte rendu de mémoire purement descriptif, en effet, les protocoles de traitement et de rééducation mis en place sont de nature confidentielle. De plus, le nombre important de joueurs à traiter dans un laps de temps très réduit n'a pas permis de prise de note ou de mettre en place une étude statistique ou une expérimentation solide.

Après lecture de ces généralités, nous comprenons aisément l'enjeu auquel l'ostéopathie est confrontée : trouver sa place dans le monde du sport de haut niveau et travailler en intelligence et en cohérence avec les autres membres de l'équipe médicale.

Nous avons déjà certains éléments de réponse puisque nous avons déjà des collègues ostéopathes au sein d'effectifs de haut niveau dans beaucoup de sports différents, cependant l'intégration n'a pas toujours été facile, et le chemin semé d'embûches comme le démontre ce témoignage de Laurent Blanc en 2003 :

« En 1980 un médecin venait deux fois par semaine et deux kinésithérapeutes s'occupaient essentiellement de massage au centre d'entraînement. 23 ans après, un médecin, un ostéopathe, et quatre kinésithérapeutes tous salariés temps plein encadrent les équipes les mieux

structurées auquel il faut ajouter un diététicien, un podologue et des bilans hospitaliers réguliers... D'une grande complémentarité, elle permet de récupérer des joueurs blessés jusqu'au dernier moment et donc pour un entraîneur de gagner des points supplémentaires en championnat. C'est la recette gagnante qu'ont adopté la plupart des grands clubs anglais en venant chercher en France des ostéopathes. L'ostéopathie va se développer au point que tous les clubs professionnels auront leur "Ostéo". C'est la France qui offre les meilleurs praticiens tant médecins qu'ostéopathes.

En 1995 il n'y avait pas ou peu d'ostéopathes en Italie et les joueurs professionnels avaient carte blanche pour consulter en France.

L'apparition officielle de l'ostéopathie dans le milieu du Football remonte au début des années 90, lorsqu'un joueur clé de l'équipe de France souffre d'un problème récurrent très handicapant de la tibio-tarsienne, sans solution médicale. Il décide alors sur son nom de faire venir un ostéopathe contre l'avis du médecin de la Fédération... Miracle!

L'ensemble des joueurs prend alors conscience qu'il manque quelqu'un dans l'équipe médicale et décide de monter au "clash" avec le staff pour imposer ce nouveau praticien. Dès lors l'essentiel est atteint puisqu'un ostéopathe salarié à temps plein fait désormais partie intégrante de l'équipe médicale de la FFF. Il est présent à tous les niveaux de préparation, de récupération et de prévention. »

Le monde professionnel fait donc confiance à l'ostéopathie mais son statut « mal défini » la fragilise aux yeux des dirigeants et des médecins en place dans les clubs. En effet, même si des ostéopathes exclusifs sont présents dans les clubs, on note qu'il y a une nette préférence pour les médecins ostéopathes et les kinés ostéopathes. D'ailleurs j'ai pu remarquer que pratiquement tous les kinés du LOSC ont fait ou sont en train de suivre des formations en ostéopathie.

IV- Actions entreprises

4-1 La phase d'observation

Avec le médecin du centre de formation :

La phase d'observation sans intervention n'a duré que deux jours. Dans un premier temps, j'ai observé le médecin du centre de formation, le Docteur François Drouard qui m'a accueilli de façon remarquable et qui s'est occupé de moi tout au long du stage avec beaucoup de gentillesse et de professionnalisme.

En effet, le docteur Drouard m'a impliqué dans tout ce qu'il faisait, m'a fait assister à ses propres consultations avec l'accord des joueurs traités et m'a expliqué comment étaient prises les décisions et m'a fait assister aux examens complémentaires effectués directement dans le domaine de Luchin (essentiellement des échographies).

Les examens complémentaires étaient effectués dans le bâtiment des pros ce qui m'en rendait l'accès difficile.

J'ai assisté à bon nombre de consultations que ce soit pour des suivis d'entorse (genou, cheville), post-opératoire (ostéochondrite cheville, fracture malléole interne de cheville), prise de sang de la CFA pour comparer les résultats avant/après les tests physiques.

Mais aussi des consultations d'ostéopathie, en effet, le docteur Drouard pratique aussi l'ostéopathie. Nous avons beaucoup échangé à ce sujet. Ensuite, il m'a présenté les différents protocoles de traitement qu'il a mis en place avec le reste du staff médical selon les pathologies.

Avec les kinés :

La salle de soin utilisée par les kinés et l'ostéopathe se trouve en face du bureau du Docteur Drouard. Benoît Bernard et Cyril Semezak, les deux kinés à temps plein du centre de formation m'ont accueilli très chaleureusement (entre temps Cyril est passé à temps plein chez les pros).



Dans un premier temps je les ai observé exercer leurs protocoles de traitement sur les différentes pathologies rencontrées.

Il y avait une phase de rééducation passive. Cela passait par du massage, des étirements passifs, des strappings, l'utilisation de l'électrostimulation.

Nous ne décrivons précisément que la partie électrostimulation et isocinétique puisqu'elles sont le moins connues par les ostéopathes et le moins utilisées, afin de mieux comprendre le travail des kinés au sein du club.

L'électrothérapie² (dite aussi électrostimulation) est l'emploi de l'électricité de faible puissance dans un but thérapeutique. Elle est utilisée principalement dans la rééducation fonctionnelle des traumatismes du système nerveux et dans d'autres indications neurologiques, par des kinésithérapeutes ou des physiothérapeutes.

La neurostimulation électrique transcutanée (NSTC), mieux connue sous son sigle anglosaxon TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) consiste à stimuler électriquement les nerfs au moyen d'électrodes posées à la surface de la peau. La principale indication de la *TENS* est le traitement de la douleur. Son action analgésique serait due au fait que les courants transcutanés interféreraient avec la conduction nerveuse. Les courants utilisés sont généralement des courants oscillants à moyenne (60 - 200 Hz) ou basse fréquence (<10 Hz).

La stimulation à haute fréquence dite « conventionnelle » peut être utilisée sur une période courte mais le soulagement de douleur dure alors aussi moins longtemps. La stimulation de basse fréquence, parfois similaire à l'électropuncture est plus inconfortable et tolérable pendant seulement 20-30 minutes, mais le soulagement dure plus longtemps.

² Wikipédia : <http://fr.m.wikipedia.org/wiki/Electrothérapie>



Pour les blessures à caractère musculaire, les kinés utilisaient l'isocinétisme³.

Le fonctionnement des appareils d'isocinétisme repose sur deux principes de biomécanique qui sont la maîtrise de la vitesse et l'asservissement de la résistance. Ces appareils ne mesurent pas une force mais le couple créé par cette force et son bras de levier au niveau de l'axe du dynamomètre (les paramètres mesurés sont d'ordre graphique et quantitatif). Ils permettent de travailler selon un mode concentrique ou excentrique. En théorie toutes les grosses articulations peuvent être testées avec les appareils d'isocinétisme, et les localisations les plus fréquemment évaluées ou rééduquées sont le genou, le tronc et l'épaule.

L'isocinétisme est une technique qui ne se substitue pas aux autres techniques de rééducation conventionnelle mais qui constitue un moyen complémentaire parmi l'ensemble des techniques de rééducation disponibles.

Cette rééducation isocinétique s'inscrit dans un programme d'amélioration

Des qualités motrices. Il existe une forte émulation par le biais du retrocontrôle visuel permanent qui incite le patient à se dépasser.

Le dynamomètre

Le dynamomètre assure la constance de la vitesse (isocinétisme) présélectionnée. Il est constitué d'un servomoteur. La plupart des dynamomètres sont conçus pour permettre la réalisation d'un mouvement articulaire autour d'un axe, aligné sur l'axe de rotation.

A l'inverse, certains dynamomètres sont conçus pour enregistrer un mouvement linéaire (par un système de filin relié au moteur du dynamomètre et sur lequel le sujet tire).

Un goniomètre électronique est relié au dynamomètre afin de calculer pendant l'exercice l'angle défini par l'axe du mouvement (axe de l'articulation) et l'axe du dynamomètre.

Les accessoires

Certains accessoires sont adjoints au dynamomètre. Ils permettent d'optimiser la reproductibilité des conditions du test en cas de répétition de celui-ci. Des protocoles de positionnement et de sanglage du patient font partie des recommandations du fournisseur.

Le sanglage du sujet permet de maintenir la position correcte durant tout le

³ HAS : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/isocinsynth.pdf>

déroulement du test. Ceci permet d'éviter le désalignement des axes, de limiter les compensations par d'autres groupes musculaires que ceux testés et d'annihiler les degrés de liberté des autres articulations et les mouvements parasites.

Un certain nombre de paramètres peuvent être enregistrés et reproduits avec précision afin que les conditions de test pour un même sujet soient toujours identiques.

Ce sont : la profondeur du siège, l'inclinaison du dossier, la position du siège par rapport à l'axe du dynamomètre, la longueur du bras de levier, la position des butées de limitation d'amplitude articulaire.

Lorsque le sujet est correctement positionné, il faut ensuite procéder à l'alignement de l'axe de rotation articulaire avec l'axe de rotation du dynamomètre. En effet, une bonne concordance entre ces deux axes est indispensable pour que le moment de force mesuré par le dynamomètre soit proportionnel à la force du muscle. Mécaniquement parlant, cela se traduit par une grande mobilité du positionnement du dynamomètre qui peut ainsi s'adapter à l'articulation étudiée.

Le logiciel

Le système informatique sert à l'enregistrement, au stockage et au traitement des données recueillies. Il permet d'assurer la sécurité du patient durant le test puisque les programmes prévoient d'interrompre l'exercice en cours en cas d'incident. Enfin, il permet de stocker des informations relatives aux opérations de maintenance.

Le système informatique permet aussi de prendre en compte et de corriger les effets de la pesanteur. Depuis le début des années 80, un calculateur adjoint à l'appareil corrige la mesure globale de l'effet lié à la masse musculaire associé à celui lié à la masse du bras de levier de la machine. Cette correction se fait par addition pour les groupes musculaires antigravitaires et par soustraction pour les groupes musculaires gravidiques.

Paramètres mesurés

L'appareil d'isocinétisme ne mesure pas une force mais le couple créé par cette force, et son bras de levier au niveau de l'axe du dynamomètre. Pour les appareils à mouvement rotatoire, la vitesse est définie par rapport à l'angle du segment de membre, ou vitesse angulaire, et s'exprime en degré par seconde ($^{\circ}/s$). Pour les appareils à mouvement linéaire, la vitesse s'exprime en centimètre par seconde (cm/s).

Sur certains appareils, un paramètre d'amortissement de la courbe peut être programmé. En effet, lorsque le sujet atteint la vitesse présélectionnée, le

dynamomètre devient actif afin que cette vitesse ne soit pas dépassée. Cela crée alors un pic sur la courbe du moment du graphe qui peut être interprété à tort comme le pic du moment maximum. Les mesures effectuées sont de ce fait moins précises et ne sont comparables avec d'autres tracés qu'en prenant garde au décalage temporel occasionné. Les paramètres mesurés sont d'ordre graphique et quantitatif.

Les paramètres graphiques

Il s'agit de l'enregistrement de la courbe des moments de forces, construite à partir des deux paramètres suivants : en ordonnée le couple de force et en abscisse la position angulaire. Il existe un temps d'accélération en début de mouvement et de décélération en fin de mouvement qui ne correspond pas à un travail isocinétique.

De ce fait, le début et la fin de la courbe ne sont pas interprétables. Par ailleurs, la forme de la courbe varie en fonction de l'articulation testée, de la marque de l'appareil et du logiciel, mais aussi de la vitesse du mouvement et du mode évalué.

Les paramètres quantitatifs

Il s'agit des valeurs chiffrées de différents paramètres enregistrés lors de la réalisation du test. Cinq paramètres sont principalement utilisés :

- Le moment de force maximale (encore appelé couple de force, ou pic de couple, ou force le plus élevé développé au cours du mouvement.
- Le travail maximal : il correspond à l'intégration de la surface située sous la courbe des moments de force, et s'exprime en joule (J). Ce paramètre est dépendant de l'amplitude globale du mouvement.
- La puissance maximale : exprimée en watt (W), elle correspond au travail effectué par unité de temps. Elle se calcule en multipliant le moment de force par la vitesse angulaire.
- L'angle d'efficacité maximale : il mesure la position angulaire correspondant au moment de force maximum et s'exprime en degré.
- Le rapport agoniste/antagoniste : exprimé en pourcentage, il est calculé à partir des moments de force maximum développés lors d'un même mode de contraction et pour une vitesse angulaire identique.

L'observation dans la phase de rééducation active consistait à accompagner les joueurs dans différents exercices de proprioception sur

terrain et en extérieur. Ils pouvaient être accompagnés par les kinés, le préparateur physique, le médecin ou par plusieurs d'entre eux.

La rééducation active et passive n'étaient pas dissociée l'une de l'autre nous les décrivons séparément pour bien les distinguer. Ces phases étaient personnelles à chacun des joueurs et adaptées au niveau de cicatrisation du moment.

En effet, la reprise de la course et des appuis étaient personnelles à chaque joueur selon les résultats obtenus avec la machine isocinétique et selon les sensations du joueur lors de l'effort.

Ils étaient accompagnés soit par le réparateur physique soit par le kiné. Pour les reprises d'appui, il en était de même. Elles se font dans « la fosse » par différents exercices étalés en différents petits ateliers. A la fin de la séance, pour ceux qui étaient en fin de rééducation, des exercices de frappes au but et de transversales étaient faits en compagnie du kiné ou du préparateur physique.

Des exercices de proprioception classiques étaient aussi proposés en salle de soin, comme l'appui uni-podal sur le sol ou sur une planche « mouvante »

Avec l'ostéopathe :

Benjamin de Gryse est ostéopathe podologue du centre de formation depuis 14 ans et intervient 2 demi-journées par semaine. Je ne l'ai donc pas beaucoup vu, mais nous avons beaucoup échangé, au point de vue des techniques, car nous n'avons pas la même façon de travailler mais aussi au niveau littéraire où il m'a fait part des ses nombreuses références bibliographiques. Il m'a même gentiment invité, à la fin du stage à découvrir sa nouvelle clinique sportive de Lille, SPORTIVA.



Michaël Landreau et Ludovic Obraniak



Moussa Sow, Rio Mavuba et Mathieu Debuchy



Début de séance



Eden Hazard

4-2 La phase d'action

Au bout de 2 jours, j'ai pu traiter les jeunes du centre de formation notamment pour des lumbagos, entorses (cheville, genou), en post opératoire (fracture de malléole, ostéochondrite de cheville) ainsi que pour des tendinites ou des pubalgies. Etant donné le nombre important de joueurs à traiter dans un laps de temps très réduit, et la notion de confidentialité, nous allons présenter l'organisation du pôle médical du centre de formation du LOSC ainsi que les 3 principaux motifs de consultations et leurs protocoles de traitement mis en place par le docteur Drouard et son staff médical. Nous y verrons donc la place et le niveau d'intervention de l'ostéopathe en leur sein. Pour la raison que nous les considérons comme acquis, nous n'inclurons pas les rappels anatomiques.

Le service médical du centre de formation se distingue du service destiné aux professionnels, en terme de personnel, de matériel, de budget et donc forcément d'organisation.

Le personnel : Il se compose d'un médecin responsable de l'unité, de 2 kinés, l'un à temps plein et l'un à mi-temps. Un podologue cumulant les fonctions d'ostéopathe et de posturologue, complète, également à mi-temps, l'équipe.

Le Staff médical est sans cesse en contact avec le staff technique (coach, préparateur physique, coach adjoint) dans le but de déceler au plus vite le moindre problème, et permettre un retour de façon progressive, de l'athlète, sur le terrain.

Le matériel : Le service médical se compose d'un cabinet de consultation médicale entièrement équipé avec ECG, table d'ostéo, PC pour suivi longitudinal, pharmacie complète, matériel de contention, matériel de petite chirurgie, examen ORL,.... Un cabinet de kinésithérapie avec 6 tables d'examen dont 2 d'ostéo motorisées, presso thérapie, électrothérapie, cryothérapie gazeuse, Laser Milta, Game ready, matériel de contention et d'immobilisation, espalier, élastique pour travail excentrique, ballons Pilate, tapis de gymnastique, trampoline,.... Une salle technique avec appareil d'iso cinétisme motorisé pour travail excentrique avec module genou, cheville, épaule et rachis, Onde de choc radiale, tapis non motorisé, plateau de jump test, et enfin, une salle complète de musculation entièrement équipée. Le centre bénéficie de 6 terrains de football, 3 en plaine et un terrain synthétique, une piste d'athlétisme, une piste finlandaise de 3 kms, et un mini terrain destiné au travail proprioceptif et technique.

Le mode de fonctionnement : Chaque joueur blessé ou malade doit voir le médecin pour établissement du diagnostic, établissement du protocole de soins et données statistiques. En cas de médication, le traitement est donné directement au joueur, qui, pour des raisons de lutte antidopage, ne doit en aucun cas consommer d'auto médication, ou prendre d'autres prescriptions, y compris en vente libre ou par intermédiaire de son pharmacien. Le kiné, si besoin, prendra en charge la rééducation. Un bilan ostéo préalable est réalisé après tout traumatisme de cheville, genou, lésion musculaire, lombalgies, ... Le bilan ostéo est réévalué en cours de soins et surtout en fin de soins. Si une rééducation complémentaire est nécessaire (technique de posture, gainage), l'ostéo ou les kinés la prennent en charge. Le retour sur le terrain se fait après avis du médecin. La prise en charge préventive (travail excentrique sur et hors iso cinétisme, travail nordique, pilates,...) se fait au cas par cas, en dehors des horaires d'entraînement.

Les examens complémentaires : Des accords existent entre des radiologues locaux et le club afin de pouvoir réaliser dans des délais rapides l'ensemble des examens complémentaires à l'établissement diagnostique.

Nous pouvons donc décrire les trois principaux motifs de consultation :

Prise en charge de l'entorse de cheville :

I- Diagnostic

Il est essentiellement clinique.

L'interrogatoire recherchera le mécanisme lésionnel, la perception d'un craquement, la sensation d'instabilité, la douleur et son siège, l'impotence fonctionnelle immédiate.

L'examen recherchera un œdème ou un hématome, le type d'œdème permettant une estimation du type de lésion : Une lésion transversale s'accompagnera plutôt d'un œdème en œuf de pigeon, tandis qu'une lésion longitudinale s'accompagnera plutôt d'un œdème diffus. Cette distinction étant importante pour estimer le pronostic, une lésion transversale étant plus grave qu'une lésion longitudinale, car moins stable.

Le reste de l'examen aura pour but de tester l'ensemble du système ligamentaire de la cheville, de rechercher des points douloureux exquis (trigger point), d'apprécier les amplitudes articulaires.

Les examens complémentaires (radiographie et échographie) sont à faire en cas de doute.

Radiographie 4 incidences (2 profils et 2 de face) : recherche de fracture, de lésion ostéocondrale, d'avulsion osseuse ou os trigone...

II- Prise en charge

1. Prise en charge immédiate sur le terrain

Protocole RICE :

-R : Rest (repos)

-I : Ice (glace)

-C : Compression

-E : Elevation

L'utilisation des anti-inflammatoires est décrié en raison du retard à la cicatrisation que peut présenter leur utilisation. On se sert de la réaction inflammatoire pour favoriser la cicatrisation, tout en contrôlant l'évolution, et en évaluant cette réaction inflammatoire. On peut recourir à l'usage d'anti-inflammatoire si la réaction est trop excessive, ou en cas de douleur intense.

Des anti-oedémateux (du type MAXILASE* ou EXTRANASE*) ayant une activité enzymatique anti-inflammatoire modérée, sont par contre intéressant afin de limiter l'apparition de l'œdème post traumatique immédiat.

Les antalgiques ont toutes leur place, selon le ressenti du patient.

2. Prise en charge à court terme

Ne pas arrêter le sport mais proposer au patient un programme de réathlétisation à contraintes croissantes, adapté à la cicatrisation ligamentaire, en utilisant si nécessaire une orthèse de cheville dans un but essentiellement préventif, permettant une mobilisation en flexion et extension, tout en empêchant l'inversion de la cheville.

Ce programme est proposé et mis en place par les kinésithérapeutes.

Le but de la prise en charge à court terme est de diminuer l'œdème et la douleur, tout en préparant la réathlétisation. L'objectif secondaire étant de récupérer la mobilité articulaire et lever les tensions musculaires réflexes.

Une correction ostéopathique rapide, dans les 48 heures, est à mettre en place, dans le but d'une déconnection proprioceptive, corrigeant les défauts d'appuis induits par le traumatisme de la cheville et les compensations musculaires. Cela permet en outre, de « réharmoniser » la cheville, en corrigeant les dysfonctions possibles du naviculaire, du

cuboïde, les articulations sous astragaliennes, tibio péronières inférieures et supérieures, par des techniques de micro mobilisation, inhibition musculaire puis mobilisation passive et douce jusqu'à la mobilisation articulaire.

Les antalgiques par voie orale, peuvent être utilisés en cas de douleur.

3. Matériel et moyen

Le matériel et les moyens utilisés pour la rééducation de cheville sont la cryothérapie gazeuse, la compression, le massage, le drainage, le massage transverse profond, avec et sans crochet, la musculation excentrique en chaîne ouverte, l'électrothérapie, la mobilisation précoce, le pompage, les bains écossais et si disponibilité, la compression à froid (Game ready). D'autres techniques physiothérapeutiques peuvent être utilisées selon les habitudes du kinésithérapeute.

L'ostéopathe intervient à 48 heures post traumatisme et en fin de soins. Il peut intervenir ponctuellement pour corriger certaines dysfonctions entravant la bonne évolution cicatricielle.

4. Prise en charge à moyen terme

La prise en charge à moyen terme, a pour but, la reprise progressive des activités sportives du patient.

Le traitement le plus adapté de l'entorse de cheville est donc le traitement fonctionnel.

Travail par proprioception statique, puis dynamique.

Appuis dans l'axe et hors axe.

Puis augmentation progressive de la difficulté, pliométrie et vitesse.

Cette dernière étape est toujours sous contrôle de la douleur, par le kinésithérapeute. Celui-ci doit rassurer le sportif, et juger régulièrement de son état physique.

Le travail proprioceptif se fera progressivement vers le mécanisme traumatique.

III- Critères et conditions de reprise du sport

Contrairement au LCAE du genou, le ligament collatéral latéral de la cheville a un potentiel de cicatrisation.

Les critères de reprise sont basés sur 2 éléments :

- Le degré de gravité de la lésion initiale obligeant un délai minimum de reprise (classiquement de 3 à 5 jours).
- A côté de ce « minimum syndical », ce sont les données de l'examen clinique qui mettent en évidence une disparition des douleurs et de l'épanchement, une mobilité normale retrouvée, une force récupérée et des qualités d'équilibre et de proprioception satisfaisante.

La reprise du sport est fonction du sport pratiqué et l'intensité avec laquelle il est pratiqué.

Un bilan clinique est donc à réaliser 3 à 5 jours après le traumatisme :

- Soit il s'agit d'une entorse bénigne : la marche est indolore, l'examen clinique est normal (à l'exception éventuellement d'une douleur à la palpation du faisceau talo fibulaire antérieur). Dans ce cas, on propose une reprise de travail proprioceptif avec appuis et reprise de sport après environ 10 jours post traumatique.
- Soit l'examen retrouve des douleurs, des amplitudes limitées (voire des tests isocinétiques sensibles). Dans ce cas, il y a intérêt à réaliser des examens complémentaires à savoir la radiographie si elle n'a pas été réalisée immédiatement, l'échographie, éventuellement l'IRM à la recherche d'une lésion ligamentaire.

En absence de rupture : poursuite des soins jusqu'à normalisation de l'examen clinique puis rééducation proprioceptive.

En cas de rupture : Sport de décharge (vélo à bras, vélo, natation), poursuite des soins +/- chirurgie selon la gravité des lésions. Le délai d'indisponibilité pouvant aller jusqu'à 6 semaines.

En résumé, les conditions de reprise sont :

- Récupération des amplitudes
- Tests isocinétiques normaux
- Absence d'épanchement
- Proprioception satisfaisante
- Appuis sur terrain indolores

On peut tolérer une douleur persistante du faisceau talo fibulaire antérieur de la cheville, sans que ce soit un obstacle à une reprise du sport.

IV- Place du préparateur physique

Le préparateur physique a une place importante également dans la rééducation de l'entorse de cheville. En effet, il intervient en cours de soins de rééducation, afin de maintenir le sportif dans une condition physique lui permettant un retour quasi immédiat sur le terrain à la fin des soins. Pour cela, on utilise en premier lieu des sports de décharge, avec un programme d'entretien, et au fur et à mesure de l'évolution cicatricielle, un travail de course à pieds sur terrain stable, en ligne droite.

Ce maintien d'une activité physique a également pour vocation d'éviter l'isolement du sportif dans ses soins.

Le préparateur physique est également le relais entre la sortie des soins et le retour sur le terrain, avec le coach. La phase de reprise d'activité physique est une phase critique où le risque de récurrence est important. Il a donc pour rôle de poursuivre la reprise d'appuis vers des exercices de plus en plus proches de l'activité sportive.

En dehors de toute pathologie, le préparateur physique aussi est un maillon indispensable dans la prévention des entorses de cheville, par un travail proprioceptif régulier qu'il propose tout au long de la carrière de l'athlète.

V- Conclusion

L'entorse de cheville est donc une pathologie fréquente, cicatrisant relativement bien et rapidement. Néanmoins une prise en charge optimale est primordiale, afin d'éviter la récurrence qui aurait pour conséquence, non seulement l'apparition d'une instabilité et ses conséquences, mais aussi l'inverse, à savoir l'ankylose également préjudiciable à la reprise d'une activité sportive satisfaisante.

La prise en charge de l'entorse de cheville est enfin un travail d'équipe entre le médecin, le kinésithérapeute, l'ostéopathe et le préparateur physique, qui doivent travailler de concert dans l'intérêt de l'athlète, pour sa qualité cicatricielle.

Le meilleur moyen de soigner une entorse de cheville demeure en tout état de cause le travail préventif proprioceptif qui, s'il n'empêche pas la survenue des entorses de cause extrinsèque, pourra, tout au moins, limiter la gravité des lésions ligamentaires.

Prise en charges des lésions musculaires

I- Diagnostic

Conduite à tenir :

- Diagnostic topographique dans un premier temps (quel muscle ?) : recours à l'anatomie et au testing
- Evaluation de la gravité de la lésion
- Evaluation d'un délai de reprise
- Eviter les complications

Para clinique :

La para clinique participe au diagnostic topographique après l'examen clinique.

- Radiographie avant l'âge de 15 ans (recherche d'une avulsion osseuse sur les cartilages de conjugaison)
- Echographie : - J1-J3 : gravité et localisation - J8-J10 : Ponction hématome et évolution cicatricielle - Au delà : complications (cicatrices fibreuses, myosite ossifiante, ...)
- IRM : Il a surtout un intérêt pour le diagnostic de complications, ou en cas de cicatrisation tardive.

Evaluation de la gravité : 5 stades classiquement :

- **Stade 0** : courbature, crampe : tout le muscle est algique, survient le lendemain, muscle dur à la palpation, écho normale, traitement par chaleur et étirement doux, alimentation adaptée et hydratation. Dû à l'accumulation de déchets dans le muscle.
- **Stade 1** : Contracture : douleur localisée à l'issue immédiat de l'effort, se majorant si poursuite de celui ci, prudence pendant 4 à 6 jours pour éviter aggravation (fait le lit de la déchirure), écho normale, palpation d'un noyau dur +/- étendu. Traduit la présence de microlésions, troubles hydro électrolytique, une fatigue. Traitement par massage, repos, réhydratation, myorelaxant +/- mésothérapie, chaleur ou choc thermique (chaud- froid).
- **Stade 2** : Elongation : Il s'agit de micro déchirures musculaires liées au dépassement des capacités élastiques du muscle, survenant en plein effort, à l'occasion d'un étirement inhabituel. La douleur est moindre voire disparaît au repos, pour revenir à l'effort. Douleur à l'étirement et à la contraction isométrique, ballotement et amplitudes sont normaux. Pas d'hématome. Echographie normale (+/- œdème). Le traitement consiste en une période de repos, accompagnée de soins médicaux.

- **Stade 3 : Déchirure musculaire** : Il s'agit de la rupture d'un plus grand nombre de fibre musculaire, générant une douleur en coup de poignard, obligeant l'arrêt immédiat de toute activité physique. La palpation réveille une douleur vive et intense, un hématome peut apparaître rapidement. Douleur à l'étirement et à la contraction avec réduction des amplitudes articulaires. Diminution du ballotement du muscle. L'échographie signe le diagnostic en mettant en évidence la lésion (zone hypo échogène, homogène, faisant le tour d'une unité musculaire ou de tout le muscle selon la gravité et la localisation). Le traitement consiste en une période de repos (en général le muscle cicatrise de 1.5 cm par semaine, soit (1.5 x largeur de la lésion)+15 jours = délai de cicatrisation)
- **Stade 4 : Rupture musculaire** : l'accident le plus grave, il s'agit d'une rupture transversale et transfixiante du muscle, générant une douleur vive et une impotence totale. De diagnostic aisé : palpation d'une encoche dans le muscle, augmentation importante du volume de celui-ci, perte du ballotement, mobilisation impossible, disparition du reflexe myotatique inversé. Traitement médical identique à la déchirure, parfois chirurgical.

II- Prise en charge

En moyenne, la cicatrisation définitive s'achève en 30 jours, la reprise d'activité peut se faire en 15 jours jusqu'au stade 2, pas avant 1 mois au-delà.

Prise en charge immédiate sur le terrain (J0 à J3)

Protocole RICE :

-R : Rest (repos)

-I : Ice (glace)

-C : Compression

-E : Elévation

Association avec un traitement myorelaxant (TETRAZEPAM), éventuellement anti œdémateux (MAXILASE ou EXTRANASE) et ARNICA.

On complétera la prise en charge immédiate par l'application d'un pansement à l'argile.

Idéalement, l'utilisation de botte de compression ou d'un « Game ready » permet d'optimiser la prise en charge immédiate. Il est à noter, l'absence

d'indication de la cryothérapie gazeuse en phase aiguë de la lésion musculaire, car l'activité anti inflammatoire qu'elle procure est une entrave à une cicatrisation rapide. On préférera la poche à glace traditionnelle.

Prise en charge à court terme (J3 à J10)

Mise en décharge selon douleur et prise en charge par kinésithérapeute : massage de drainage, levée de la contracture, crochétage, physiothérapie dans un but antalgique (COMPEX, ondes courtes), contraction isométrique, mobilisation des articulations péri lésionnelles. +/- ponction si hématome +++.

On débutera la rééducation à proprement parlé. Phase de durée variable selon les patients et la gravité des lésions. Etirements doux, travail excentrique lent à faible intensité avec iso cinétisme, notion de progressivité adaptée au patient.

Dans l'idéal, on débute à 30% de la force maximale et à 10°/sec de vitesse, puis on augmente la force de 5 à 10% par jour, conjointement à la vitesse, selon la tolérance et jusqu'à 70% de force maximale et 30°/sec de vitesse.

Etre à l'écoute du patient sans trop l'écouter non plus !! Mais le travail doit se faire en infra douloureux.

Le travail excentrique se fera par iso cinétisme pour les muscles comme Quadriceps, Ischio-jambiers, Adducteurs, Jumeaux, car ils peuvent être facilement travaillés, pour les autres muscles comme Psoas, Sartorius, le travail sera manuel.

L'intérêt du travail excentrique est d'obtenir une cicatrisation optimale et une bonne orientation des fibres, en travaillant dans le mécanisme lésionnel. Pour le quadriceps, on travaillera également en concentrique et vitesse rapide en fin de cicatrisation.

Prise en charge à moyen terme (J10 et au-delà)

Dès que la douleur s'estompe, on proposera une reprise de travail cardio avec le préparateur physique : Travail sur vélo, d'abord libre, puis en augmentant la résistance, puis travail intermittent. La reprise de la course à pieds, libre puis avec objectif, puis intermittent en fonction de la tolérance interviendra lorsque le travail en iso cinétisme approche les 40% de force maximale environ.

A noter que le travail cardio peut être proposé rapidement de manière adaptée, par exemple par le vélo à bras, en cas de lésions sur les membres inférieurs.

La phase suivante est la reprise d'appuis sur terrain avec progression pour augmenter le recrutement des muscles lésés, jusqu'à contrainte maximale, par exercices proprioceptifs et pliométrie.

PS : Place de la chirurgie : +/- chez l'enfant (arrachement osseux), pas d'indication en cas de lésion musculaire pure. Indication éventuelle de la chirurgie en cas de complication (ossification, pseudo kyste, myosite ossifiante, fibrose cicatricielle). La complication est bien souvent le fait d'un défaut de traitement (pas de traitement ou mauvais traitement ou récurrence précoce par négligence).

A noter, la place des ondes de choc : les effets sont controversés dans cette indication, mais peuvent être intéressants dans certains cas (myosite ossifiante, cicatrice fibreuse, délai de cicatrisation dépassant 6 semaines), néanmoins leurs bénéfices sont inconstants, ils sont donc à essayer, sans insister.

Matériel et moyens

Il est proposé de mettre en place un appareil de décharge du muscle lésé sous la forme d'orthèse plantaire afin d'améliorer la fonctionnalité et limiter les bras de levier.

Une prise en charge ostéopathique sous la forme de travail de glissement du tissu conjonctif limitera les adhérences, accompagnée d'un travail par technique neuro-méningée afin de réduire les récurrences : Travail dissociatif à faire au moment de la reprise d'activité, pendant 10 minutes, 2 fois par semaine jusqu'à amélioration. Il s'agit d'un travail proprioceptif et de perception, permettant d'améliorer les qualités neuromusculaires.

III- Critères et conditions de reprise du sport

La reprise du sport interviendra lors de la disparition des douleurs avec amplitudes normales. Travail excentrique en iso cinétisme à 70% et 30°/sec puis test maximal pour valider la reprise.

L'étude des ratios et du peak torque comparatif D-G et Agoniste-antagoniste permettra de valider la reprise normale des activités sportives.

Poursuite de la kiné quelques jours malgré la reprise, afin d'améliorer le renforcement musculaire et la souplesse.

IV- Place du préparateur physique

1. La reprise

Le préparateur physique intervient tout le long du processus cicatriciel, dans un premier temps dans le maintien d'une condition physique optimale par un travail cardio sur vélo à bras, vélo traditionnel puis course à pieds, et ce de manière adaptée sans compromettre le processus cicatriciel. Il doit adapter les efforts afin de rester en infra-douloureux et il représente un relais du kinésithérapeute lors du retour sur le terrain.

1. La prévention

Le préparateur physique est un pion essentiel dans la prévention des lésions musculaires. Il intervient 2 séances par semaine, une fois collectivement par du renforcement sur les ischio-jambiers et de la proprioception, et une seconde fois individuellement en fonction des résultats des tests iso cinétiques de début et en cours de saison. L'objectif est d'obtenir un bon équilibre D-G et de bons ratios agonistes-antagonistes.

La prévention des lésions passe certes, par la correction des déséquilibres musculaires, mais aussi par une bonne alimentation et hydratation, des soins dentaires (souvent mis en cause dans les lésions musculaires), et un travail postural.

2. Conclusion

Les lésions musculaires sont des pathologies très fréquemment rencontrés dans le milieu sportif. Elles ont tendances à évoluer de façon rapidement favorable à l'aide d'un traitement adapté et précoce, néanmoins, leur négligence peut conduire à des complications générant des difficultés à long terme et surtout un risque majeur de récurrence.

Enfin, ce sont des lésions très réactives à une prise en charge préventive aussi bien dans l'hygiène de vie que dans les activités sportives, et qui est indispensable à faire, comme nous l'avons vu, tout au long d'une saison de compétition.

Prise en charge de la pubalgie

I- Diagnostic

Symptomatiquement et étymologiquement, les pubalgies sont des douleurs de la région pubienne, touchant plus ou moins préférentiellement les abdominaux, les adducteurs ou la symphyse pubienne, voire l'ensemble de la région.

Elles surviennent à tout âge mais typiquement, c'est un homme adulte jeune (25 ans) pratiquant le football. La femme est très rarement touchée, ou alors essentiellement des formes basses (adducteurs). (Pas de forme abdominale ou symphysaire à ma connaissance)

1. Facteurs favorisants

L'activité sportive est nettement à mettre en cause, le football arrivant largement en tête dans les sports incriminés. La frappe de balle et les changements de direction étant, à n'en pas douter, des éléments déterminants.

Les troubles statiques et posturaux sont également à mettre en cause. Il n'est pas rare de retrouver une inégalité de longueur des membres inférieurs, une posture en hyper lordose avec horizontalisation du sacrum, un déséquilibre de force entre des abdominaux trop faibles et des adducteurs ou quadriceps trop puissants, un genu varum et une bascule du bassin.

L'intensité du travail physique est un élément non négligeable également, qu'il s'agisse d'une surcharge de travail et une récupération insuffisante ou au contraire un manque de préparation physique.

On pourra noter également, comme dans toute pathologie tendineuse ou musculaire, une hydratation insuffisante ou un déséquilibre alimentaire.

2. Examen clinique

L'inspection recherche les troubles statiques et posturaux précédemment cités.

L'interrogatoire fait préciser la zone algique afin d'orienter vers une forme de pubalgie (localisation exacte de la douleur, irradiation, mécanisme douloureux)

Le testing musculaire tente de reproduire la douleur par des exercices d'étirement, travail contre résistance, recherche des amplitudes.

L'examen du rachis et du bassin en cas de trouble statique est primordial, le bilan podologique est indispensable.

On terminera par un examen des orifices inguinaux à la recherche d'une douleur, d'une hernie, ou d'une déhiscence de l'orifice, test d'impulsivité à la toux (signe de Malgaigne), avec apparition d'une voussure au dessus de la ligne de Malgaigne, en dehors de l'orifice inguinal.

3. Examens complémentaires

On peut demander une radiographie du bassin de face, debout, pieds nus, jambes tendues, qui orientera vers une inégalité de longueur de membres inférieurs, la mesurera. On vérifie la symphyse pubienne à la recherche d'une lésion ostéo-articulaire.

On peut profiter de l'examen, pour faire un cliché du rachis lombaire, en fonction des constatations cliniques.

Une échographie peut aussi être demandé, afin d'étudier les muscles, les tendons et leurs insertions, à la recherche d'une lésion.

Les autres examens (Scanner, IRM, éventuellement scintigraphie osseuse) n'ont pas d'indication en première intention, mais peuvent être demandé, selon les cas, pour préciser le diagnostic ou adopter une conduite à tenir (chirurgie ?)

II- Prise en charge

1. Prise en charge immédiate sur le terrain

En cas de survenue aigue, on va suspecter une forme musculaire, touchant plus volontiers les adducteurs.

L'arrêt le plus précoce de l'activité sportive est recommandé, afin de ne pas aggraver les lésions. L'application de glace rapidement est systématique.

On peut proposer immédiatement un traitement de 3 jours par Anti inflammatoires, en cas de pathologie récidivante et ou récurrente.

2. Prise en charge à long terme

Les pubalgies sont des pathologies chroniques évoluant lentement. Le repos est indispensable pendant quelques temps, en fonction de l'évolution. On peut proposer au sportif une reprise de ses activités à la condition que sa douleur soit supportable et après un examen clinique rigoureux qu'il faudra renouveler régulièrement. On expose le sportif à un risque qu'il n'aggrave ses phénomènes inflammatoires, mais il arrive que ce dernier parvienne à pratiquer son activité sans trop de contrainte, autre que l'utilisation, par cure, d'AINS et de décontractants musculaires, et une rééducation régulière.

La rééducation est primordiale dans la prise en charge des pubalgies, quelque soient leurs formes.

Elle doit d'abord viser à rééquilibrer le sportif, corriger au mieux ses troubles posturaux, éventuellement avec l'aide de l'ostéopathe. Education posturale et renforcement musculaire abdominal (gainage, concentrique et excentrique) et dorsal. Renforcement excentrique des adducteurs par iso cinétisme et avec élastique.

Un travail myotensif et d'étirement de l'ensemble des muscles pubiens est à prévoir. Lutte contre les raideurs musculaires.

La rééducation est l'élément indispensable, avec le repos, dans la prise en charge des pubalgies, les AINS ne permettant que de passer quelques caps difficiles. Malgré tout, les pubalgies peuvent persister et un bilan complémentaire complet ainsi qu'un avis chirurgical peuvent être proposés, ainsi éventuellement que l'essai d'infiltrations de corticoïdes, selon les cas.

3. Chirurgie des pubalgies

La prise en charge chirurgicale des pubalgies se fera après échec du traitement médical et rééducatif, et se fera plus volontiers s'il existe une béance des orifices inguinaux. Dans ce cas, la simple prise en charge de la hernie inguinale peut être suffisante. Plusieurs techniques sont classiquement proposées : L'intervention de Nesovic, qui consiste à resserrer l'orifice inguinale par abord direct inguinal. Le chirurgien « rétrécit » l'orifice inguinal par plastie de la paroi abdominale. Cette technique permet de rétablir la fonctionnalité normale de la paroi abdominale.

Une autre technique consiste à apposer une plaque (en général en Prolène, matériel résorbable), afin de renforcer la paroi abdominale.

La technique de Nesovic présente l'avantage de restaurer la fonctionnalité de la zone inguinale et ne pas créer un simple « bouclier » abdominal.

Parfois, ces techniques sont associées à une plastie des adducteurs, où il est procédé une ténomie des adducteurs, permettant de réduire les tensions sur ces derniers sans empiéter leur fonctionnalité.

4. Prise en charge préventive

La prévention des pubalgies, passe par toute logique par la correction des facteurs favorisants décrits plus haut : La correction posturale est le premier élément à prendre en compte (bilan podologique avec port de semelles correctrices d'un pied creux, d'un genu varum ; bilan postural ; technique de posture ; de bonnes chaussures ; soins dentaires).

Il paraît ensuite nécessaire de remuscler la région abdominale (Oblique, transverse et droit antérieur), les adducteurs par un travail excentrique sur iso cinétisme, de la région dorsolombaire. La musculation se fera sous contrôle du kinésithérapeute, dans un premier temps, sous la forme de travail excentrique et concentrique, et bien sur de gainage.

Les étirements sont également indispensables, au niveau des adducteurs essentiellement, et doivent être fait quotidiennement, si possible avec le kinésithérapeute mais aussi en autonomie.

Le travail proprioceptif complètera le travail rééducatif, afin d'améliorer les appuis, esquiver les gestes « à risque », redonner confiance en ses appuis.

Ce travail rééducatif, proprioceptif doit être accompagné de période de repos, afin d'éviter le surentrainement, d'un sommeil suffisant, mais également d'une hydratation correcte et qualité et quantité.

III- Critères et conditions de reprise du sport

La reprise d'une activité sportive se fera de façon progressive sous contrôle médical en examinant régulièrement de sportif. Elle débutera par de la course à pieds à rythme progressif, jusqu'à du fractionné. Puis reprise d'appuis d'abord dans l'axe puis en changement de direction, puis un travail technique avec ballon, jonglage et passes courtes avant le jeu long et les frappes au but.

La reprise se fait tout en poursuivant les soins de rééducation, la proprioception, le renforcement de la ceinture abdominopelvienne et les étirements réguliers. Le sportif devra porter ses semelles correctrices.

Le risque de récurrence est assez élevé, cela constitue donc une période charnière délicate. Néanmoins, beaucoup de sportifs parviennent à mener une activité sportive normale malgré les douleurs. Le recours aux AINS peut permettre de passer certains caps difficiles.

Il convient de rester très prudent et vigilant tout au long de la reprise des activités sportives.

IV- Place du préparateur physique

Le préparateur physique aura la mission d'entretenir la condition physique du sportif blessé durant sa rééducation, sans risquer d'aggraver les lésions et sans entraver le déroulement des soins. Pour cela, il peut utiliser le vélo à bras, puis l'ergo cycle. La course à pieds dans l'axe peut être reprise assez rapidement, la sollicitation des adducteurs et des abdominaux étant modérée dans ce type d'activité.

Puis, après validation avec le kiné, il pourra se charger de la reprise d'appuis sur le terrain et un travail technique progressif en veillant à ne pas solliciter trop rapidement les adducteurs. Le travail pliométrique, très à risque dans les pubalgies, ne sera pratiqué qu'en fin de rééducation.

La coopération avec le kiné est indispensable de manière à ce que le sportif puisse poursuivre sa rééducation tout en reprenant un travail de remise en forme physique.

V- Place de l'Ostéopathe

L'ostéopathe est un acteur de santé incontournable dans la prise en charge des pubalgies. En effet, il a été vu que la correction posturale était une étape indispensable à la rééducation des pubalgies. L'ostéopathe devra faire un bilan initial, proposer un protocole de correction posturale, corriger les anomalies souvent à l'origine des pubalgies. Il suivra le sportif tout au long de son processus de soins de manière à l'accompagner vers une correction posturale adaptée à la reprise de ses activités sportives, et soulager les tensions et les souffrances rachidiennes parcourant l'évolution thérapeutique.

VI- Conclusion

A pathologie complexe, prise en charge complexe, tel pourrait se résumer les pubalgies.

Les origines multiples de ces pathologies nécessitent une prise en charge également multiple allant du médecin, au chirurgien, en passant par kiné, ostéopathe, posturologue, podologue, dentiste, éventuellement orthoptiste et enfin préparateur physique puis entraîneur.

Un réel travail d'équipe doit être réalisé à chaque étape afin de permettre au sportif souffrant de pubalgies de retrouver le terrain dans les meilleures conditions, en évitant les récives et en signalant rapidement la moindre douleur.

J'ai donc eu la chance de pouvoir être inclus au sein de ces protocoles dans lesquels le docteur Drouard m'a laissé une grande liberté d'action et une entière autonomie.

En effet, j'ai pu traiter les joueurs sans aucune restriction du moment que les protocoles étaient respectés et donc incorporer des techniques issues du DU d'ostéopathie sur le sport⁴ de haut niveau ainsi que des techniques tirées de mon enseignement⁵⁶⁷.

Nous pouvons prendre l'exemple de plusieurs techniques qui ont apporté beaucoup dans les plans de traitement.

Le but de l'ostéopathie étant d'aller dans les détails et de récupérer les paramètres mineurs (Ce sont des mouvements associés passifs et tout aussi indispensables à la réalisation du mouvement. Les paramètres mineurs gouvernent les paramètres majeurs.

Ils sont de faible amplitude. Comme dans toute mécanique, il existe un jeu dans les articulations et si celui-ci est trop important ou trop peu important, l'articulation a une moins bonne mobilité. Ces mouvements ne sont sous le contrôle d'aucun muscle. Les paramètres articulaires mineurs ont pour fonction d'absorber les contraintes au sein de l'articulation afin d'optimiser le mouvement majeur). La restriction de mobilité articulaire est la perte d'un de ces paramètres mineurs, c'est pourquoi l'ostéopathe donne de l'importance dans son traitement à regagner ces paramètres mineurs pour redonner une mobilité complète à l'articulation et lui permettre d'utiliser correctement ses paramètres majeurs.

C'est pourquoi, même s'il est à préciser qu'il n'y a aucune recette en ostéopathie, lors d'entorses de cheville (outre les techniques de rééquilibration du cuboïde, du naviculaire, de la sous astragalienne, des muscles stabilisateurs de la cheville, du pied, des propriocepteurs ligamentaires ainsi que du bassin), nous avons pu noter que la technique de François Thimjo sur l'articulation coxo fémorale (qui consiste à inférioriser la tête fémorale pour éviter des frottements trop importants avec le sourcil cotyloïdien) augmentait considérablement la sensation de confort des joueurs lors des exercices de courses et de changement d'appuis.

⁴ Techniques enseignées par Patrick Basset, François Thimjo, Raphaël Aubin, Jean-Marc Tenenhaus.

⁵ Manipulations viscérales : Tome 1 Jean-Pierre Barral, Pierre Mercier

⁶ Manipulation des nerfs périphériques : Jean Pierre Barral, Alain Croibier

⁷ Traité pratique d'ostéopathie structurale : Tome 1 : Bassin Rachis : Philippe Curtil, Gilles de Coux

De même, nous avons pu noter, lors des traitements de pubalgies que certaines techniques dont trois de Patrick Basset permettaient d'avoir une influence immédiate sur les douleurs ressenties par les joueurs.

Celle permettant de corriger une ascension de l'épine pubienne par rapport à l'autre ou l'inverse. Le patient est en decubitus dorsal pres du bord de la table côté à traiter. Si on veut abaisser une épine par rapport à l'autre, une main se pose sur l'épine iliaque supérieure contro-latérale avec le pouce sur le pubis afin d'avoir un contrôle et de ne pas dépasser l'amplitude de mouvement de l'iliaque à traiter. Mettre la jambe du côté à traiter en position neutre et la laisser « tomber » en dehors de la table par un mouvement d'abduction. Résister ensuite à la flexion de hanche du patient et gagner en extension de manière à abaisser l'épine par rapport à l'autre en travaillant sur la barrière motrice.

Celles permettant d'étirer le muscle iliaque ou le psoas iliaque ont , elles aussi été d'une grande efficacité.

La technique du muscle iliaque s'effectue patient en décubitus latéral, muscle à traiter vers le haut.

Empaumer le membre inférieur, bras sous la cuisse et face latérale de cheville, contre appui avec le pouce en regard du muscle iliaque. Le contre appui est ensuite perdu après la mise en tension en abduction/rotation externe. Se mettre ensuite en compression sur l'iliaque avec une main sur le sacrum et demander une abduction/rotation externe contre résistance et gagner à chaque fois sur la mise en tension au niveau de la barrière motrice.

La technique sur le psoas iliaque, toujours de Patrick Basset n'utilise pas de grand bras de levier ou de ponçage invasif. Le membre inférieur homolatérale du côté du psoas à traiter est en flexion de genou et de hanche plaquée contre le thorax du praticien. Le praticien place une main sur le corps musculaire du psoas et recline la caecum ou le sigmoïde selon qu'il se trouve à droite ou à gauche. De l'autre main il se place sur la partie la plus haute des insertions du muscle à travers tous les éléments viscéraux. Le praticien demande ensuite une extension contre résistance de la jambe et lors du relâchement, on gagne en mise en tension en tractant une main vers le haut et l'autre vers le bas.

Les résultats ont été probants et se sont ressentit tout de suite que ce soit au niveau de la posture ou de la douleur lors des courses, même au changement de direction.

Malheureusement, les résultats n'ont pas pu être évalués sur le moyen ou long terme et nous n'avons pu observer si la récurrence était évitée ou moins fréquente du fait de la fin de saison et de la durée du stage.

V- CONCLUSION

A travers ce compte rendu, nous pouvons nous apercevoir que j'ai eu la chance de participer à toutes les étapes de la préparation de l'entraînement, et des protocoles mis en place par le staff médical.

Nous avons pu nous rendre compte des moyens mis en place et des enjeux impliqués et donc du caractère d'urgence des soins et de la remise sur pied des joueurs, ceci, du aux échéances importantes et rapprochées.

Le staff médical m'a impliqué naturellement et totalement aux processus.

Nous avons tous travaillé de concert pour pouvoir donner un traitement de qualité aux joueurs et leur proposer les meilleures solutions possibles. Les kinés ont été très abordables et aucune rivalité de quelque sorte n'est apparue à aucun moment. Il m'était même demandé, très souvent, par les kinés eux même à chaque fin de traitement l'orientation ou les zones que je voulais qu'ils traitent. De mon côté je me suis fortement intéressé au travail des kinés et du médecin qui m'a tout fait partagé et a pris beaucoup de temps pour tout m'expliquer.

Les joueurs m'ont très bien accueilli aussi et m'ont témoigné très vite une grande confiance ce qui m'a mis dans de très bonnes conditions pour travailler. Tout cela nous permet de répondre à la question de départ, l'ostéopathe est très bien intégré dans le sport de haut niveau où il est devenu indispensable et réclamé. Cependant, il est victime de sa réputation car les kinés font tous des formations en ostéopathie ainsi que le médecin, c'est pourquoi on peut se demander si l'ostéopathe exclusif à un avenir au sein des structures de très haut niveau. En effet, en discutant avec les membres du staff, il m'a été expliqué qu'il y a avait de la méfiance vis-à-vis des ostéopathes exclusifs et qu'on leur préférerait en général des kinés-ostéopathes ou des médecins ostéopathes.

On peut donc se demander si les ostéopathes n'ont pas intérêt à se spécialiser ou à passer des diplômes comme le DU du sport pour légitimer leur pratique au sein de ces structures de haut niveau.

Bibliographie

Archives du Lille Olympique Sport Club.....	2
Wikipédia : http://fr.m.wikipedia.org/wiki/Electrotherapie	24
HAS : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/isocinsynth.pdf	26
Techniques enseignées par Patrick Basset, François Thimjo, Raphaël Aubin, Jean-Marc Tenenhaus.....	50
Manipulation des nerfs périphériques : Jean Pierre Barral, Alain Croibier.....	50
Traité pratique d'ostéopathie structurelle : Tome 1 : Bassin Rachis : Philippe Curtil, Gilles de Coux.....	50