

DIXIEME ANNEE

LES

CAHIERS

SCIENTIFIQUES

D'ÉDUCATION PHYSIQUE

JUIN - SEPTEMBRE 1971

LES CAHIERS SCIENTIFIQUES *d'Education Physique*

ORGANE TRIMESTRIEL DE LA SOCIÉTÉ DES PROFESSEURS D'ÉDUCATION PHYSIQUE - MÉDECINS

S O M M A I R E

Les enseignements d'une enquête sur les accidents du rugby
par le Docteur André ALLEMANDOU.

La relaxation chez l'enfant

Compte rendu des débats qui ont suivi la présentation du
film du Docteur H. WINTREBERT et de I. DEMCSAK KELEN.

Sommaires des articles parus dans les *Cahiers scientifiques d'éducation physique*
depuis leur création en 1961-1962.

LA SOCIÉTÉ DES PROFESSEURS D'ÉDUCATION PHYSIQUE MÉDECINS
A DÉCIDÉ DE CESSER LA PUBLICATION DES
« CAHIERS SCIENTIFIQUES DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE »

Ceux de nos lecteurs qui voudraient compléter leur collection
trouveront ici même la liste des sommaires de tous les numéros parus,
avec mention des numéros épuisés et disponibles.

Ils voudront bien s'adresser au

Docteur ALLEMANDOU
45, avenue de Sceaux

78 - VERSAILLES.

et faire leur versement au

C.C.P. 131-67 - Bordeaux
de la Société des Professeurs d'E. P. Médecins.

(Prix du numéro : 4 F ; pour l'étranger : 4,50 F).



Nous rappelons aux lecteurs français et étrangers ayant souscrit
leur abonnement dans le courant de l'année 1971, qu'ils ont reçu,
conformément aux directives mentionnées sur chaque exemplaire des
« Cahiers », le premier numéro de cet abonnement intitulé : Dixième
année. Décembre 1970.

En conséquence, l'exemplaire ci-contre, intitulé : Dixième année.
Juin-septembre 1971, constitue le troisième et dernier numéro de leur
abonnement.

Nous les prions et les remercions à l'avance de ne pas nous réclamer
de quatrième numéro au titre de cet abonnement.

LES ENSEIGNEMENTS D'UNE ENQUÊTE SUR LES ACCIDENTS DU RUGBY

par le Docteur André ALLEMANDOU

Depuis fort longtemps, les accidents du rugby ont donné lieu à maints travaux et publications, sans que l'aspect statistique de ce problème ait jamais pu être abordé de façon décisive. Il ne pouvait en être autrement tant que les joueurs avaient entière liberté pour s'assurer de leurs risques sportifs auprès de l'organisme de leur choix.

Cette situation s'est radicalement transformée depuis 1968, année qui a connu l'instauration de la « licence-assurance » pour les joueurs du secteur civil. En effet, par cette innovation, tout joueur dépendant de la Fédération Française de Rugby (F.F.R.), en même temps qu'il signe ou renouvelle sa licence sportive, souscrit automatiquement un contrat d'assurance auprès d'une unique compagnie : en l'occurrence le Groupe des Assurances Générales (G.A.N.).

L'accès aux dossiers de déclaration d'accident nous ayant été aimablement accordé (1), il a été possible de nous livrer à une enquête portant sur la quasi-totalité des cas survenus au cours de la saison entière 1968-1969 (début août 1968 à fin juin 1969) sur l'ensemble des joueurs de tous âges des différentes divisions de jeu.

Pour la petite histoire du mouvement sportif en France, il n'est pas mauvais de signaler que c'est la première fois dans notre pays qu'une telle enquête a pu être conduite.

Cette réalisation nous tenait à cœur, parce qu'il était irritant pour un éducateur-médecin sportif, participant à de multiples commissions pédagogiques et médicales portant sur le rugby, de ne pouvoir s'appuyer sur des arguments précis dans les différents problèmes en discussion faisant intervenir la traumatologie du jeu. Qu'il s'agisse de prévention ou d'extension de la compétition officielle, dans les catégories de jeunes sujets par exemple, il manquait cet instrument de référence que nous nous sommes efforcé de forger.

Certaines données fournies par les dossiers ont présenté des lacunes. Malgré cela, nous pensons que les informations recueillies méritent d'être présentées aux éducateurs sportifs, lecteurs des *Cahiers*, et que les futurs professeurs ayant choisi l'option rugby dans leurs études pourront également tirer quelque parti de ce travail.

Avant d'exposer les résultats généraux de l'enquête, nous ferons part de quelques considérations sur la notion de risque sportif.

S'il est bien connu que cette notion n'effleure jamais la conscience des pratiquants, il n'en va pas de même chez leurs parents. Nous avons vécu une bonne part de notre carrière, où il nous a été très difficile de rassembler quinze joueurs licenciés pour participer aux compétitions de l'A.S.S.U. Et pourtant, de toutes les séances d'apprentissage sportif, celles consacrées au rugby connaissaient le meilleur succès, même dans la région parisienne où chacun sait que ce sport n'occupe pas une position privilégiée.

Combien de fois avons-nous entendu cette réponse : « Mon fils poursuit des études. Je ne tiens pas à ce qu'il prenne un mauvais coup au rugby. J'aime mieux qu'il pratique un autre sport ». Et, pendant de longues années, il a fallu user de subterfuges — pas toujours réguliers, nous l'avouons — « raccoler » de-ci de-là un basketteur, un footballeur, un handballeur en mal d'équipe pour ne pas laisser inactifs une poignée de convaincus.

La propagande télévisée de ces dernières années est venue modifier cette situation. Par un phéno-

(1) Nous tenons à exprimer nos remerciements à MM. les Administrateurs du G.A.N. qui nous ont permis et facilité notre tâche.

mène que nous laisserons analyser par les psychosociologues, les préventions familiales vis-à-vis du rugby se sont nettement atténuées. Nous serions tenté de dire que, d'une position extrême, on est passé à une autre diamétralement opposée, au point qu'à l'heure actuelle, les données du problème esquissées plus haut se sont nettement déplacées vers celles du nombre insuffisant de terrains de jeux et d'éducateurs !

Qui plus est, on vient récemment d'introduire, dans le secteur scolaire, la compétition officielle dans le rugby des minimes et benjamins, qui n'avait sans doute pas besoin de ce surcroît d'attention pour rester « éducatif », tandis que se développent les « tournois » interclasses réservés en général aux élèves plus âgés.

La conjonction de ces divers éléments ne va pas manquer d'avoir des répercussions sensibles sur le taux d'accidentabilité du rugby. Nous pensons, en définitive — compte tenu de ce qui vient d'être dit — que les éducateurs sportifs seront obligés, devant l'afflux des pratiquants et parfois des conditions plus ou moins précaires de leur préparation, de se préoccuper d'une manière plus étroite des problèmes inhérents au risque sportif du rugby.

DONNÉES GÉNÉRALES

Au cours de la saison 1968-1969, le nombre de joueurs titulaires d'une licence-assurance s'est élevé à :

75.338.

La répartition d'âge de ces joueurs a été la suivante :

Seniors	33.914 (46 % de l'ensemble)	
Juniors A et B	22.906 (30 %)	»
Cadets, minimes, Benjamins	18.518 (24 %)	»

Il faut noter que la création de la licence-assurance a permis de connaître le nombre exact de pratiquants.

On peut être frappé par le nombre relativement réduit de « seniors » qui, sur le plan international, fournit une élite d'un niveau plus qu'honorable. Ce fait explique la large contribution demandée aux juniors A, surtout pour les matches de championnat seniors, avec une répercussion sur l'augmentation de fréquence des accidents dans cette dernière catégorie d'âge.

*

**

Le nombre des accidents imputables au jeu s'est élevé à :

11.349.

Ce chiffre englobe un certain nombre de cas que nous n'avons pu retenir pour l'enquête, attendu que nous n'avons pas eu connaissance de leur dossier. Ceci provient du fait qu'à l'intérieur de l'important service F.F.R. du G.A.N., existe en permanence une circulation de dossiers.

Parmi eux, certains doivent se rapporter à des accidents non imputables au jeu lui-même.

Ces raisons font que nous n'avons pu déterminer que d'une manière approchée le taux de morbidité. Ce taux est très proche de :

15 %.

Ce taux est — à peu de choses près — identique à ceux tirés d'échantillons réduits de joueurs assurés par la Mutuelle Nationale des Sports (M.N.S.) entre les années 1965 et 1967, calculés récemment par les Docteurs Annie Favreau et Robert Valton.

La comparaison de ce taux de morbidité avec ceux des autres activités sportives pratiquées couramment en France et déterminés par les mêmes auteurs, montre qu'il est le plus élevé.

On peut donc dire (en arrondissant les chiffres) qu'UN joueur sur SEPT a été accidenté au cours de la saison sportive 1968-1969 du fait du jeu.

TAUX DE MORTALITÉ

Si l'on excepte les décès de joueurs consécutifs à des accidents de parcours, il n'y a eu à déplorer, en 1968-1969, qu'un cas de mort imputable au jeu.

Le taux de mortalité a donc été de : 0,0013 %.

D'après les renseignements fournis par le G.A.N., depuis la saison 1968-1969, il apparaît que le taux de mortalité du rugby — sans être jamais très élevé — subit tout de même des variations, relativement plus marquées que le taux de morbidité. C'est ainsi qu'en 1969-1970, il a été de 0,006 %.

Contrairement à une opinion très répandue, il s'avère que le taux de mortalité du rugby est un des plus faibles parmi ceux des différentes spécialités sportives pratiquées dans notre pays.

Le nombre de fois qu'un joueur s'expose au risque sportif au cours d'une saison est très difficile à établir. Il varie beaucoup selon l'âge et le niveau de jeu. En tenant compte des séances d'entraînement, du nombre des matches de championnat et de divers autres éléments (division de jeu, âge) on peut lui attribuer la valeur moyenne de 40. Considéré sous cet angle, le taux de morbidité pour 1968-1969 est de 1 accident pour 265 présences sur le terrain de jeu ou d'entraînement.

LES ACCIDENTS RETENUS POUR L'ENQUÊTE

Leur nombre s'est élevé à : 10.524.

Il a fallu, en effet, exclure des 11.349 dossiers enregistrés par le G.A.N. les accidents d'arbitres (27), de dirigeants et d'entraîneurs (16), de parcours (17), par agression de spectateurs (5), les dégâts matériels (3), les cas ininterprétables par dossiers incomplets [surtout absence de certificat médical] (40) et, enfin, les cas des dossiers dont nous n'avons pu avoir communication (785) pour les raisons signalées plus haut.

LES ACCIDENTS D'ENTRAÎNEMENT

Il en a été relevé 1.309. Ils représentent donc 12,43 % de l'ensemble des accidents.

Qu'un accident sur huit se produise lors de séances d'entraînement donne à penser que bon nombre de joueurs ne possèdent pas la condition physique voulue pour supporter sans dommage l'intensité de travail qu'atteignent ces séances et l'engagement physique qu'elles imposent.

On peut également se demander si l'éclairage électrique, de plus en plus utilisé pour l'entraînement nocturne, ne joue pas un rôle dans la survenue de ces accidents. Nous n'avons aucun élément qui nous permette d'apprécier ce rôle.

Quoi qu'il en soit, leur nombre élevé s'explique sans doute par le manque d'homogénéité de la condition physique des groupes de travail et des difficultés pratiques de « personnalisation » et de « dosage » de l'entraînement auxquelles se heurtent quantité d'éducateurs.

LES MATCHES DE PRÉPARATION

Nous désignons par ce terme les rencontres qui sont disputées en août et septembre. Il s'agit, le plus souvent, de matches amicaux mais aussi de matches comptant pour des challenges officiels.

RÉPARTITION DES ACCIDENTS PAR CATÉGORIES D'ÂGE

Cette répartition est la suivante :

Seniors	6.515, soit	61,88 %	de l'ensemble des accidents
Juniors A	1.727	16,41 %	»
Juniors B	1.555	14,87 %	»
Cadets	590	5,60 %	»
Minimes	100	0,95 %	»
Benjamins	39	0,37 %	»

D'après les effectifs globaux de ces différentes catégories d'âge, on voit que :

1 senior sur 5,2,

1 junior A ou B sur 7,

1 joueur des 3 catégories de jeunes sur 25 ont été victimes d'un accident.

Les pourcentages d'atteinte augmentent donc avec l'âge des joueurs.

Le décompte des accidents par division a été le suivant :

Première division	2.232, soit	21,20 %	de l'ensemble des accidents
Deuxième division	1.228	11,66 %	»
Troisième division	993	9,43 %	»
Honneur	2.391	22,71 %	»
Séries inférieures	3.681	34,97 %	»

Comme il n'a pas été possible de connaître les effectifs de chacune de ces divisions, nous n'avons pu déterminer les pourcentages d'atteinte pour chacune d'elles. Il est regrettable que nous ne disposions pas de cet élément qui aurait permis d'ap-

précier exactement l'influence du niveau de jeu sur la fréquence des accidents.

Nous ne pouvons ici donner le détail des atteintes par club dans chaque division. Nous nous bornerons simplement de fournir les renseignements suivants :

Le moins que l'on puisse dire, c'est que ces rencontres s'accompagnent fréquemment d'une dépense d'énergie et d'une agressivité qui ne sont en rapport ni avec la condition physique des joueurs, ni avec l'importance de l'enjeu. D'autre part, les conditions atmosphériques de cette époque de l'année rendent les joueurs très vulnérables.

C'est ce qui explique que les accidents de cette période soient fréquents et souvent graves.

En première division, ils se sont élevés à 149, alors que le nombre des accidents survenus dans le championnat de France des équipes premières de cette division étalé sur près de 6 mois, a été de 324 (46 %) et, pour la deuxième division, à 93 pour 257 (35 %).

C'est au cours de cette période qu'est survenu le seul décès de l'enquête. Il s'agissait d'un joueur de vingt-trois ans, ancien international junior.

Ainsi que nous l'avons dit dans notre thèse, en 1955, la chaleur est l'ennemie du rugbyman et d'autant plus qu'il est en condition précaire. Le port de maillot et de bas légers, aérés, le recul de l'heure des rencontres, l'eau facile pour ablutions fréquentes, le remplacement des joueurs sont des mesures simples qui devraient rendre cette période moins meurtrière, s'il s'avère par ailleurs impossible de reculer le début des championnats dans leur forme actuelle d'organisation.

RÉPARTITION DES ACCIDENTS PAR DIVISIONS DE JEU

Les clubs affiliés à la F.F.R. sont répartis en cinq grandes divisions d'après les résultats obtenus en championnat par leur meilleure équipe : première division, deuxième division, troisième division, honneur et séries inférieures. Dans cette dernière division, existent des « séries » dont nous n'avons pas tenu compte.

Première division : 64 clubs. Moyenne d'accidents par club : 34,87 ; nombre d'accidents le plus faible : 10, le plus élevé : 170.

Deuxième division : 64 clubs. Moyenne d'accidents par club : 19,18 ; nombre d'accidents le plus faible : 4, le plus élevé : 51.

Troisième division : 80 clubs. Moyenne d'accidents par club : 12,41 ; nombre d'accidents le plus faible : 0, le plus élevé : 38.

Honneur : 227 clubs. Moyenne d'accidents par club : 10,53 ; nombre d'accidents le plus faible : 0, le plus élevé : 43.

Séries inférieures : 582 clubs. Moyenne d'accidents par club : 6,32 ; nombre d'accidents le plus faible : 1, le plus élevé : 38.

Le diagramme de répartition des accidents par club de première division montre que celui qui a présenté 170 cas constitue une exception, car les 5 clubs qui le précèdent ont un chiffre d'accidents compris entre 61 et 70.

Ces 170 cas concernent 90 seniors, 23 juniors A, 35 juniors B, 20 cadets, 1 minime et 1 benjamin. Quatorze se sont produits en période préparatoire, 51 à l'entraînement, 14 en matches amicaux, 78 en

championnat et challenges, tandis que la nature de l'activité n'a pas été précisée pour 13 d'entr'eux.

En fin de compte, rien ne permet d'expliquer valablement ce cas particulier, avec les seuls éléments dont nous avons disposé. Il faut tout de même noter que la « rudesse » de l'entraînement ne doit pas être étrangère à ce nombre élevé d'accidents, puisque 65 d'entr'eux, soit 38 %, se sont produits en phase préparatoire et en séances d'entraînement proprement dit. Il est à présumer que cette « rudesse » doit se retrouver dans le jeu de championnat.

Les éléments chiffrés qui précèdent montre que la moyenne arithmétique des accidents pas club augmente régulièrement des séries inférieures à la première division. Comme il est incontestable que le niveau de jeu croît — tout au moins en ce qui concerne les équipes premières — dans le même sens, il apparaît que ce facteur limitatif des accidents se trouve supplanté par l'accroissement de la puissance des joueurs, et surtout « l'esprit » avec lequel cette puissance s'exprime.

Nous retrouvons la même progression — à deux exceptions près — sur le nombre minimum et maximum des accidents présentés par les clubs des cinq divisions.

TABLEAU I
REPARTITION GENERALE DES ACCIDENTS SELON LES CATEGORIES D'AGE ET DE JEU

	SENIORS	JUNIORS A	JUNIORS B	CADETS	MINIMES	BENJAMINS	TOTAUX
1ère Div...	1217	435	367	174	27	12	2232
2ème Div...	734	188	199	86	16	05	1228
3ème Div...	619	146	164	54	07	03	993
Honneur	1512	376	353	125	21	04	2391
Séries Inf.	2429	584	473	151	29	15	3681
TOTAUX	6511	1729	1556	590	100	39	10525
% d'atteinte	61,86	16,42	14,78	5,60	0,95	0,37	100

Ce tableau, combinant la catégorie d'âge et la division de jeu, illustre d'une manière nette pour les trois premières divisions — dont les effectifs de joueurs ne doivent pas présenter de grosses différences numériques — le fait rapporté plus haut.

La fréquence des accidents croît de la troisième à la première division, pour toutes les catégories d'âge, des benjamins aux seniors.

Les différences de niveau de jeu et d'engagement physique ne se traduisent pas qu'à l'échelle des équipes premières des clubs de ces trois divisions, mais également à celle des équipes juniors, cadets, minimes.

RÉPARTITION DES ACCIDENTS SELON LEUR TOPOGRAPHIE ANATOMIQUE

Cette répartition a été établie de la manière suivante :

- Membre inférieur (épine iliaque antéro-supérieure, hanche et aine comprises) ;
- Membre supérieur (épaule, clavicule comprises) ;
- Tête ;
- Cou, tronc, bassin, organes génitaux.

A cet ensemble, s'ajoute une rubrique des « Manifestations pathologiques générales ».

En voici les résultats globaux :

Membre inférieur	4.186,	soit 39,77 %	de l'ensemble des accidents
Membre supérieur	2.987	28,38 %	» »
Tête	1.711	16,29 %	» »
Cou, bassin, tronc, org. génitaux.	1.620	15,39 %	» »
Manifestations générales	21	0,19 %	» »
	10.525	100	

Il apparaît que ce sont les parties les plus mobiles et les plus sollicitées qui sont le plus fréquemment atteintes.

Le membre inférieur, support et agent moteur de la masse corporelle, présente un pourcentage d'atteinte nettement plus élevé que ceux du membre supérieur et de la tête.

Ce tableau permet de mieux analyser les caractéristiques signalées dans les deux précédents paragraphes.

Dans les trois premières divisions, comparables sur le plan numérique de leurs effectifs, apparaît d'une façon nette la prééminence des accidents du membre inférieur sur ceux des autres segments corporels. A une exception près que cette prééminence se retrouve dans toutes les catégories d'âge.

Mais, phénomène encore plus général, l'augmentation de fréquence des atteintes des quatre grands secteurs corporels se manifeste de la troisième à la première division et ceci pour toutes les catégories d'âge.

La division d'honneur et les séries inférieures, dont les effectifs sont largement supérieurs à ceux des trois divisions de tête, présentent des chiffres d'atteintes dans tous les secteurs plus élevés que ceux des premières divisions. Pour elles, l'ordre de fréquence croissante des atteintes est : tronc, tête, membre supérieur et membre inférieur.

RÉPARTITION DES CAUSES DES ACCIDENTS

Cette rubrique du questionnaire des déclarations d'accident est incontestablement une des plus négligées par les correspondants locaux. Les renseignements fournis, par leur laconisme ou leur ambiguïté, n'ont pu être exploités dans un nombre élevé de cas.

Nous avons été obligé d'assimiler la phase de jeu, génératrice de l'accident, à sa cause réelle, toutes les fois que cette méprise a été commise par le rédacteur de la déclaration. Et c'est ce qui explique que, dans l'énumération qui suit, on trouve un assemblage hétérogène d'éléments de jeu à la place des véritables mécanismes producteurs des lésions.

Nous tenons à préciser que nous n'avons jamais modifié ou interprété les indications portées sur les déclarations. D'où l'importance numérique de la rubrique « Causes indéterminées ».

Il n'est pas possible dans le cadre de cette revue, de donner par le détail la répartition des causes des

accidents en fonction de l'âge et des divisions de jeu. Nous nous contenterons d'en fournir les résultats d'ensemble dans le tableau suivant (tabl. III).

Le placage et ses suites immédiates (chute principalement) représente l'élément de jeu qui a occasionné le plus grand nombre d'accidents : 37,15 % des causes motivées et 29,49 % de l'ensemble des accidents recensés.

Aux dernières Journées médicales organisées par la Fédération française de jeu à treize, ces chiffres ont frappé les techniciens de ce jeu. Ils n'ont pas l'impression que le placage, particulièrement fréquent dans le néo-rugby, y présente un tel pourcentage d'accidents.

Il est incontestable que si les joueurs de rugby prenaient le soin des treizistes à parfaire la technique et l'efficacité de cet élément essentiel du jeu, son taux d'accidentabilité s'amoinerait considérablement.

Il ne faudrait pas également qu'ils l'utilisent dans l'intention d'éliminer un adversaire et de se complaire dans la pratique du placage « à retardement ». Les directeurs de jeu devaient, à cet effet, expulser les joueurs qui transforment ce geste en action de pure agressivité.

Les renseignements fournis ne nous ont pas permis de faire le partage entre les accidents survenus chez le « plaqueur » et chez le « plaqué ». Il apparaît cependant que la plus forte proportion des accidents se rencontre chez ceux qui subissent le placage.

Nous n'avons pas ici à aborder le problème technique du placage. Nous nous contenterons de dire qu'il ne se réduit pas à l'apprentissage d'un geste, mais qu'il doit s'accompagner d'un conditionnement physique et du caractère hors duquel cet apprentissage ne reste qu'un savoir-faire inefficace et même dangereux. C'est malheureusement ce qui se produit trop souvent.

Les chocs et les chutes viennent assez loin derrière le placage, mais constituent cependant un ensemble important, responsable de près de 30 % des causes motivées d'accident. Il y a peu, nous avons entendu dire, dans une commission d'étude, par une personnalité officielle, que, somme toute, le rugby, privé de la mêlée chez les jeunes, n'offrirait guère de possibilité d'accident. L'examen des colonnes du tableau ci-contre, mieux qu'un long commentaire, suffira à tempérer une vision aussi optimiste de la réalité.

TABLEAU II
REPARTITION DES ACCIDENTS EN FONCTION DE LA CATEGORIE D'AGE DU NIVEAU DE JEU ET DE LA TOPOGRAPHIE ANATOMIQUE DE L'ATTEINTE

		SENIORS	JUNIORS A	JUNIORS B	CADETS	MINIMES	BENJAMINS	TOTAUX
MEMBRE INFERIEUR	1.D...	522	190	161	72	5	5	955
	2.D...	305	78	80	37	7	2	509
	3.D...	255	55	70	18	3	1	402
	HON...	569	154	147	44	8	0	922
	S.I...	905	231	195	59	8	6	1404
TOTAUX		2556	708	653	230	31	14	4192
MEMBRE SUPERIEUR	1.D...	291	128	111	49	15	1	595
	2.D...	185	56	69	23	7	2	342
	3.D...	154	49	44	24	3	1	275
	HON...	416	115	117	53	10	1	712
	S.I...	662	187	146	47	17	4	1063
TOTAUX		1708	535	487	196	52	9	2987
TETE	1.D...	199	68	51	25	5	4	352
	2.D...	119	25	26	12	2	0	184
	3.D...	92	20	31	8	1	0	152
	HON...	268	58	49	16	2	3	396
	S.I...	428	101	68	25	2	3	627
TOTAUX		1106	272	225	86	12	10	1711
COU TRONC BASSIN ORG. GEN.	1.D...	201	48	44	27	2	2	324
	2.D...	124	27	23	14	0	1	189
	3.D...	117	22	19	4	0	1	163
	HON...	258	48	40	12	1	0	359
	S.I...	432	65	64	20	2	2	585
TOTAUX		1132	210	190	77	5	6	1620
MANIFESTATIONS GENERALES	1.D...	4	1		1			6
	2.D...	1	2	1				4
	3.D...	1						1
	HON...	1	1					2
	S.I...	2	0	0				2
TOTAUX		9	4	1	1			15
TOTAUX GENERAUX		6511	1729	1556	590	100	39	10525

T A B L E A U I I I

	MEMBRE INFERIEUR				MEMBRE SUPERIEUR				TETE				COU - TRONC - BASSIN - ORG. GEN.				MANIFESTATIONS GENERALES				TOTAUX					
	S	J.A	J.B	C	S	J.A	J.B	C	S	J.A	J.B	C	S	J.A	J.B	C	S	J.A	J.B	C		M	B			
PLACAGE	683	209	193	56	12	3			4	16			2	3	2	4		66	53	26				2	3103	
CHOC	250	77	68	23	2	2	1	2	4	12	2	2	2	3	1	1	2	304	30	8			1	1	1281	
CHUTES	275	81	70	25	2	2	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1	1	144	16	7			2	2	1176	
MELES	202	56	41	23	4	2	2	3	3	14	3	3	5	2	2	1	2	65	16	15			1	1	1065	
COUPS DIVERS	104	25	34	10						11	3	1						252	41	3					555	
COUPS DE PIED	139	25	45	9	1	1	1		1	7								65	15	6				3	485	
COURSE	215	45	37	7	2	2												41	6	2					327	
PORTE A FAUX	30	6	10	2	1				2									15	1	3					54	
TOUCHE	25	2	3	1					6									3	1	1					50	
GLISSADE	20	4	4	3					1	1								2	1	1					48	
ECRASEMENT	14								1					1				3							43	
RECEPTION DE BALLE	1	1																							25	
SUR ACTION DE MARQUER	6	4	1						1	3	1							1	1	1					34	
SUR RAMASSAGE DE BALLE	1								12	2	3	5	1					2	2	2					25	
POTEUX	4	1	1						17	5	1							1	1	1					15	
SUR ACTION DE BOTTER	4	4	5						4										1	1						14
DRIBBLING	8	2	1						4										1	1						12
REPULSION (RAFFUT)																										11
TERRAIN	7																									10
CHOC DU BALLON																										9
MANCHETTES																			3	2	1					7
TALONNAGE																			2	1						2
DOIGT DANS L'OEIL																										2
CHAUSSURES																										2
EFFORT DE PORTER	1																		1							1
CAUSES INDETERMINEES	569	161	144	68	7	4	4	320	107	89	36	14	198	54	45	20	3	227	34	44	11	1	2	7	2170	
TOTAUX	2558	705	658	227	31	13	1707	538	484	199	36	14	1106	272	225	86	12	1132	210	191	76	5	6	9	10525	

S : Senior ; J. A : Junior A ; J. B : Junior B ; C : Cadet ; M : Minimie ; B : Benjamin.

Le terme « mêlée » englobe un important contingent d'accidents (plus de 12 %) dont on ne peut que soupçonner les origines diverses : coups, écrasements, porte-à-faux, torsions, parfois même dislocations, et qui ne manquent pas de se produire dans les mêlées ordonnées ou spontanées. Ainsi qu'on le verra plus loin, les lésions parmi les plus graves de notre enquête ont eu pour origine les contraintes anormales subies par le rachis au cours d'effondrements de mêlée.

Dans les coups divers, nous avons groupé les coups portés avec la tête, le coude, le genou et parfois même... le poing !

Avec les « coups de pied », qui s'accompagnent très souvent de plaies, voire de fractures, nous entrons dans une catégorie d'accidents dus pour la plupart au manque d'éducation sportive ou d'éducation tout court. Un arbitrage plus strict et des crampons dont l'armature métallique devrait être noyée dans un revêtement plastique réduiraient certainement les gestes inconsidérés de certains joueurs et leurs répercussions traumatologiques.

Nous avons noté des plaies de 8 cm à la face et de 12 cm au genou !

Nous terminerons ce paragraphe en remarquant que les accidents dus aux terrains, aux bordures, aux poteaux de but ou de coin ne présentent pas une fréquence élevée et ceci est une indication de valeur pour l'institution d'une politique appropriée de prévention des accidents. Nous pensons que les lecteurs de cet article auront déjà senti qu'une véritable prévention se situe plus au niveau de la formation physique, technique et morale des joueurs.

RÉPARTITION CHRONOLOGIQUE DES ACCIDENTS AU COURS DE LA SAISON SPORTIVE 1968-1969 DANS LES CINQ DIVISIONS DE JEU (tableau IV)

Le fait que le sommet de la courbe des fréquences mensuelles d'accident se situe au mois d'octobre, c'est-à-dire au début des compétitions officielles de championnat, permet de dire que les joueurs ne possèdent pas une préparation physique suffisante pour affronter ces championnats.

On peut même affirmer, en suivant les différents points de cette courbe, qu'il faut attendre le début des rencontres « retour » de championnat pour que la condition physique atteigne son niveau optimal et voir la pente des accidents présenter une nette décroissance.

Ces particularités n'apparaîtront pas comme des nouveautés aux yeux des spécialistes du rugby. Elles ont tout de même le mérite d'être confirmées d'une manière concrète et objective par leurs conséquences directes.

Dans toutes les divisions, il est remarquable de constater que le mois de mars présente une remontée de la courbe qui, dans l'ensemble, déclinait régulièrement depuis janvier. Nous pensons plausible d'attribuer cette aberrance au fait qu'à la période pascale — toutes les équipes, et surtout les éliminées du championnat — après avoir connu un relâchement relatif, participent activement aux rencontres amicales et plus ou moins folkloriques de cette période.

Au mois de juin, il serait sans doute préférable d'interdire le rugby, même sous forme d'entraînement, et de conseiller plutôt la pratique de l'athlétisme ou de toute autre activité d'entretien.

TABLEAU IV

RÉPARTITION CHRONOLOGIQUE DES ACCIDENTS AU COURS DE LA SAISON SPORTIVE 68-69 DANS LES CINQ DIVISIONS DE JEU

	AOUT SEPT. 68	OCTOBRE 68	NOV. 68	DEC. 68	JANV. 69	FEVR. 69	MARS 69	AVRIL 69	MAI 69	JUIN 69	DATE NON PRÉCISE	TOTAUX
	CHAMPIONNAT DE FRANCE											
	MATCHES "ALLER"			MATCHES "RETOUR"			MATCHES ELIMINATOIRES					
1.D	194	315	292	347	318	232	269	159	90	13	3	2232
2.D	116	177	193	206	167	137	142	61	21	5	3	1228
3.D	90	169	180	155	130	82	108	52	26	1		993
HON.	187	435	363	378	317	226	257	136	75	17		2391
S.I.	267	703	541	480	504	364	473	219	107	23		3681
TOTAUX ..	854	1799	1569	1566	1436	1041	1249	627	319	59	6	10525

INFLUENCE DU CHAMPIONNAT SUR LA FRÉQUENCE DES ACCIDENTS

Nous ne confronterons ici que les données des trois premières divisions et celles des séries inférieures, c'est-à-dire les niveaux opposés de jeu.

Pour les 224 matches aller, nous avons noté :

Première division	153 seniors, 24 juniors A, 5 juniors B	= 182
Deuxième division	107 » 15 » 3 » 1 cadet	= 126
Troisième division		= 116

Pour les 224 matches retour :

Première division	87 » 18 » 3 »	= 118
Deuxième division	90 » 17 » 4 »	= 111
Troisième division		= 105

Pour les 32 matches des phases finales de chaque division :

Première division	25 seniors, 7 juniors A, 1 junior B, 1 cadet	= 34
Deuxième division	13 » 4 » » 3 »	= 20
Troisième division		= 18

Les 324 accidents imputables au championnat de France des équipes premières de première division représentent 14,5 % de l'ensemble des accidents de cette division ; les 257 de deuxième division, 20 % de l'ensemble de cette division, et les 232 de troisième division, 23,3 %.

Pour les séries inférieures, les matches de championnat de France ont totalisé :

1.042 seniors (aller et retour) et 22 en phases finales	= 1.064	} 1.129
37 juniors A » » 1 » »	= 38	
25 juniors B » » 2 » »	= 27	

Ces 1.129 cas représentent 30,6 % de l'ensemble des accidents survenus dans les séries inférieures.

Il apparaît donc qu'en ce qui concerne les équipes premières, le pourcentage des accidents augmente avec la régression du niveau de jeu.

Ce fait semble contredire ce que nous avançons dans un précédent paragraphe.

La contradiction n'est qu'apparente. Il suffit, pour la lever, de fournir les chiffres suivants : alors que le nombre des accidents dus au championnat de France de première division est de 324, celui des matches préparatoires de 149, celui de l'ensemble des autres rencontres s'élève à 1.289 !

Cela signifie, d'une part, que le niveau des équipes de tous âges qui gravitent autour des équipes fanions ne sont pas toujours d'un niveau élevé et, d'autre part, qu'elles manifestent sur le terrain une vitalité supérieure à celle de leurs homologues des clubs modestes par de bien meilleures conditions d'entraînement et par un « esprit de club » plus développé.

En réalité, pour discerner à sa juste valeur le rôle du championnat dans la traumatologie du rugby, il n'aurait fallu comparer que les accidents survenus dans cette compétition au niveau des équipes premières des cinq divisions. Nous n'avons pu nous livrer à ce travail.

RÉPARTITION DES ACCIDENTS EN FONCTION DE LEUR NATURE DANS LES DIFFÉRENTES DIVISIONS

1. MEMBRE INFÉRIEUR (tabl. V) :

— Atteintes articulaires	2.203 : 52,5 % des accidents du membre inférieur
	20,9 % de l'ensemble des accidents
DONT GENOU	1.154 : 27,5 % et près de 10 %
COU-DE-PIED	985 : 23,7 % et 9,3 %

Il faut remarquer que le rugby — malgré son caractère traumatisant — ne recule pas à utiliser, même en première division, des jeunes joueurs en championnat.

De ce point de vue, nous pensons qu'il tient une place à part dans l'ensemble des autres sports collectifs de balle.

COTÉ DE L'ATTEINTE PAR RAPPORT A L'AXE DU CORPS

Dans les atteintes qui peuvent se produire à droite ou à gauche de cet axe, nous avons relevé des chiffres très peu différents en ce qui concerne les secteurs anatomiques du membre supérieur, du membre inférieur et de la tête. La seule différence qui possède peut-être une signification (à rechercher par la méthode statistique) est celle que nous avons rencontrée pour les contusions thoraciques, plus fréquentes à gauche qu'à droite.

Comme la place du joueur dans l'équipe n'est pas mentionnée sur les déclarations d'accident — lacune que nous espérons voir combler sous peu — il n'est pas possible d'entrevoir les rapports qui peuvent exister éventuellement entre le côté de l'atteinte et la place de jeu. Il serait également intéressant de connaître le type de latéralisation pour approfondir nos connaissances sur ce problème.

TABLEAU V

REPARTITION DES ACCIDENTS DU MEMBRE INFERIEUR PAR DIVISIONS DE JEU

	1ère DIVISION	2ème DIVISION	3ème DIVISION	HONNEUR	SERIES INFERIEURES	TOTAUX
CONTUSION - HEMATOME - FRACTURE DE L'E.I.A.S.	5	10	3	9	8	35
CONTUSION - ELONGATION DE L'AINE	1	2		1	7	13
CONTUSION - HEMATOME DE LA HANCHE		1				1
PERFARTHRITE DE LA HANCHE	1					1
TOTAL						50
ELONGATION - DECHIRURE MUSCULAIRE CUISSE	141	50	45	71	104	411
CONTUSION - ECRASEMENT - HEMATOME CUISSE	83	46	34	86	105	354
CONTRACTURE - TENDINITE DE LA CUISSE	2	4		4	5	15
PLAIE DE LA CUISSE	1	1			5	7
HEMATOME ENKYTE DE LA CUISSE	2			1		3
TOTAL						790
ENTORSE DU GENOU	156	105	68	149	253	731
LUXATION DU GENOU	2			2	3	7
CONTUSION - HEMATOME DU GENOU	65	37	21	68	88	279
EPANCHEMENT DU GENOU AVEC OU SANS ENTORSE	64	24	25	61	112	286
LESIONS MENISCALES	23	16	11	28	31	109
PLAIES DU GENOU	8	7	5	12	27	59
GONALGIES	5				1	6
CORPS ETRANGER DANS LE GENOU				1		1
LESIONS PERIOSTEEES DES CONDYLES FEMORAUX		1		1		2
FRACTURE DE ROTULE	2	2	2		3	9
LUXATION DE ROTULE	1	1			2	4
RUPTURE DES AILERONS ROTULIENS		2	2		1	5
TOTAL						1498
ELONGATION - DECHIRURE MUSCULAIRE DE JAMBE	16	13		24	32	85
CONTUSION - ECRASEMENT - HEMATOME DE JAMBE	38	18		35	45	71
CONTRACTURE DE JAMBE	1					1
MYOSITE DE JAMBE					1	1
PLAIES DE JAMBE	14	11	4	12	38	79
ENTORSE PERONEO-TIBIALE SUPERIEURE	1				1	2
FRACTURE DU TIBIA	13	6	4	11	15	49
FRACTURE DU PERONE	20	14	10	27	29	100
FRACTURE DES DEUX OS DE LA JAMBE	2	1	7	3	6	19
CONTUSION AVEC COMPLICATIONS VASCULAIRES	1			1	1	3
TOTAL						410
ENTORSES TIBIO-TARSIENNES	191	85	83	181	304	844
LUXATIONS TIBIO-TARSIENNES		2	1		3	5
FRACTURES TIBIO-TARSIENNES	18	12	13	38	44	125
ENTORSE ASTRAGALO-CALCANENNE					1	1
ENT. TIBIO-TARSIENNE + FRACT. 5e METATARSIE		1				1
FRACTURE + LUXATION TIBIO-TARSIENNE		1		2	2	5
FRACTURE ASTRAGALE	2				2	4
CONTUSION TIBIO-TARSIENNE	17	11	4	21	31	84
PLAIE TIBIO-TARSIENNE	1	1		2	1	5
TOTAL						1074
CONTUSION - HEMATOME PIED	11	8	9	14	22	64
ENT. MEDIO-TARSIENNE	8	4	2	8	16	38
ENTORSE DE LISFRANC				1	1	2
FRACTURE DU METATARSE	2		2		2	6
CONTUSION TALON - TALALGIE - CONTUSION TENDON D'ACHILLE	5	2	1	7	6	21
RUPTURE TOTALE - PARTIELLE DU TENDON D'ACHILLE	1	2	1	2		6
AMPOULE DU PIED	1					1
INDURATION METATARSE		1				1
PLAIE DU PIED				3	3	6
TOTAL						145
CONTUSION - ECRASEMENT ORTEILS	1	2		5	5	13
ENTORSE INTERPHALANG. ORTEILS	5		1	3	3	12
ENTORSE METATARSOPHALANG. ORTEILS	3	1			4	8
LUXATION INTERPHALANG. ORTEILS	1					1
LUXATION METATARSOPHALANG. ORTEILS			1	1		2
FRACTURES DES ORTEILS	5		3	5	1	14
PLAIES DES ORTEILS	2				1	3
PANARIS DES ORTEILS	1					1
TOTAL						54
TOTAUX	955	509	402	922	1404	4192

— Atteintes musculo-tendineuses 1.331 : 31,7 % des accidents du membre inférieur
12,6 % de l'ensemble des accidents.

— Atteintes osseuses :

FRACTURES 331 : 7,9 % des accidents du membre inférieur
24,1 % de toutes les fractures de l'enquête.

302 : soit 91 %, intéressent uniquement la cheville et les deux os de la jambe.

Sur 125 fractures tibio-tarsiennes, il a été possible d'avoir des détails sur les lésions de 119 d'entre elles :

70 fractures de la malléole péronière dont 17 avec diastasis

15 » » tibiale

13 » bimalléolaires dont 4 avec luxation

1 avec fracture du tiers inférieur du péroné

1 avec fracture du cinquième métatarsien

14 » marginales postérieures du tibia

4 » de l'astragale

1 » marginale antérieure tibiale + entorse tibio-tarsienne

2 » du pilon tibial.

Le tableau montre que les elongations, déchirures musculaires et claquages de la cuisse (411) et de la jambe (85) sont plus nombreux que les contusions, écrasements musculaires par chocs et coups directs reçus par ces mêmes segments (354 et 71). Il est probable qu'une bonne préparation physique générale — surtout chez les joueurs adultes — devrait permettre d'abaisser dans de sérieuses proportions le nombre des ruptures partielles ou totales des fibres de la musculature du membre inférieur. De même, les joueurs présentant de simples elongations musculaires ne devraient pas les transformer en claquages en reprenant prématurément leur place dans l'équipe. Les faits montrent qu'une véritable pathologie musculaire s'installe chez beaucoup d'entre eux pour ne pas tenir compte de ces précautions élémentaires.

Il en est de même pour les atteintes tendineuses et particulièrement celles du tendon d'Achille. Il est rare, en effet, que, chez les sujets jeunes, ces ruptures quasi totales — qui peuvent écarter définitivement du sport de compétition — ne soient pas annoncées par de petits signes prémonitoires.

Nous disions plus haut que les accidents dus aux irrégularités de terrain, aux poteaux, étaient souvent plus spectaculaires que fréquents. Ils pourraient l'être encore moins si le manque de champs de jeu n'obligeait pas souvent à utiliser de véritables terrains vagues sur lesquels peuvent, par exemple, se trouver des tiges de fer « ayant percé de part en part la chaussure et le pied du joueur » ! ou de vulgaires pierres provoquant « une plaie de 6 cm du genou » !

Le nombre particulièrement élevé des lésions articulaires du membre inférieur constitue sans conteste une des caractéristiques du rugby. Les particularités anatomiques du genou permettent de com-

prendre que les fréquentes contraintes latérales qui s'exercent à son niveau se traduisent par des lésions ligamentaires plus ou moins graves mais qui atteignent plus particulièrement la face interne de l'articulation.

Ces entorses s'accompagnent fréquemment d'épanchements synovial ou séro-sanguinolent et de lésions des ménisques qui, à plus ou moins long terme, imposent leur ablation.

Il faut enfin expliquer le nombre important de contusions et de plaies de cette articulation par sa situation à mi-hauteur entre pied et hanche et sa position avancée dans tous les mouvements de locomotion. C'est, en effet, elle que rencontre le plus souvent dans sa trajectoire, la chaussure agressive de l'adversaire.

Bien que de conformation anatomique différente, l'articulation tibio-tarsienne subit également les mêmes contraintes latérales tout en supportant tout ou partie du poids du corps. Ce sont les ligaments externes qui, chez elle, sont le plus fréquemment lésés. Mais il n'est pas rare que les internes le soient simultanément et cette éventualité s'accompagne de complications telles la bascule de l'astragale avec diastasis et fractures des malléoles péronière et tibiale.

Beaucoup de techniciens pensent que les chaussures à tige basse, dont l'usage s'est généralisé depuis quelques années, et à semelle plate ne respectant pas la cambrure de la voûte plantaire, sont des éléments qui permettent d'expliquer le grand nombre d'entorses ou d'accidents plus graves du genou et du cou-de-pied. Il faut sans doute faire intervenir d'autres données, notamment celle d'un manque d'adaptation musculo-ligamentaire à la locomotion en terrain varié et d'une éducation psycho-motrice insuffisante pour la résolution des situations diffi-

ciles dans lesquelles se trouvent fréquemment placées les deux articulations maîtresses du membre inférieur.

Signalons enfin que les cas de lymphangite portés dans les manifestations pathologiques générales résultent de plaies négligées.

Appréciation de la gravité des lésions :

— 462 entorses du membre inférieur ont donné lieu à 5.090 journées d'incapacité de travail, soit près de 14 années.

Moyenne d'incapacité de travail : 11 jours.

2. MEMBRE SUPERIEUR (tabl. VI) :

— Atteintes articulaires 1.231 : 41 % des accidents du membre supérieur
11 % de l'ensemble des accidents

dont articulations :

ACROMIO-CLAVICULAIRE 537 : 19 % et 5 %
ÉPAULE 192 : 6,4 % et 1,8 %
POIGNET 123 : 4,1 % et 1,1 %
DOIGTS 162 : 5,4 % et 1,5 %
POUCE 128 : 4,2 % et 1,2 %

— Atteintes musculo-tendineuses 896 : 30 % des lésions du membre supérieur
8,5 % de l'ensemble des accidents

dont :

ÉPAULE 516 : 17 % et 4,9 %
MAIN 130 : 4,3 % et 1,2 %

— Atteintes osseuses 800 : 26 % des accidents du membre supérieur
7,6 % des accidents de l'enquête

dont :

CLAVICULE 304 : 10,2 % et 2,8 %
MAIN 287 : 9,9 % et 2,7 %

dont 1^{er} métacarpien 24
2^e, 3^e, 4^e, 5^e métacarpiens. 123
doigts 103
pouce 37

AVANT-BRAS 96 : 3,2 et 0,9 % dont radius 59
POIGNET 59 : 1,9 et 0,5 % cubitus 14
BRAS 19 : 0,6 et 0,18 % radius et cubitus 22
COUDE 17 : 0,5 et 0,16 %
OMOPLATE 17 : 0,5 et 0,16 %

— Plaies 36 : dont 17 à la main et 12 aux doigts.

Ce sont les extrémités du membre supérieur qui sont les plus fréquemment atteintes. L'épaule, avec 1.585 cas (53 %), et la main et le poignet, avec 1.066 cas (35,6 %) représentent près de 90 % des accidents de ce membre.

On conçoit aisément que les prises manuelles de balle, les préhensions ou les répulsions (« raffut ») de l'adversaire, provoquent des lésions de tous ordres au niveau des fragiles éléments anatomiques de la main, des doigts et du poignet.

Elles n'ont donné lieu à aucune incapacité permanente de travail (I.P.P.), ce qui laisse supposer qu'elles ont guéri sans séquelles.

— 108 fractures du membre inférieur ont totalisé 4.404 journées d'incapacité, soit plus de 12 années d'arrêt de travail.

Moyenne d'incapacité : 40 jours.

Nombre d'I.P.P. attribuées au moment de l'enquête : 6. Ce chiffre a augmenté depuis (G.A.N.).

Il apparaît donc que — même correctement traitées — certaines de ces fractures peuvent interrompre la carrière sportive de joueurs.

On est, par contre, surpris de voir un nombre aussi élevé de contusions du massif scapulaire, dont les deux tiers exactement aboutissent aux lésions articulaires et osseuses de l'épaule, énoncées plus haut. Ce ne sont pas tellement les chocs de percussion directe, ni les compressions et torsions de la mèche, qui en sont l'origine principale, mais les chutes qui émaillent quantité d'action de jeu et surtout celles consécutives au placage. Bien d'autres sports provoquent des chutes. Mais, en général, elles

TABLEAU VI

REPARTITION DES ACCIDENTS DU MEMBRE SUPERIEUR PAR DIVISION DE JEU

	1 ^{re} DIVISION	2 ^e DIVISION	3 ^e DIVISION	HONNEUR	SERIES INFERIEURES	TOTAUX
DECHIRURE MUSC. - CONTUSION EPAULE	88	55	52	141	180	516
ENTORSE - LUXATION EPAULE	36	30	18	46	62	192
ENTORSE - LUXATION ACROMIOCLAVICULAIRE ...	116	63	47	121	190	537
FRACTURE CLAVICULE	51	37	27	65	124	304
FRACTURE OMOPLATE		1	6		10	17
PLAIE DE L'EPAULE	1			1	1	3
ARTHRITE - PERIARTHRITE DE L'EPAULE	4	1	1	1	1	8
SCAPULALGIES	1				2	3
ELONGATION DU PLEXUS BRACHIAL					1	1
ANTHRAX DE L'EPAULE	1					1
FRACT. CLAVICULE + FRACT. 3 ^e et 4 ^e METAC..					1	1
TOTAL						1583
CONTUSION - DECHIRURE MUSCULAIRE BRAS	6	11	4	9	18	48
FRACTURE DU BRAS	6	2	4	3	4	19
PLAIE DU BRAS					1	1
HEMATOME INDURE BRAS					1	1
EPICONDYLITE		1				1
TOTAL						70
CONTUS. - DECHIRURE MUSC. - PLAIE - HYGROMA DU COUDE	13	4	6	8	23	54
ENTORSE DU COUDE	15	8	4	9	9	45
LUXATION DU COUDE	11	3	2	8	10	34
FRACTURE DU COUDE	3	1	3	3	6	16
FRACTURE + LUXATION DU COUDE		1				1
TOTAL						150
CONTUS. DECHIRURE MUSC. AVANT-BRAS	3	2	1	9	4	19
FRACTURE DU RADIUS	11	3	4	16	25	59
FRACTURE CUBITUS	5	1	1	3	4	14
FRACTURE RADIUS + CUBITUS	5	3	1	3	10	22
PLAIE AVANT-BRAS		1		2		3
FRACTURE RADIUS + CUBITUS + LUXATION POIGNET					1	1
TOTAL						118
CONTUSION - HEMATOME POIGNET	11	8	8	19	17	63
ENTORSE POIGNET	27	9	11	28	41	116
FRACTURE POIGNET	4	1	4	6	5	20
FRACTURE SCAPHOIDE	12	4	5	5	10	36
LUXATION POIGNET	1	1		3	2	7
FRACTURE + LUXATION POIGNET	1	1				2
FRACT. SCAPHOIDE + FRACT. 1 ^{er} METACARPIEN					1	1
TOTAL						245
CONTUSION-HEMATOME MAIN	26	9	19	32	44	130
FRACTURE 1 ^{er} METACARPIEN	7	3		5	9	24
FRACTURE 2 ^e , 3 ^e , 4 ^e , 5 ^e METACARPIENS	30	14	8	32	39	123
PLAIE DE MAIN	2	3		8	4	17
TENDO-SYNOVITE MAIN		1			1	2
TOTAL						296
CONTUS. - ECRASEMENT DES DOIGTS	4	7	4	18	12	45
FRACTURES DES DOIGTS	19	7	7	25	44	102
FRACTURE + LUXATION D'UN DOIGT	1					1
ENT. METACARPOPHALANGIENNE DES DOIGTS ...	12	5	1	10	10	38
ENT. INTER PHALANGIENNE DES DOIGTS	16	2	9	15	28	70
LUXATION INTER PHALANGIENNE DOIGTS	7	6	5	10	18	46
LUXATION METACARPOPHALANGIENNE DOIGTS ...		1		4	3	8
RUPTURE TENDONS DIGITAUX	2	3		3	5	13
PLAIES DES DOIGTS	2	3		2	4	12
ARRACHEMENT ONGLES DIGITAUX	1	1			1	2
PANARIS DES DOIGTS	1				1	2
ARTHRITE DES DOIGTS	1				1	2
TOTAL						340
ENT. METACARPOPHALANG. DU POUCE - ENT. INTER PHALANGIENNE DU POUCE	19	13	7	18	43	100
LUX. METACARPO. ET INTER PHALANG. POUCE ..	4	3	4	10	7	28
FRACT. DU POUCE	9	4	1	8	15	37
CONTUSION DU POUCE	1	5		3	11	20
TOTAL						185
TOTAUX	595	342	275	712	1063	2987

n'ont pas les conséquences pathologiques de celles du rugby parce que les variations d'énergie cinétique qui les provoquent n'ont pas des gradients aussi élevés que dans ce dernier sport.

Sans aller jusqu'à parler d'accidents « spécifiques » du rugby, on peut cependant dire que, par leur mécanisme de production, par leur haute fréquence de survenue, les trois types de lésions présentées par la clavicule du rugbyman : entorse ou luxation acromio-claviculaire, entorse ou luxation sterno-claviculaire et fracture avec ou sans déplacement constituent une des caractéristiques essentielles de la traumatologie de ce sport. Il est à remarquer que, chez les jeunes joueurs, nous n'avons noté aucune atteinte articulaire de la clavicule. Chez eux, la chute sur l'épaule s'est toujours traduite par une fracture !

Bien que, dans cet article, nous nous soyons imposé de ne pas entrer dans les problèmes médicaux et chirurgicaux, nous nous croyons cependant autorisé à faire une exception à propos des accidents dont il vient d'être fait état.

Nous pensons, en effet, utile que les éducateurs sachent que les interventions sanglantes sur l'articulation acromio-claviculaire et sterno-claviculaire doivent être évitées. L'expérience a montré, en effet, que les procédés mécaniques de contention mis au point par les chirurgiens du rugby donnaient de bien meilleurs résultats. (Cf. Plaquette du II^e Colloque médical du rugby, année 1970).

Ceci dit, on comprend l'importance d'une éducation renforcée de la musculature scapulo-brachiale chez le rugbyman et surtout d'un conditionnement psycho-moteur préparatoire aux multiples manières de se recevoir au sol. Et répétons que, même dépourvue de placages et de mêlées, la forme de jeu nommée « rugby éducatif » comportera toujours des chutes et des heurts plus ou moins violents.

Ce sont encore le placage et les chutes qui sont, le plus souvent, à l'origine des nombreuses fractures de l'extrémité distale du membre supérieur.

Les ramassages de balle à trop courte distance des pieds de l'adversaire, les réceptions de balles hautes par des mains encore inexpertes contribuent également à alimenter cette rubrique.

Il apparaît, au vu des chiffres du tableau, que les fractures du scaphoïde et du premier métacarpien ne sont pas l'apanage exclusif des boxeurs ! D'ailleurs, cette notion, quelque peu ancienne, mériterait une étude moderne. Pour notre part, depuis sept ans que nous contrôlons un des plus grands clubs de boxe français, nous n'avons enregistré aucune de ces fractures.

Les fractures des 4^e, 5^e métacarpiens et des 4^e et 5^e doigts ont été les plus fréquentes.

Signalons que le cas le plus grave survenu au membre supérieur a consisté en une fracture des deux os de l'avant-bras (chez un puissant junior B, sur chute), compliquée d'un syndrome de Wolkman avec rétractions tendineuses et griffe digitale.

Appréciation de la gravité des lésions :

— 494 fractures du membre supérieur ont totalisé 15.048 journées d'interruption de travail, soit l'équivalent de 41 années.

Moyenne d'incapacité : 30 jours.

Nombre d'I.P.P. : 5, totalisant 72 points de pourcentage s'échelonnant de 1 à 40 %.

— 654 lésions articulaires ont donné lieu à 8.979 journées d'incapacité (plus de 24 années).

Moyenne d'incapacité : 13 jours.

Nombre d'I.P.P. attribuées : 3 (totalisant 9 %).

— 387 lésions musculo-tendineuses avec 3.622 journées d'incapacité, soit près de 10 années.

Moyenne d'incapacité : 9 jours. Aucune I.P.P.

Tous ces chiffres soulignent l'importance médico-sociale des traumatismes de l'épaule et de la main. Une mention spéciale doit être accordée à ceux du pouce qui, chez les travailleurs manuels, ont des répercussions socio-économiques fort importantes.

3. TETE (tabl. VII) :

— Atteintes articulaires : 05.

Elles consistent uniquement en entorses et luxations de l'articulation temporo-maxillaire. On sait que ces dernières atteintes ont une fâcheuse propension à la récurrence.

— Atteinte des parties molles.

Elles se sont chiffrées par : 518 plaies, 472 contusions

représentant à elles seules plus de 57 % des accidents de la tête et 9 % de l'ensemble général.

— Atteintes osseuses et dentaires :

Leur nombre est de 711, soit 41 % des accidents de la tête et 6,7 % de l'ensemble des lésions.

Les fractures de dents ou d'appareils de prothèse (372) et celles des os propres du nez (264) représentent plus des neuf dixièmes des atteintes osseuses et dentaires.

On ne saurait être surpris de cette fréquente vulnérabilité du segment céphalique. Jouant le rôle de fer de lance dans tous les mouvements d'interposition, d'arrêt de l'adversaire ou d'opposition dans les différentes sortes de mêlées, il reçoit un nombre considérable de chocs de siège et d'intensité variables. Ici, ce n'est pas le placage qui prend la première place des causes d'accidents. Il vient après les heurts, les coups divers (tête, genou, coude, pied). Il est suivi des coups de pied, des chutes parmi les causes les plus fréquentes.

Si la majorité de ces atteintes présente un risque esthétique certain, celles qui intéressent le crâne peuvent avoir des incidences pathologiques particulièrement graves, par les épanchements sanguins dont elles peuvent s'accompagner. C'est pour ces raisons que tout blessé crânien sérieux doit faire l'objet d'une surveillance attentive en milieu spé-

TABLEAU VII

REPARTITION DES ACCIDENTS DE LA TETE PAR DIVISIONS DE JEU

	1 ^{re} DIVISION	2 ^e DIVISION	3 ^e DIVISION	HONNEUR	SERIES INFERIEURES	TOTAUX
TRAUMATISMES DU CRANE NON COMPLIQUES	43	14	14	24	39	134
TRAUMATISME CRANIENS AVEC DESORIENTATION SPATIO-TEMPORELLE	4	5	5	9	15	38
AVEC PERTE DE CONNAISSANCE	5	4		1	9	19
AVEC FRACTURE DU CRANE	2	1	2	2	1	8
AVEC HEMORRAGIES INTRA-CEREBRALES					2	2
PLAIE DU CUIR CHEVELU	27	12	9	40	50	138
TOTAL						339
PLAIES DE LA FACE (FRONT, NEZ, JOUE, LEVRE, PAUPIERE, MENTON)	30	12	20	56	107	225
CONTUSION - HEMATOME DE LA FACE	24	10	13	21	25	93
PLAIE DES ARCADES SOURCILLIERES	26	11	12	28	68	145
TOTAL						463
CONTUSION DU NEZ - DEVIATION CLOISON					16	16
FRACTURE DES OS PROPRES DU NEZ	53	42	27	63	78	263
RUPTURE D'UN CORNET NASAL	1					1
TOTAL						280
CONTUSION - HEMATOME OCULO-PALPEBRAUX	19	6	4	17	30	76
CONTUSION AVEC HEMORRAGIE CONJONCTIVALE	2	3		3	4	12
LESIONS OCULAIRES DIVERSES	1	1		1	3	6
DECOLLEMENT RETINIEN	1		1			2
TOTAL						96
CONTUSIONS - PLAIES - DECOLLEMENT OREILLES. OTHEMATOMES	3	1	1	7	5	17
PERFORATION DU TYMPAN	11	4	1	7	15	38
OTORRAGIE	3	3	2	4	7	19
OTITE TRAUMATIQUE	1				1	1
RUPTURE DE KYSTE SEBACE DU CONDUIT AUDITIF					1	1
CORPS ETRANGER DANS L'OREILLE			1			1
CONTUSION OREILLE AVEC SURDITE RESIDUELLE		1				1
TOTAL						79
FRACTURE DE DENTS ET PROTHESES	78	46	33	88	127	372
PLAIE DE LA LANGUE	4			1	5	10
FRACTURE DE L'ORBITE	1			1	1	3
FRACTURE DU MAXILLAIRE SUPERIEUR	1	1	2	4	1	9
FRACTURE DU MAXILLAIRE INFERIEUR	9	5	1	9	9	33
FRACTURE DE L'OS MALAIRE	2	1	3	8	4	18
FRACTURE DE L'ETHMOÏDE					1	1
FRACTURE MAXILLAIRE INFERIEUR + FRACTURE OS MALAIRE					1	1
FRACTURE MAXILLAIRE INFERIEUR COMPLIQUEE D'HEMOTHORAX					1	1
ENFONCEMENT D'UN SINUS FRONTAL		1				1
ENTORSE ET LUXATION TEMPORO-MAXILLAIRE	1		1	2	1	5
TOTAL						454
TOTAUX	352	184	152	396	627	1711

cialisé et n'être réadmis sur les terrains qu'après négativité de tous les examens pratiqués actuellement dans cette traumatologie.

Les épanchements sanguins du pavillon de l'oreille ou othématomes, bien moins fréquents qu'autrefois, se voient encore et répondent en général à des chocs directs bien plus qu'au classique frottement. Ils peuvent et doivent être évités par le port de légers bandeaux et par l'application locale de corps gras. Une fois constitués, ils ne doivent pas être négligés sous peine d'aboutir aux faciles récurrences et aux disgracieux « choux-fleurs ».

Les accidents dentaires ne doivent pas être, eux non plus, négligés. Il faut savoir qu'il est possible de réimplanter des dents complètement énuclées, si le nécessaire est fait rapidement. (Cf. II^e Colloque du rugby, 1970).

Une bonne éducation technique et un bon esprit sportif devraient, malgré le rôle de l'extrémité céphalique dans maints éléments de jeu, réduire le nombre des atteintes de cette partie du corps. Tout au moins, les coups de pied sur un joueur à terre ne devraient pas avoir cours. Les suites dramatiques qu'ils peuvent provoquer éventuellement mériteraient qu'ils soient sanctionnés beaucoup plus sévèrement qu'ils ne le sont à l'heure actuelle.

Appréciation de la gravité des accidents de la tête :

— 401 accidents de la tête ont donné lieu à 4.941 journées d'incapacité de travail, soit une moyenne de 12 jours d'incapacité par accident.

— 93 fractures (2 du crâne et 91 du massif facial) se sont soldées par 1.784 journées d'incapacité et 2 I.P.P. (dont une à 10 %) au moment de l'enquête. Soit une moyenne de près de 20 jours par accident.

— 69 fractures du nez, par 794 jours d'arrêt de travail et une I.P.P. à 2 %.

— 90 traumatismes crâniens par 1.119 jours d'incapacité.

— 80 plaies du cuir chevelu et de la face, par 619 jours d'incapacité.

— 50 contusions de la face, par 453 journées et 1 I.P.P.

4. *COU, TRONC, BASSIN, ORGANES GENITAUX* (tabl. VIII) :

— Atteintes articulaires : 170, soit 10 % des accidents de ce secteur et 1,6 % de l'ensemble des accidents.

Celles du cou, de l'articulation sterno-claviculaire et des cartilages costaux représentent à elles seules 85 % de ces atteintes.

— Atteintes musculo-ligamentaires : 1.060, soit 65 % des accidents du tronc et 10 % de l'ensemble des accidents.

Près des neuf dixièmes de ces lésions intéressent le cou, le dos, le thorax et les lombes.

— Atteintes osseuses : 209, soit 12 % des accidents de ce secteur et 1,9 % de l'ensemble des accidents.

Près des quatre cinquièmes d'entre elles sont constituées par les fractures costales.

L'examen du tableau montre que la région thoracique est, de loin, celle qui est la plus fréquemment lésée (747 cas, soit 46 % des atteintes de la partie centrale du corps). Viennent ensuite la région lombaire : 336 cas (soit 20 %), la région cervicale (13 %), la région dorsale : 77 cas ; la région abdominale : 63 cas.

La région fessière, le bassin, les organes génitaux et la région sacro-coccygienne totalisent 82 cas.

Nous donnons le tableau suivant (IX) des causes des principales lésions qui montre qu'elles agissent aussi bien à la partie postérieure qu'antérieure du corps pour provoquer les atteintes de diverses natures signalées en début de chapitre.

Concernant le rachis, ce sont ses segments les plus mobiles qui sont le plus fréquemment atteints.

Région lombaire	309 cas
Région cervicale	178 cas
Région dorsale	55 cas
Région sacro-coccygienne ..	25 cas

Les fractures lombaires ont intéressé 19 fois les apophyses transverses, 2 fois les apophyses épineuses et 1 fois l'angle postéro-inférieur de L5 sur coup de pied direct. Les niveaux le plus souvent atteints ont été L2, L3, L4 et, plus rarement, L1, L5.

Il faut noter que ces fractures ne résultent pas, dans tous les cas, de traumatismes directs. Le rôle des puissantes contractions musculaires de la région, lors de mouvements forcés, est à retenir dans l'étiologie de certaines de ces fractures apophysaires. Il est également heureux de signaler que ces fractures ont consolidé sans complications et qu'elles n'ont donné lieu à aucune I.P.P.

Celles du rachis cervical ont été moins nombreuses : 4. Elles se sont produites 2 fois sur mêlées écrasées chez deux juniors A, 1 fois sur placage et 1 fois sur choc chez deux seniors.

Hormis le cas de rupture de l'apophyse épineuse de C6 chez un junior, les trois autres cas ont nécessité une intervention chirurgicale.

Le cas présenté par un senior de première division, au niveau de C4, a laissé des séquelles dont le taux d'I.P.P. n'était pas encore fixé au moment de notre enquête.

Parmi les 6 cas de luxation de vertèbre cervicale, le plus grave s'est produit dans une mêlée lors d'un match de championnat de première division. Le joueur est actuellement paraplégique. Celui d'un cadet, survenu sur chute en course lors d'un entraînement, a connu des complications neurologiques qui ont régressé d'une manière satisfaisante au bout de quelques mois.

TABLEAU VIII

RÉPARTITION DES ACCIDENTS DU COU, TRONC, BASSIN ORGANES GENITAUX PAR DIVISIONS DE JEU

	1 ^{re} DIVISION	2 ^e DIVISION	3 ^e DIVISION	HONNEUR	SERIES INFERIEURES	TOTAUX
CONTUSIONS CERVICO-LARYNGEES	2		1	1	2	6
CONTUSIONS POSTERO-LATERALES DU COU	23	16	13	18	47	117
DECHIRURES MUSCULAIRES REGION CERVICALE ..	5		1		3	9
TORTICOLIS TRAUMATIQUE	1	1		4	2	8
CERVICALGIES	3	2	2	5	7	19
PLAIE DU COU				1		1
ENTORSE VERTEBRES CERVICALES	7	9	3	9	8	36
LUXATION VERTEBRES CERVICALES	2	2		2		6
FRACTURE VERTEBRES CERVICALES	1	1			4	6
CONTUSION CERVICALE AVEC CHOC ET MANIFES- TATIONS NEUROLOGIQUES					5	5
HEMATOME ENKYTE DU COU					1	1
RUPTURE DE LIPOME RETRO-CERVICAL	1					1
TOTAL						215
CONTUSION - DECHIRURE MUSC. DORSALES	5	13	9	15	24	66
DORSALGIES		1		2	2	5
ENTORSE VERTEBRES DORSALES	1			2	3	6
TOTAL						77
ELONGATION - DECHIRURE MUSCLES LOMBAIRES ..	8	1	4	4	5	22
CONTUSION - HEMATOME REGION LOMBAIRE	51	17	24	60	83	235
LOMBO-SCIATALGIES	36	10	11	25	32	114
CONTUSION LOMBAIRE + HEMATURIE	3	3	3	3	5	17
ENTORSE VERTEBRES LOMBAIRES	4		2	3	3	12
FRACTURE VERTEBRES LOMBAIRES	8	6	4	2	6	26
RETROLISTHESIS			1			1
HERNI DISCALE ET PINCEMENT DISCAL	2	1	3	2	1	9
TOTAL						336
CONTUSION SACRO-COCCYGIENNE	2	6	1	3	10	22
FRACTURE DU SACRUM	2			1		3
FRACTURE DU COCCYX	1	2		1		4
TOTAL						29
DECHIRURE MUSCULAIRE CONT. REGION FESSIERE ABCES FESSIERS	3	1		4	3	11
TOTAL	1			1		2
TOTAL						13
CONTUSION DU BASSIN	2		1	1		4
FRACTURE DU BASSIN	1	1				2
TOTAL						6
CONTUS. - HEMATOME VERGE, TESTICULES		2				2
AVEC URETHRORAGIE	2					2
ORCHI-EPIDIDYMITIS TRAUMATIQUE	1				5	6
HEMATOCELE TRAUMATIQUE	3		2	5	8	18
SECTION TRAUMATIQUE DU FREIN DE L'URETHRE. HERNIE INGUINALE	2	1	1		1	5
TOTAL						34
DECHIRURE MUSCLES - CONTUS. MUSCLES THORA- CIQUES	9	3	1	5	10	28
CONTUSION STERNUM	6	4	1	3	9	23
FRACTURE STERNUM	1	1	1			3
ENT. LUX. FRACT. CARTILAGES COSTAUX	15	13	10	7	26	71
CONTUS. THORACIQUES ANTERO-LATERALES	53	46	33	113	170	415
AVEC CHOC				1	1	2
AVEC PNEUMOTHORAX					1	1
PLAIE DU THORAX					1	1
FRACTURE DE COTE	29	18	19	35	62	163
AVEC HEMOTHORAX	1	1				2
ARRACHEMENT D'UN NOEVUS THORACIQUE					1	1
ENTORSE ET LUX. STERNO-CLAVICULAIRE	8	3	5	10	12	38
TOTAL						747
CONTUSION EPIGASTRIQUE	2					2
AVEC VOMISSEMENT DE SANG	1					1
CONTUSIONS HYPOCHONDRES	5		1	4	8	18
AVEC RUPTURE DE RATE					1	1
CONTUS. HYPOGASTRE	4	3	3	3	12	25
AVEC RUPTURE INTESTIN				1		1
CONTUSION DES FLANCS	7		2	3	2	14
HERNIE LIGNE BLANCHE			1			1
TOTAL						63
TOTAUX	324	189	163	359	585	1620

TABLEAU IX
REPARTITION DES CAUSES DES PRINCIPALES LESIONS DE LA PARTIE CENTRALE DU CORPS

	Placage	Mêlée	Chocs	Chutes	Coups Pied	Coups divers	Course	En bottant
CONTUSIONS THORACTQUES	122	113	71	25	18	31		
FRACTURES DE COTES	44	42	23	9	7	5		
FRACTURES STERNUM	1	1						
LESIONS CARTILAGES COSTAUX.	20	23	11	2	1	6		
ENTORSES ET LUXATIONS STERNO-CLAVICULAIRES	14		3	16				
TOTAUX	201	179	108	52	26	42		
CERVICALGIES	3	6	3	2		1		
TORTICOLIS TRAUMATIQUES ...	3	3		1				
CONTUSIONS CERVICALES	45	39	18	8	1	6		
ENTORSES VERTEBRES CERVICALES	14	8	3	3		1		
LUXATIONS VERTEBRES CERVICALES	1	3	1		1			
FRACTURE VERTEBRES CERVICALES	1	2	1					
TOTAUX	67	61	26	14	2	8		
CONTUSIONS DORSALES	15	15	8	5		4		
DORSALGIES	1	2						
ENTORSES VERTEBRES DORSALES	1	3		1				
TOTAUX	17	20	8	6		4		
CONTUSIONS LOMBAIRES	85	46	28	12	8	17		
AVEC HEMATURIES.....	6	1	4	1				
LOMBO-SCIATALGIES.....	21	10	10	10	1	8	9	
ENTORSES VERT. LOMBAIRES ..	3	4	2					1
FRACTURES VERT. LOMBAIRES..	6	6	4	1	2	3		
TOTAUX	121	67	48	24	11	28	9	1
CONTUS. ABDOMINALES	18	6	10	2	3	2		
AVEC PERFORATION INTESTINALE			1					
TOTAUX	18	6	11	2	3	2		
CONTUS. SACRO-COCCYGIENNES.	4	3	6	3	2	1		
FRACTURES SACRUM					1			
FRACTURES COCCYX	2		1		2			
TOTAUX	6	3	7	3	5	1		
CONTUSIONS FESSE - BASSIN	5	1	1		2			
TOTAUX GENERAUX	435	337	209	101	49	85	9	1

TABLEAU X
REPARTITION DES MANIFESTATIONS PATHOLOGIQUES GENERALES PAR DIVISIONS DE JEU

	1.D	2.D	3.D	HON.	S.I	TOTALX
PERTE DE CONNAISSANCE EN FIN DE PARTIE.			1	1	1	3
INFARCTUS DU MYOCARDE	1	1			1	3
PNEUMOPATHIE	1					1
LYMPHANGITE DU MEMBRE INFERIEUR	3	3				6
ABCES DENTAIRE	1			1		2
TOTAUX	6	4	1	2	2	15

On ne peut passer sous silence les contusions lombaires s'accompagnant d'hématurie. Dans un cas au moins, l'ablation d'un rein a été discutée. Et l'on a vu également, par ailleurs, qu'une contusion abdominale s'est compliquée de perforation intestinale.

Pour ne pas être fréquentes, ces complications « à distance » montrent qu'au niveau lombaire et abdominal, on doit faire preuve de circonspection et de prudence tant dans la manipulation des blessés que dans la mise en observation médicale immédiate.

Ces préceptes élémentaires sont encore plus valables et impératifs pour les accidents cervicaux. Il est malheureusement connu que bien des lésions sont aggravées dans la manipulation et le transport défectueux des blessés.

Le jour où les effondrements de mêlée seront évités par le coup de sifflet de l'arbitre donné en temps opportun, on pourra espérer voir disparaître cette pathologie rachidienne et surtout cervicale des terrains de rugby. L'éviction des terrains des donneurs de coups de pied sur l'adversaire à terre serait également une mesure salutaire.

Appréciation de la gravité des accidents du cou, du tronc, du bassin, des organes génitaux :

— 416 contusions de ces différentes parties du corps ont totalisé 3.804 journées d'incapacité de travail, sans I.P.P.

Moyenne d'incapacité : 9 jours.

— 45 manifestations algiques du rachis : 411 journées. Moyenne : 9 jours.

— 9 hématuries : 190 jours. Moyenne : 21 jours.

— 74 lésions articulaires thoraciques et vertébrales : 1.016 jours. Moyenne : près de 14 jours. Le cas du joueur paraplégique n'est pas inclus dans ce calcul.

— 115 fractures : 2.063 jours. Moyenne : 18 jours. Deux I.P.P., dont une à 12 %, dont :

89 fractures de côtes : 1.469 jours,

6 » de vertèbres cervicales :

203 jours, 1 I.P.P.,

19 » » lombaires :

387 jours,

1 » du bassin :

116 jours, 1 I.P.P. (12 %).

5. Manifestations PATHOLOGIQUES GENERALES (tabl. X) :

— Manifestations infectieuses :

Abcès dentaires : Il y a tout lieu de penser que ces abcès étaient l'aboutissant d'une évolution plus ou moins longue et dont le rapport de cause à effet avec le rugby n'était pas prouvé. Le G.A.N. ayant accepté ces deux cas, nous n'avons pu que les inclure dans notre statistique. Il est bien certain que la pratique de la compétition devait être interdite à tout joueur présentant de telles manifestations pathologiques.

Lymphangite des membres inférieurs : Nous avons déjà dit que ces cas résultaient de plaies négligées. Comme dans le cas précédent, il n'a pas été possible de savoir si l'origine de ces plaies était imputable au rugby.

Pneumopathie étiologique « congestion pulmonaire » : On ne peut que répéter, à propos de ce cas, ce que nous venons de dire pour les cas précédents.

— Manifestations neuro-végétatives :

Perte de connaissance en fin de partie : Les dossiers n'ont fourni aucune indication sur l'étiologie de ces syncopes. Une seule a donné lieu à une interruption de travail de 2 jours. Aucune d'elles n'a présenté de complications, ni nécessité de réouverture de dossier.

— Manifestations cardio-vasculaires :

Infarctus du myocarde :

— un cas survenu chez un senior au cours d'un match de championnat de première division : plus d'une année d'incapacité de travail et I.P.P. de 40 % ;

— un cas survenu chez un senior de série inférieure en match d'entraînement, au mois de septembre 1969. Cent quinze jours d'incapacité et I.P.P. non fixée au moment de l'enquête ;

— un cas de mort subite, survenue chez un senior, quelques minutes après la fin d'un match d'entraînement disputé en septembre 1968. Nous n'avons pu consulter le dossier de ce joueur. Nous ne pouvons donc accepter l'étiologie d'infarctus myocardique de ce regrettable accident qu'avec d'expresses réserves.

Ces différents cas posent le problème du contrôle médical des joueurs.

Conformément aux prescriptions en vigueur, il serait nécessaire que ce contrôle s'exerce d'une manière suivie dans les clubs dès le début de la formation sportive.

Au fil des visites et des années, les joueurs prendraient conscience de la valeur de certaines notions, notamment des dangers de la compétition alors que l'organisme est envahi par un processus infectieux ou non adapté physiologiquement aux efforts de cette dernière.

Et il serait non moins nécessaire que les dirigeants et les « éducateurs » aient bénéficié eux-mêmes d'un tel contrôle ou tout au moins se soient informés de sa portée sportive et sociale.

Il est alors probable que la connaissance de quelques données essentielles de physiologie et d'hygiène sportives, débouchant naturellement sur les problèmes de responsabilité morale et civile, éviterait bien des erreurs ou des imprudences génératrices d'accidents ou de ruptures de santé.

On ne peut pas ne pas constater que, sur les trois accidents cardio-vasculaires graves de la saison 1968-1969, deux se sont produits chez des seniors en septembre 1968, c'est-à-dire en période de préparation. Ces faits illustrent — malheureusement d'une manière tragique — les réflexions et constatations faites sur ce problème en début d'article.

En fin de compte, on peut dire que la longueur du championnat, qui impose une période préparatoire écourtée, l'insuffisance de surveillance médicale et le muselage des responsabilités par l'esprit de « championnisme » sont responsables d'un grand nombre d'accidents se produisant sur les terrains de rugby ou d'entraînement.

Si l'on ajoute à cet ensemble la part des accidents imputables aux fautes de technique et au manque de « self-control », on a la conviction que le rugby en soi n'est pas plus traumatisant que n'importe quelle autre activité sportive, mais qu'il peut le devenir hautement par « l'esprit » des hommes qui le pratiquent et le régissent.

Ces conclusions montrent clairement dans quel sens doivent s'orienter la formation du joueur de rugby et la prévention des accidents de ce sport.

LA RELAXATION CHEZ L'ENFANT

COMPTE RENDU DES DÉBATS QUI ONT SUIVI LA PRÉSENTATION DU FILM DU DOCTEUR H. WINTREBERT ET DE I. DEMCSAK KELEN

Docteur AZEMAR :

Nous venons d'assister à la projection du film du Docteur Wintrebert et de M^{me} le Docteur Demcsak. Nous serions heureux tout d'abord de savoir dans quelles conditions ce film a été réalisé.

Docteur WINTREBERT :

Ce film a été tourné en Hongrie. Il a pu être réalisé grâce à la collaboration d'un médecin-pédiatre, venu pendant un an en France dans le service du Professeur Michaux, à la Salpêtrière, où je travaille moi-même. M^{me} le Docteur Demcsak, par la suite, m'a demandé — dans le cadre d'échanges culturels internationaux — d'aller en Hongrie. Je me suis rendu à son invitation. Lors d'une conférence de travail, j'ai eu la surprise de me trouver face à une équipe de cinéastes, qui, sans plus attendre, ont tourné la première partie du film, celle correspondant aux différents exercices que vous avez vus vers le milieu de la bande et se rapportant à la relaxation proprement dite.

Les autres scènes ont été tournées les deux étés suivants. Le tournage s'est donc étalé sur trois années.

On peut considérer trois parties dans le film. La première rend compte du travail accompli à la Salpêtrière sur la relaxation depuis ces dernières années. La deuxième reflète celui de M^{me} le Docteur Demcsak, pédiatre, sur les problèmes de l'enfance. Enfin, la troisième partie est celle des cinéastes eux-mêmes.

Cette partie cinématographique explique bien des choses. En effet, si l'on n'avait tenu compte que

de la relaxation, on n'aurait vu dans le film que des sujets couchés pendant sa projection.

Il était donc nécessaire de présenter des scènes — celles que vous avez vues au début du film — sous un jour caricatural de ce qui se passe actuellement dans la vie moderne.

Il est bien évident que les tableaux de l'école primaire qui vous ont été présentés ne correspondent pas exactement à ce qui se passe dans les classes habituelles, mais il était nécessaire d'accentuer, afin de mieux les caractériser, certains modes de comportement devant l'instituteur.

Les scènes de « cauchemars » que vous avez vues dans la dernière partie du film ont été tournées entièrement en Hongrie. Certaines d'entre elles apparaîtraient sans doute quelque peu forcées. Il ne m'a pas été possible de les faire modifier, le montage du film s'étant réalisé en dehors de ma présence.

Ces détails sont, je crois, utiles à connaître pour comprendre la genèse du film, expliquer certains problèmes de l'enfance dans la relaxation. Je pense que la dernière partie du film est la plus importante parce qu'elle a réussi à bien poser certains problèmes de la personnalité de l'enfant, à envisager la relaxation sous l'aspect thérapeutique, qui n'est plus le simple mode de décontraction neuro-musculaire habituel, mais le moyen d'aborder certains conflits de l'enfant au niveau scolaire ou familial.

Il faut souligner que les dessins des enfants, notamment le montage des images que vous avez vues dans les phénomènes imaginaires, sont très bien écrits. Ils recomposent exactement les images réalisées par les enfants ou les scènes décrites par eux après une séance de relaxation.

Ainsi l'enfant descend dans un puits ; il suit un labyrinthe pendant quelque temps, rencontre un dragon, des bandits. L'entretien s'engage alors sur ces thèmes angoissants au cours des séances. Ce qui est intéressant, c'est que ces thèmes se reproduisent assez longtemps. Mais ainsi qu'il l'a été dit dans le film, les stimulations tactiles provoquent le retour au réel.

Les dessins en fin de compte sont représentatifs des enfants.

Vers la fin du film, il vous est montré des « postures ». Elles ne représentent pas l'essentiel de la relaxation. L'essentiel, en effet, c'est l'attitude de l'enfant en face de son propre conflit.

Il ne faut pas confondre l'attitude et les postures. Au cours de la relaxation, nous nous engageons dans certaines postures, de façon à changer d'attitude, mais les postures par elles-mêmes n'ont pas d'importance. Celles que vous avez aperçues en fin de projection ont un but uniquement cinématographique, décoratif.

Docteur AZEMAR :

A quel public est destiné ce film ? Les enfants qui tiennent les rôles dans la première partie du film qui sont-ils ?

Docteur WINTREBERT :

Le film n'a pas été réalisé uniquement pour les spécialistes de la relaxation. Il est destiné, au contraire, à un public très large. Toutes les scènes sont compréhensibles pour un tel public. On peut dire au fond que c'est un film de vulgarisation, non au sens péjoratif du terme, mais du fait que tous les épisodes sont traités de façon qu'ils puissent être compris de tout le monde.

Les enfants que vous avez vus évoluer sont les uns « normaux ». Ils ont été pris dans les H.L.M., traînant dans la rue ou extraits de leur milieu familial.

D'autres constituent des cas pathologiques. C'est ainsi que le « phobique » s'évanouissait à chaque leçon pendant la classe. Cet enfant a d'ailleurs suivi réellement pendant une année un traitement de relaxation. Celui qui lance des balles dans une glace est bègue et a également été traité. La jeune fille hypotonique, qui met le pied derrière la tête, présente des troubles importants du comportement. Une autre, affligée de tics est en conflit avec son milieu familial.

M^{me} BASTARD (Psychologue) :

Le film et surtout sa seconde partie m'ont beaucoup intéressée. Cette relaxation me semble en effet préparer à autre chose.

Est-ce que pour vous cette relaxation constitue un but final ou prépare-t-elle à autre chose ?

Docteur WINTREBERT :

La relaxation en elle-même n'est rien. Ce qui est important — au-delà de son aspect technique — c'est ce qu'elle va provoquer dans la vie de l'enfant.

Quand un enfant et un adulte sont en face l'un de l'autre, il s'établit un mode articulé de relation qui aboutit par la suite à une structuration. Ce phénomène relationnel est très important, car, de séance en séance, il va provoquer chez l'enfant un changement d'attitude vis-à-vis des adultes qui s'occupent de lui de façon bienveillante et évitent les marques d'autorité trop strictes.

A mon point de vue, il existe donc une relation structurante à partir d'une discipline qui n'est pas directive à la base, qui n'impose rien à l'enfant. Cette structuration va s'établir par un mode d'approche particulier, qui a l'intérêt d'être au départ somatique, mais qui, rapidement, va devenir somato-psychique dans un second temps. Dans un troisième temps, on aboutit à une période d'autonomie, c'est-à-dire à l'affranchissement de l'enfant par rapport à l'adulte qui est devant lui et, en somme, à sa libération.

M^{me} BASTARD :

Quel est l'ordre de durée d'une cure de relaxation ?

Docteur WINTREBERT :

La durée ne peut pas être déterminée à l'avance. En effet, chaque fois que l'on s'engage dans une telle thérapie, on ne peut prévoir sa durée qui peut s'étendre de quelques mois à beaucoup plus longtemps. L'enfant — contrairement à l'adulte — éprouve beaucoup plus de difficultés à « s'approprier » son propre corps, à le rendre capable de se détendre, c'est-à-dire de prendre une certaine distance avec lui. Quand ce but est atteint, on entre dans une seconde étape de la relaxation : le sujet est placé en face de son propre corps. On se trouve alors placé devant une des principales difficultés de cette thérapie, car l'enfant, pris entièrement par son propre corps, ne sait pas prendre distance de lui. Il est donc indispensable de le rendre capable de prendre cette distance qui, seule, peut amener la relaxation à une étape plus importante.

Docteur BOUR (Psychiatre) :

Je vous admire d'avoir choisi un sujet pareil, parce que vous mettez finalement la relaxation centrée sur le corps et je dirai aux antipodes de deux approches : celle du psychologue centrée sur la parole, la symbolisation et qui se cantonne un peu dans ce rôle ; celle, physique, de la relaxation, plus classique.

Aussi, cumulez-vous les avantages des deux procédés ou bien leurs inconvénients ! En effet, dans votre technique, il semble qu'il y ait une part relevant de la relaxation la plus classique et brusque-

ment se forme comme un déclic qui me gêne quelque peu au moment où vous dites qu'après l'entretien, on laisse au cours de la séance l'enfant « phantasmer ». Comment articulez-vous la position du relaxateur avec celle du psychothérapeute, ou pensez-vous que ces positions soient confondues, bien qu'elles semblent ne pas l'être dans votre séance ?

Docteur WINTREBERT :

Dans un film, il est très difficile de montrer ce qui se passe chez un enfant. Certains flashes — malheureusement assez décousus — ne pouvaient atteindre ce but et c'est ce qui explique votre réaction. Vous avez aperçu un fossé qui, je crois, n'existe pas, parce que chaque fois qu'on s'occupe d'un enfant, il se produit quelque chose de très important. Une simple stimulation tactile provoque un transfert. C'est en fonction de tels faits que la relaxation prend une dimension vraiment autre que le simple aspect somatique envisagé au départ. J'abandonnerais la relaxation si elle ne présentait que cet aspect ! Comme vous l'avez dit, les phénomènes imaginaires sont importants. L'enfant peut phantasmer et dialoguer. Et, à ce moment-là, il est très intéressant de connaître son contenu psychologique. L'enfant, verbalisant mal, il est possible de connaître ce contenu par le dessin. A partir de ce matériel-dessin, il est possible d'échanger quelque chose avec l'enfant. Je pense que c'est là la dimension plus importante dont je parlais il y a quelques instants. Et je ne vois pas de fossé entre corps et esprit.

Docteur BOUR :

J'ai eu l'impression que dans la même séance, il y avait succession de deux phases : une phase motrice, de relaxation en quelque sorte ; puis une phase psychothérapique.

Docteur WINTREBERT :

En fait, pour moi, il n'y a qu'une seule phase, parce que je vois une unité complète entre les deux aspects que nous venons d'envisager. Je ne crois pas qu'il soit possible d'envisager un travail thérapeutique sans ces deux phases.

Docteur BOUR :

Quelles utilisations faites-vous alors des fantasmes produits ou exprimés au cours de la seconde phase ? Utilisez-vous, reprenez-vous vos interprétations ?

Docteur WINTREBERT :

Les thèmes libérés par l'enfant le sont d'une manière spontanée, non provoquée par le thérapeute. C'est dire que l'utilisation des thèmes se déroule seulement en présence de l'adulte-thérapeute. Ce dernier voit dans ces thèmes l'occasion d'un échange avec l'enfant, échange qui, vraisemblablement, ne se produirait s'il n'y avait pas de phase somatique préalable. Cette dernière est l'inductrice des

phénomènes imaginaires qui libèrent l'enfant sur le plan de ses propres désirs et de ses phantasmes.

Alors, je pense que la relaxation permet plusieurs choses. D'abord, la libération de l'expression verbale. L'utilisation somatique permet l'expression verbale qui suit et constitue un facteur favorable pour libérer cette expression. Mais on peut très bien utiliser la détente à d'autres buts, car ce n'est pas seulement le problème verbal qui importe. Il est très vraisemblable que la relaxation agit même sans cette production verbale.

On peut penser que lorsqu'un enfant s'allonge sur le dos, il se passe toujours quelque chose : relation somatique, prise de conscience du corps. Cela est important et constitue un des buts essentiels de la relaxation, chez l'enfant du moins, puisque au départ cette relaxation montre que l'enfant n'a pas la conscience de son corps, qu'il n'est pas en communication avec ce corps. Au cours de la relaxation, on établit cette communication qui, elle-même, est structurante, car elle permet à l'enfant de posséder son propre corps.

Docteur BOUR :

Vous parlez de relation structurante. Cela fait un peu peur quand on voit un enfant manié comme le film l'a montré. Dans ses premières séquences, il se réfère tout de suite comme causes pathologiques à la société, au milieu dans lequel vivent les enfants, et on remarque que certains d'entre eux sont déjà d'un âge assez avancé. Du point de vue psychologique, pour moi, ces enfants sont des vieillards. Je crois que les choses essentielles se sont nouées bien avant et qu'il ne faudrait pas établir de relation de cause à effet trop simple entre l'inhibition grave, d'ordre psychotique ou névrotique, et une difficulté de contact dans la famille relativement superficielle. Alors, quand il se crée une relation ou que vous réveillez un certain nombre de choses par des postures ou des gestes, j'ai l'impression que cela peut aller très loin. Sait-on jusqu'où l'on peut aller ?

Je pense à des exemples précis de malades, disons prépsychotiques, qui ont fait des bouffées délirantes, des accès psychotiques aigus après une mise en kinésithérapie ou en massages non contrôlés ! Ainsi, il n'y a pas qu'une phase structurante. Je pense, au contraire, qu'il peut se produire une phase régressive, qui est peut-être la possibilité d'un deuxième accès à une phase structurante, mais aussi de risque de régression ou de destructuration dans une certaine relation.

Docteur WINTREBERT :

Je pense après ce qui vient d'être dit qu'un des graves dangers de la relaxation réside, en effet, dans le problème de la dépendance de l'enfant. Si l'on ne provoque pas l'autonomie de l'enfant, ce dernier peut rentrer dans une sorte de dépendance et, assurément, la régression sera plus importante. Aussi, avez-vous raison d'insister sur la régression qui peut s'instituer à la faveur de la relaxation.

Mais, d'autre part, il n'y a pas de relaxation sans répression. Elle est un des facteurs d'évolution. Aussi bien, quand je parlais de structuration, il ne fallait pas la placer à la phase initiale de la relaxation, mais dans une phase ultérieure.

Au départ, la régression est importante. Elle est même nécessaire pour progresser par la suite. Cependant, il faut être prudent. La principale erreur serait de ne pas constituer l'autonomie de l'enfant, c'est-à-dire de ne pas prendre distance avec lui du point de vue de son propre transfert.

C'est évidemment très important, et vous avez eu raison de le souligner.

Docteur BOUR :

Le mot « transfert » est un peu gênant. Je ne pense pas qu'il s'agisse d'un véritable transfert, mais d'une « relation ». On ne peut pas entrer dans le détail des mots. Relation est plus adéquat que transfert.

Autre question : qu'est-ce qui vous fait porter — à la lumière de ce que l'on a vu — une indication de relaxation plutôt qu'une psychothérapie par le jeu ?

Docteur WINTREBERT :

Dans un conflit où le corps se trouve engagé, on rencontre, ainsi que le film vous l'a montré, des résistances importantes. Ce sont ces résistances auxquelles s'attaque la relaxation. Ces résistances sont souvent symptomatiques. Le thérapeute veillera à ne pas les attaquer directement. Il doit avant tout provoquer un effet global de détente. Pour moi, en effet, la relaxation est toujours globale et c'est toujours un état global de détente que j'ai en vue et non une détente analytique et partielle. Aussi, le problème important est de connaître les résistances corporelles et de savoir leur influence dans le conflit de l'enfant. Prenons le cas d'une hystéro-conversion. Je m'excuse d'aborder les termes techniques. Il s'agit d'un enfant qui — à l'hôpital — présente des facteurs hystériques importants et chez qui on note ce que l'on appelle une conversion, c'est-à-dire que sur son corps propre, selon les théories de Freud, il a converti sa propre angoisse et provoqué un appel extérieur à lui-même par une pseudo-maladie : une contraction hystérique, ou une hémiplégie, ou encore une maladie organique.

Pour de tels cas, il a été constaté que l'abandon direct du symptôme hystérique provoque justement la résistance, ce qui n'est pas étonnant, attendu que l'abandon de ce symptôme serait pour le malade créateur d'une angoisse importante. Mais si l'on se livre à une relaxation globale, on peut, au contraire, aborder le problème hystérique dans son ensemble.

A la faveur d'une relaxation utilisant l'induction verbale notamment, il se produit des suggestions qui font évoluer l'état hystérique. Je ne peux rentrer plus en détail dans des considérations pathologiques. Mais je voulais simplement souligner ce

problème des résistances corporelles comme faisant partie de la personnalité profonde de l'hystérique, donc manifestation très symptomatique. L'hystérie de conversion est en somme une des clés de la compréhension des phénomènes psycho-somatiques.

Docteur AZEMAR :

Le docteur Balland, qui a contribué à la bonne connaissance des problèmes liés notamment à l'attitude posturale, veut-il poser à son tour des questions ?

Docteur BALLAND :

Contrairement à ce que vous attendez, je parlerai plus en éducateur qu'en médecin, parce que j'ignore les problèmes de neuro-psychiatrie infantile. Je pense que l'enfant est un être global. Partant de là, il est possible d'avoir une action profonde en utilisant des moyens purement physiques. Pourquoi dans de telles conditions se borner à la relaxation ? Par le mouvement, on fait jouer les afférences proprioceptives qui donnent une connaissance correcte des segments, de la position du corps dans l'espace, etc. et dont les stimulations contribuent à régler les problèmes de latéralisation, de situation, par rapport à l'ambiance, et qui sont largement mises à contribution dans le jeu. Il y a également le rythme. Je sais bien que dans la relaxation le rythme est un puissant moyen de détente. Mais j'ai peur que la relaxation fasse oublier les autres moyens dont nous disposons et qui jouent un grand rôle dans ce que j'appellerai d'un terme simple, compris de tout le monde : la prise de conscience du corps. Parmi ces moyens, je rappellerai le jeu et les mouvements de gymnastique construite.

Vous avez fait appel dans votre film à quelques postures. Il est certain que ces postures : à genoux, assis sur les talons, etc., amènent avec elles la prise de conscience du corps. Par ailleurs, les tensions musculaires on les fait très bien céder. Mais j'avoue ne pas savoir quels peuvent être les retentissements de ces exercices sur l'état psychique des enfants. Mais enfin l'éducateur intelligent possède d'excellents moyens d'action en dehors de la relaxation et je pense qu'il ne faudrait pas se borner à cette dernière.

Par ailleurs, j'ai été frappé de ce que vos types d'enfants étaient bien choisis : l'anxieux, le caractériel, etc. Ainsi que l'a dit le docteur Bour, il n'y a peut-être pas lieu à dramatiser les choses liées à la vie moderne qui perturbent certainement les enfants, mais qui ne constituent peut-être pas la cause réelle des difficultés que l'on rencontre ! N'ayant aucune prétention en ce domaine, je vous demande si à elle seule la relaxation peut suffire ou est-ce qu'il faut l'inclure dans un ensemble ?

Docteur WINTREBERT :

Je me suis cantonné jusqu'à maintenant sur le plan thérapeutique. Je n'ai pas abordé le problème

physique, parce que je pensais que des spécialistes pouvaient l'aborder mieux que moi. Je pense que toute approche de l'enfant — pourvu qu'elle soit bien connue de celui qui l'emploie — est bonne. Et la personne qui s'adresse à l'enfant surtout, dans certains cas, aura un rôle plus important que la technique. Je voudrais insister là-dessus parce qu'il me semble que dans la relaxation on peut envisager une triple dimension : la personne, ce qu'elle fait faire à l'enfant et l'enfant lui-même. En se séparant de la technique, on pourra certainement entrer dans cette dimension triangulaire et sans doute aller plus loin qu'autrefois. Ceci me rappelle les *Notes Techniques* où l'on recherchait par exemple le plus grand nombre de manières de faire passer une ou deux jambes aux barres parallèles. Le but de la relaxation est tout autre. Elle doit rendre compte d'une dimension qui est celle d'une relation entre personnes.

La rééducation n'est pas une panacée ; mais elle peut s'appliquer à certains enfants tendus — la tension est neuro-musculaire — mais je ne pense pas que, dans une attitude dite correctrice, on puisse détendre facilement les enfants, parce que tout ce qui est mouvement construit est dépendant de la volonté de l'enfant et que cette dernière provoque toujours des empêchements à la relaxation. Il me semble important de rappeler ici que la relaxation provoque un état d'hypovigilance et que c'est seulement quand cet état est obtenu que l'enfant pourra s'exprimer librement, s'extérioriser, en somme s'épanouir. En fin de compte, je crois à la vertu de la relaxation pour certains enfants. Je n'en fais pas une panacée et beaucoup d'autres moyens ont leur valeur. Ce soir, je n'ai voulu parler que de la relaxation.

Docteur BALLAND :

Je vous suis complètement. Je pense qu'il y a d'autres moyens d'obtenir cette prise de conscience.

Dans certaines gymnastiques modernes, il y a des phases rythmées de contraction et de relâchement. On conçoit fort bien que ces gymnastiques n'aient pas d'applications thérapeutiques mais seulement générales.

Dans les mouvements d'accélération, il se produit d'importants phénomènes d'accélération du cœur, de la respiration et du stress émotionnel. Je pense qu'en ce qui concerne la relaxation, c'est le contraire qui se produit et qu'elle doit aboutir à un état de calme. Je pense justement que les facteurs de la prise de conscience du corps coïncident avec ce calme des grandes fonctions physiologiques et non pas avec leur accélération. Cela me paraît fondamental : chaque fois qu'un individu est calme, il peut prendre conscience de son corps. Dans le sport par exemple, où la situation est inverse, on assiste à des bagarres qui trouvent leur origine dans la perte de cette conscience du corps.

M^{me} le Docteur PEILLON :

Le sport nécessite une confiance tonique extraordinaire, qui va de la respiration la plus profonde à

l'effort le plus puissant. Il n'y a pas de prouesse sportive qui ne soit une accélération de quoi que ce soit.

Je suis d'accord que l'on peut donner à un enfant la conscience de son corps, sa propre personnalité, l'acquisition de ce qui lui a manqué dans son évolution par d'autres moyens que par cette technique.

Docteur AZEMAR :

Je vais essayer de prendre en charge une partie des objections qui sont faites, dans la mesure où on a évoqué certains problèmes que je connais mieux, et qui sont l'adaptation au milieu physique. Le docteur Balland a déjà orienté le problème vers ces aspects, en insistant sur le fait qu'à travers le jeu, le mouvement, l'enfant va peut-être mieux prendre conscience de son corps.

Dans ce cadre, la prise de conscience du corps n'est pas aussi évidente qu'on le dit souvent. Je crois qu'un sujet peut être bien adapté au milieu physique, être très adroit, très habile et ne pas avoir réellement pris conscience de ses réactions. Dans un cas extrême, on pourrait évoquer le comportement animal, souvent très adapté, très efficace, mais dont on ne sait dans quelle mesure il repose sur une prise de conscience. Il y a en outre d'autres aspects à considérer. On peut très bien être adapté au milieu physique et malgré cela être en situation conflictuelle vis-à-vis de l'environnement familial ou social.

Il faut chercher, à travers ce qu'a présenté le docteur Wintrebert, autre chose qu'une technique. C'est une tendance assez répandue chez les professeurs d'éducation physique de vouer tour à tour un véritable culte à telle ou telle méthode. Les méthodes passent. Les recettes ne valent qu'en fonction du talent du cuisinier. Seule demeure la relation, qui peut être, selon le cas, de nature pédagogique ou thérapeutique.

Le docteur Wintrebert apporte ici un moyen de relation. Je peux vous apporter l'expérience simple que j'ai pu faire avec un enfant qui présentait de nombreux tics, un comportement instable et de grosses difficultés psycho-motrices.

Cet enfant avait certainement déjà fait l'objet de techniques de relaxation, car il a très vite compris ce qu'était un segment relâché et, notamment, abandonné à sa pesanteur.

Un jour, après avoir fait appel à cette notion de pesanteur et de chute des segments, j'ai abordé une série de mouvements passifs. Il fallait donc que l'enfant se prête à mon intention de mouvement. J'ai été frappé par le fait qu'il restait une nouvelle étape à franchir de cette manière si je voulais obtenir l'abandon souhaité. Son bras, qui était parfaitement relâché vis-à-vis de la pesanteur, s'opposait encore aux mobilisations que je lui imprimais. La relation restait à établir par ce moyen. Il me semble indéniable qu'il s'agit d'une conception particulière de la relaxation, qui donne accès à un nouveau moyen de relation.

Docteur WINTREBERT :

Dans les sports, on développe des automatismes, de façon à réaliser certains mouvements de manière parfaite. Mais je voudrais savoir comment le sport apprend la prise de conscience de son corps.

M. PARLEBAS (Professeur d'E.P. à L'E.N.S.E.P.S.) :

Le film est très intéressant, car il pose bien le problème de la relaxation. Il a été présenté comme une recherche. A ce titre, il est très stimulant, car il autorise la discussion. Le titre proposé est « La relaxation chez l'enfant ». Cependant, il me semble, d'une part, que l'enfant ne se réduit pas à l'enfant malade et que, d'autre part, la relaxation ne se réduit pas à l'enfant allongé ou en station assise. Le docteur Wintrebert a d'ailleurs précisé que sa préoccupation se tournait vers l'enfant malade. Mais dans ce cas, le langage qui est utilisé, les notions de résistance, de projection, de transfert sont directement issus de la psychanalyse et, à ce titre, c'est vraisemblablement vers le psychiatre, vers le psychanalyste, que nous nous tournerons pour élucider les problèmes relationnels qui sont certainement au cœur des inhibitions et des angoisses. A ce titre, le docteur Bour pourrait nous dire combien un psychotique est différent d'un névrosé, un obsessionnel d'un hystérique ; à chaque cas il faudra assortir une thérapie appropriée et certainement faudra-t-il remonter à la première enfance. Mais le problème que nous posons, ayant laissé de côté l'enfant malade justiciable d'une thérapie de spécialiste, c'est celui de l'enfant normal. Peut-il bénéficier de la relaxation et sous quelle forme ?

Le point de vue qui a été développé par l'image est effectivement une situation privilégiée, puisqu'il n'y a que le thérapeute (ou le pédagogue) et l'enfant dans le milieu protégé qu'est la salle de soins. Mais, puisque nous voulons envisager l'enfant normal, nous chercherons à agir sur son comportement de relation, dans les situations complexes de la vie réelle. Peut-être faut-il alors envisager des situations où l'enfant peut effectivement se présenter dans sa globalité et en relation avec une multitude de partenaires. La première idée qui vient, c'est que dans le domaine psycho-sociologique, nous avons de telles situations : c'est par exemple le jeu de rôle ou le psychodrame qu'a préconisé Moreno et son école. Ils ont d'ailleurs été utilisés par les psychologues. Mais il se trouve une autre discipline tout à fait privilégiée qui correspond à ce projet précis. Nous voulons parler de l'expression corporelle. En effet, dans la situation d'expression corporelle, les automatismes dont le docteur Wintrebert soulignait l'envahissement en éducation physique, ne sont pas du tout notre matériau d'action. Au contraire, tout le courant actuel développé par beaucoup de collègues consiste en la destruction des automatismes pour permettre une certaine libération. On peut parler de spontanéité. On recherche de la part de l'enfant une action qui ne soit plus calquée sur un modèle préétabli, et je crois que cela correspond à de nombreuses préoccupations qui ont été dégagées ici.

D'autre part, l'enfant est en action. On ne cherche pas une relaxation sur un enfant qui est immobile, en état d'hypovigilance, mais on recherche un relâchement, c'est-à-dire une coordination de mouvements dans une situation dynamique qui suscite de multiples conduites motrices. Le facteur fondamental de la relation représenté par « l'autre » intervient puisque l'expression corporelle peut se faire en groupe. Et, dans ce cas, la relation à autrui n'est plus une dépendance, une soumission à un thérapeute.

L'enfant avec lequel l'éducateur est en relation, mais qui est surtout en communication avec ses pairs, ses égaux, vivra des relations qui ne seront plus de type thérapeutique. Dans de telles situations — il faut bien souligner que dans notre profession nous ne faisons que les amorcer, mais elles sont en plein développement — la relaxation chez l'enfant peut être réalisée non pas uniquement dans le sens de l'immobilité, d'hypovigilance de l'enfant couché ou assis, mais dans le sens de conduites motrices très dynamiques et affinées ; et non pas uniquement dans la relation vécue avec le seul thérapeute, mais dans le large éventail des réseaux de relation qui naissent dans les groupes.

Et il nous semble — c'est une question que je pose un peu à tout le monde — qu'il est possible d'agir sur la maîtrise de la coordination et de la relation par l'intermédiaire de cette relaxation dynamique réalisée dans la relation motrice à autrui.

Docteur WINTREBERT :

Je suis tout à fait d'accord sur ce que vient de dire M. Parlebas. Je pense que l'enfant vit une situation particulière. Que sont les enfants qui rentrent à l'hôpital et dont il faut s'occuper ? La plupart du temps, ce sont les troubles familiaux les plus importants dans leur vie. Aussi, je crois qu'il n'y a pas que des enfants pathologiques chez nous. Il y a également des enfants pratiquement normaux, mais qui vivent dans un milieu pathologique. Cela pose le problème de l'enfant normal ou dit normal. Ce dernier est plongé dans un milieu que, dans le film, on a voulu montrer pathogène, mais qui ne l'est pas complètement pour certains enfants et se trouve soumis à des conflits qui se transmettent sur le plan éducatif.

Je pense que, dans la classe d'éducation physique, ces problèmes sont très courants et je ne crois pas que la psychologie des enfants que vous avez vue au début du film soit indépendante de la classe. Leur classe correspond à une classe normale, avec le caractériel, l'émotif, etc., et il semble que pour ces catégories d'enfants, l'apport de la pédagogie soit très important pour eux : amélioration des moyens de travail, et par suite, contribution à leur épanouissement. On peut leur apporter beaucoup parce qu'en somme on rentre dans leur propre vie, qui n'est peut-être pas celle de l'enfant normal. Est-ce qu'il n'y a pas dans de nombreuses familles de tels conflits qui se déroulent à ce niveau-là, et qui ne sont pas bénéficiaires de la relaxation ?

Ce que vous avez dit de la maîtrise corporelle, je pense évidemment qu'on peut le traduire sur le plan de l'expression corporelle. Vous avez raison, mais je pencherais à croire que la relaxation pourrait précéder l'expression corporelle. Ainsi l'enfant que vous avez vu dans le film, il n'aurait pas été possible de l'y engager immédiatement, car il a fallu s'en occuper pendant trois ans ! Et je crois que la relaxation a eu raison de précéder l'expression corporelle. Mais je ne dis pas pour cela que cette expression corporelle n'est pas favorable à l'enfant.

Dans la solution du schéma préétabli que vous avez donnée, il faut évidemment sortir des exercices trop réglementés, trop structurés par une « programmation » quelconque. Il y a évidemment un grand mérite à sortir de là et essayer d'innover dans la pédagogie de l'éducation physique. Comme je n'ai plus beaucoup de contact avec les milieux de l'éducation physique, je suis très heureux d'apprendre que des efforts sont entrepris dans cette voie.

Docteur RACHENBERG :

J'aimerais savoir ce qui se passe sur le plan psychologique chez l'enfant qui, à l'issue d'une séance de relaxation, se trouve à nouveau plongé dans une situation conflictuelle ? Faut-il continuer la relaxation de façon indéfinie ou y a-t-il une évolution psychologique qui lui permette de mieux s'adapter à la vie familiale ou, enfin, faut-il changer la situation conflictuelle en agissant d'une manière ou d'une autre sur les parents ?

Docteur WINTREBERT :

Je pense que nous ne faisons pas la rééducation d'un enfant mais de l'ensemble familial. Nous n'avons pas la prétention d'agir sur l'enfant seul et à distance de sa famille. Dans les différents temps médico-psycho-pédagogiques, il existe des relations avec les parents, destinées — comme cela a été dit dans le film — à « dédramatiser » le problème de la famille et essayer de restructurer le groupe familial. Sans cela, la relaxation pourrait aboutir à un échec. Si la famille ne bouge pas, on va se trouver devant les mêmes problèmes du départ.

Cependant, lorsque la famille « donne » son enfant, elle a déjà commencé une action thérapeutique en liquidant une partie de ses problèmes. Mais il faut voir régulièrement les parents, s'entretenir avec eux, les réunir individuellement ou en groupe.

Je crois que la relaxation se déroule finalement dans le milieu familial et non dans la pièce où nous travaillons, qui est un milieu artificiel, privilégié, et dont nous essayons de nous libérer le plus possible.

Docteur RACHENBERG :

Dans la relation qui s'établit entre l'enfant et son thérapeute, n'y a-t-il pas une liaison qui se produit au détriment de la stabilité des relations parents-enfant ? Est-ce que à la fin des séances il n'y a pas une espèce d'indifférence envers le milieu familial qui se manifeste ?

Docteur WINTREBERT :

Nous recherchons la « riposte » de l'enfant vis-à-vis de son milieu familial. L'accomplissement de l'enfant ne peut se produire que s'il réagit contre son milieu. Nous désirons que l'enfant puisse parler devant sa mère lorsqu'il est bête ; mais pour parler devant sa mère, il faut qu'il le fasse d'une manière agressive. Il ne pourra le faire sous « l'ancien régime » de soumission à sa mère. Nous provoquons la riposte au milieu, car nous en avons besoin dans certains cas. Vous parlez d'une indifférence affective vis-à-vis des parents, le thérapeute prenant en somme la place de ces derniers. Cette situation ne peut se produire qu'au début de la relaxation. Si elle se prolongeait, elle serait nocive. nous n'avons pas du tout le désir de remplacer les parents. Nous ne cherchons qu'une accommodation avec eux. Nous ne voulons pas être des substituts paternels ou maternels.

Par la relaxation, nous cherchons à établir une relation qui va libérer l'enfant. Alors que l'enfant par exemple ne peut plus parler à ses parents, dans la relaxation, il va parler à un adulte, il va pouvoir s'exprimer, se libérer et c'est bénéfique pour lui.

M^{me} AZEMAR (Directrice d'Ecole Maternelle) :

N'y a-t-il pas certaines limites dans l'utilisation de la relaxation ? Peut-on, par exemple, l'envisager en milieu scolaire, sous une forme collective ? Peut-être certains enfants risquent-ils de présenter des réactions malencontreuses. Dans ce cas, un éducateur peut-il compter la relaxation parmi les moyens dont il dispose pour son action pédagogique ?

Docteur AZEMAR :

Pour avoir été averti de ce qu'exprime M^{me} Azémar, je voudrais apporter un complément d'information. Des exposés ont été faits aux directrices d'écoles maternelles sur la relaxation. Les techniques évoquées dans ces communications émanaient plus ou moins de Schultz et de Jacobson. Il s'agissait généralement d'une prise de conscience de la pesanteur dans des conditions où le corps n'a plus à lutter pour son équilibre. Le choix de certaines positions de repos permet, en principe, de sécuriser le sujet et contribue pour le moins au relâchement musculaire. Mais cette information n'a pas abordé les problèmes relationnels. La question que l'on peut se poser est de savoir si les exercices proposés dans ces conférences peuvent être considérés comme des exercices de relaxation et s'il y a lieu de prévenir leurs utilisateurs de certains effets moins contrôlables.

Docteur WINTREBERT :

Je pense que si l'on utilise la pesanteur, on risque très vite de se retrouver devant une étape hypnoïde, qui fait que le sujet perdra le contrôle de lui-même. C'est un handicap certain, car il ne peut comprendre ce qui vient de se passer au cours de la séance. Il serait pour le moins regrettable de plonger l'enfant dans un tel état parsemé de dangers et n'être pas capable de comprendre les diverses manifestations

consécutives à cet état. Je me souviens d'un éducateur qui disait aux enfants allongés sur le sol : « Maintenant, vous êtes morts ! » Il croyait certainement bien dire en utilisant cette phrase, mais il plongeait les enfants dans un état de terreur et d'angoisse d'autant plus prononcé qu'une position inhabituelle où l'on doit ne plus bouger et fermer les yeux, imaginer que l'on perd son corps, contribue davantage à l'accentuer qu'à la maîtriser. Il faut au contraire éviter toute attitude génératrice d'angoisse ou d'augmentation des résistances du sujet. Tout ceci montre qu'il faut bien connaître les déviations possibles de la relaxation et leurs dangers.

Si on se livre à la relaxation de groupe, dans une classe par exemple, il faut évidemment agir très prudemment. Il faut bien connaître les sujets et les réactions qu'ils vont présenter au cours des séances. C'est pour cela qu'il peut être dangereux de s'engager en ne tenant compte que de l'aspect technique du problème. Car il se passe toujours quelque chose qui peut aller beaucoup plus loin.

M. Parlebas a très bien précisé ce qu'était la décontraction neuro-musculaire dans les mouvements, dans les rythmes, dans les jeux. Je pense que c'est la seule possibilité valable. Il nous a montré que les mouvements de détente font partie de la vie de tous les jours et, qu'au fond, la détente fait partie du mouvement lui-même. Je pense qu'il en est ainsi et que la décontraction est un phénomène très général chez l'individu, qui permet le mouvement. Sur ce point, nous sommes d'accord. Mais dans la décontraction pure, celle qui s'engage dans une phase d'apesanteur, comme le disait le docteur Azémar, cette forme-là pose bien d'autres problèmes.

M^{me} le Docteur PELLON :

Dans la relaxation, vous manipulez les enfants, vous établissez de fréquents contacts « tactiles » avec les différentes parties de leurs corps. Ne risquez-vous pas de déclencher des phantasmes érotiques chez les enfants ?

Docteur WINTREBERT :

A la base de ces stimulations tactiles, il y a toute une étude électrophysiologique dont on n'a pas parlé, et qui est très importante pour comprendre comment se passe la relaxation.

Dans le film, vous n'avez vu que quelques passages se rapportant aux travaux menés à la Salpêtrière, et qui ont permis de montrer comment les stimulations tactiles ont pu remplacer les stimulations proprioceptives, dans le but d'obtenir une détente. Mais ces stimulations tactiles ne sont que passagères. Elles se produisent lorsque l'enfant ne peut pas reconnaître son corps, car lorsqu'il est couché, les yeux fermés, il n'a pas la sensation de son corps. Par contre, grâce à la sensation tactile, il est relié au réel, c'est-à-dire dans la réalité de son corps : il est en présence de son corps.

On ne peut pas abandonner ce recours aux stimulations tactiles avant d'être sûr que l'enfant est en

communication avec son corps. Mais ces stimulations ne sont pas faites n'importe comment. Elles sont réalisées selon une certaine gamme de valeur proprioceptive puis tactile. Elles doivent aboutir à l'autonomie du sujet. Etant donné qu'il existe une très grande proximité dans le contact tactile, celui-ci ne sera que passager, c'est-à-dire que, dans l'avenir, la stimulation se fera à distance.

S'ils ne produisent, malgré tout, aucun phantasme érotique chez l'enfant, c'est un bien.

Docteur ALLEMANDOU :

Ceux d'entre vous qui lisent les *Cahiers* ont pu prendre connaissance des travaux de télémétrie réalisés par M^{me} le docteur Donéa, au cours de séances d'éducation physique. Les professeurs des établissements secondaires de Rennes où se déroulaient ces investigations terminaient leurs séances par des exercices en position couchée, qu'avec l'expérimentateur nous appellerons « exercices de relaxation ».

Les résultats ont montré qu'au cours de ces exercices la fréquence cardiaque diminuait nettement chez certains élèves, tandis que chez d'autres elle augmentait !

Je serais heureux que le docteur Wintrebert nous explique ce paradoxe.

Docteur WINTREBERT :

Il faut se demander si les enfants qui présentaient une accélération du rythme cardiaque n'étaient pas en état d'anxiété profonde vis-à-vis de la relaxation. Je pense que chaque fois que l'anxiété augmente, le pouls s'accélère. Il existe une relation très directe entre la mesure de l'anxiété provoquée par une séance de relaxation et l'augmentation de la fréquence cardiaque. D'autre part, ces enfants étaient-ils vraiment en relaxation avec l'apaisement nécessaire du point de vue fonctionnel ?

Docteur AZEMAR :

Je vais apporter un exemple ici, car il y a dans la salle un certain nombre d'élèves-professeurs de Chatenay qui se sont récemment prêtés sous ma responsabilité à des exercices de relaxation. Nous avons exploré en cette occasion les réactions de la fréquence cardiaque. Cette observation a été effectuée dans le cadre d'une séance consacrée à la récupération cardiaque au terme de laquelle je faisais appel, pendant une quinzaine de minutes, en position allongée à des exercices de relaxation du type de ceux que j'évoquais il y a quelques instants. Nous avons ainsi constaté une diminution notable de la fréquence cardiaque. J'avais auparavant effectué des expériences analogues avec de jeunes cardiaques, tachycardiques à l'état normal et avec des escrimeurs de compétition. Dans tous les cas, si la séance est bien menée, on observe cette diminution. Cependant, chez une élève de l'E.N.S.E.P.S., cette diminution ne s'est pas produite. Interrogée, elle a confirmé qu'elle ressentait des bouffées d'angoisse au moment où elle s'abandonnait à la pesanteur.

Docteur WINTREBERT :

Chez les adultes, dont je m'occupe chaque semaine, je contrôle également les réactions fonctionnelles. Ils présentent fréquemment des phénomènes importants tels que perte de la maîtrise de leurs membres inférieurs ou perte d'une partie de leur corps. Chez eux, il existe aussi des phénomènes d'angoisse à partir de la perte de certaines parties de leur corps. Ceci constitue évidemment un handicap, parce que tout ce qui est du domaine de l'anxiété doit être résolu. Il faut dire que ces crises émotionnelles ne durent pas. Elles se produisent en général au cours des premières séances et, peu à peu, le sujet arrive à investir son corps en totalité. Excepté cependant certains sujets rebelles qui n'arrivent pas à suivre les différentes étapes. Les phénomènes de déperdition s'estompent au bout de quelques semaines.

M. POUGEON (Professeur d'E.P.) :

Je me demande si l'on a bien saisi le but de la relaxation quand on l'utilise chez les sportifs, après un entraînement par exemple pour obtenir le retour au calme cardiaque. Il me semble que l'on s'en éloigne alors complètement. La position clé de la relaxation est la station couchée utilisée pour diminuer au maximum les contractions parasites. D'autre part, le docteur Wintrebert dit que la relaxation s'applique à des enfants qui présentent des problèmes relationnels et que l'on n'est pas toujours sûr d'assurer les résultats. Or, lorsqu'on utilise la relaxation avec des élèves, il faut des résultats immédiats. Est-il possible, avec des élèves, d'obtenir des résultats tangibles à brève échéance ?

Docteur AZEMAR :

On a certainement exagéré, depuis quelques années, l'intérêt de la relaxation en milieu sportif. Dans ce domaine, mes expériences n'avaient pour but que d'en délimiter les effets. Dans le cas des élèves de l'E.N.S.E.P., il s'agissait d'étudier la récupération cardiaque à travers différentes conditions de repos ou de « sur-repos ».

Avec les escrimeurs de l'équipe de France — en prévision de Mexico — se trouvait la nécessité de rechercher la meilleure et la plus rapide récupération musculaire, en raison de la dette d'oxygène en altitude. Entre les périodes d'effort, il pouvait sembler — *a priori* — que les positions de « sur-repos » seraient intéressantes ; mais il n'a jamais été question de chercher dans la relaxation une recette destinée à résoudre les tensions psychologiques liées à la haute compétition. Je me suis contenté pour cela d'une information et d'entretiens dirigés sur le comportement en compétition, sur la

manière dont on réagit aux décisions des arbitres, etc. Ainsi me suis-je plutôt efforcé de les guider pour qu'ils acquièrent peu à peu la maîtrise de leurs réactions et la faculté de se concentrer avant et pendant la compétition.

Je ne pense pas que la relaxation puisse résoudre comme par magie les difficultés de chacun. Le but essentiel n'est-il pas d'atteindre au moment voulu le plus haut degré d'autonomie et de lucidité ?

Ce n'est pas toujours le but que recherchent certains sportifs en pratiquant la relaxation.

M. POUGEON :

Je pense que vous avez résolu le problème sportif. Le sportif de haute compétition se trouve, je crois, à certains moments, dans un état pathologique. La relaxation est certainement utile pour diminuer ou supprimer par exemple les dérèglements émotionnels qui précèdent la compétition et que l'on peut qualifier de pathologiques. Mais la relaxation de fin de séance d'éducation physique à l'école maternelle ou ailleurs peut n'être qu'un endormissement.

Docteur WINTREBERT :

Là, on ne peut pas parler de brève échéance, mais de longue échéance. Ce n'est pas avec quelques petits entraînements après l'exercice que l'on peut aboutir à la maîtrise de soi face à la compétition. Cela me paraît impossible.

M. POUGEON :

Quand on est sportif, on a souvent le « trac ». Peut-on le résoudre par la relaxation ? Cela serait intéressant, car des sportifs conservent le trac toute leur vie.

Docteur WINTREBERT :

Je crois que l'atout majeur de la relaxation, c'est de permettre d'obtenir le contrôle émotionnel. Vous avez vu dans le film un enfant qui avait peur devant l'instituteur. Avant une compétition, il se produit un phénomène de même nature, marqué par l'accélération des facteurs émotionnels. Il faut arriver à les maîtriser à ce moment. La relaxation permet d'y arriver.

Docteur AZEMAR :

En conclusion, apprécions après ce que nous avons vu et entendu, les véritables dimensions de la relaxation.

Engageons à une certaine prudence les pédagogues et les rééducateurs qui placeraient les techniques de relaxation dans leurs moyens d'action.

**SOMMAIRES DES ARTICLES
PARUS DANS
LES CAHIERS SCIENTIFIQUES D'ÉDUCATION PHYSIQUE
DEPUIS LEUR CRÉATION EN 1961-1962**

ANNÉE 1961 - 1962 (1^{re} année)

- N° 1. — Décembre 1961 :**
- ÉPUISE. — L'avenir d'une éducation physique scientifique D^r J. LE BOULCH.
— L'adresse et la notion d'image corporelle D^r R. LEPAPE.
- N° 2. — Mars 1962 :**
- ÉPUISE. — L'avenir d'une éducation physique scientifique (*suite*) D^r J. LE BOULCH.
— L'apport de l'électrocardiographie au contrôle médical scolaire D^r R. MONTEIX.
— Les activités sportives et la rétine D^r F. MACORIGH.
— Le sport. Perspectives D^r M. BOUTINES.
- N° 3. — Juin - Septembre 1962 :**
- ÉPUISE. — L'avenir d'une éducation physique scientifique (*suite et fin*) D^r J. LE BOULCH.
— Une anomalie de la vision binoculaire : l'hétérophorie D^r F. MACORIGH.
— Le sport. Perspectives (*suite et fin*) D^r M. BOUTINES.

ANNÉE 1962 - 1963 (2^e année)

- N° 1. — Décembre 1962 :**
- ÉPUISE. — Où va l'éducation physique en France en 1962 ? D^r J. LE BOULCH.
— Etude de la réactivité chez l'enfant D^r H. WINTREBERT.
— L'éducation physique et sportive au sanatorium D^r F. MACORIGH.
— Fatigue scolaire et éducation physique D^r R. HAURE.
- N° 2. — Mars 1963 :**
- DISPONIBLE. — La lutte antidoping D^r F. MACORIGH.
— En marge du doping. L'entraînement thérapeutique « physiologique » va-t-il remplacer l'entraînement sportif ? D^r P. DUMAS.
— Où va l'éducation physique en France en 1962 (*suite*) D^r R. HAURE.
— La courbe d'intensité de la séance d'éducation physique D^r J. LE BOULCH.
D^r R. HAURE.
- N° 3. — Juin - Septembre 1963 :**
- DISPONIBLE. — Essai de prospective en éducation physique M. GABILLER.
— Etude d'une méthode particulière de relaxation utilisée chez l'enfant D^r H. WINTREBERT.
— Mise en œuvre de l'éducation physique dans le premier degré M. LÉON.

ANNÉE 1963 - 1964 (3^e année)

- N° 1. — Décembre 1963 :**
- ÉPUISE. — A propos d'une offre D^r R. HAURE.
— Où va l'éducation physique en France ? (*suite et fin*) D^r J. LE BOULCH.
— Le vieillissement du professeur d'éducation physique D^r R. LEPAPE.
— Le sport est-il toujours bénéfique ? D^r R. CHRESTIAN.
- N° 2. — Mars 1964 :**
- ÉPUISE. — La gymnastique de maintien est-elle une méthode efficace d'éducation de l'attitude ? D^r J. LE BOULCH.
— La statique lombaire et le maintien D^r F. MACORIGH.
— Critique des bases de la gymnastique de maintien D^r R. HAURE.
- N° 3. — Juin - Septembre 1964 :**
- ÉPUISE. — La coordination motrice D^r J. LE BOULCH.
— Musculation et force M. R. THOMAS.
— La réadaptation du pleurétique D^r F. MACORIGH.

ANNÉE 1964 - 1965 (4^e année)

- N° 1. — Décembre 1964 :**
- ÉPUISE. — L'importance de l'éducation motrice et psycho-motrice dans la formation de l'apprenti D^r J. LE BOULCH.
— L'examen psycho-moteur chez l'enfant D^r H. WINTREBERT.
— Au sujet de la gymnastique de maintien M. P. SEURIN.
— Comment il ne faut pas discuter en éducation physique D^r R. HAURE.
— Contribution à la connaissance de la fonction lombaire D^r F. MACORIGH.
- N° 2. — Mars 1965 :**
- ÉPUISE. — Eclaircissements D^r R. HAURE.
— Relaxation et contrôle émotionnel D^r H. WINTREBERT.
— La cure de sport au sanatorium de Neufmoutiers-en-Brie D^r F. MACORIGH.
— Point mort et second souffle D^r F. MACORIGH.
— L'enseignement post-universitaire du professeur d'éducation physique .. D^r R. LEPAPE.
- N° 3. — Juin - Septembre 1965 :**
- ÉPUISE. — Les problèmes de formation des joueurs de sports collectifs D^r J. LE BOULCH.
— L'examen de la fonction respiratoire D^r M. ASSAILLY.
— Médecine et Tour de France D^r F. MACORIGH.
— Mort de « l'éducation physique » D^r GABILLER.

ANNÉE 1965 - 1966 (5^e année)

- N° 1. — Décembre 1965 :**
- DISPONIBLE. — Tonus musculaire et dynamogénie D^r G. AZEMAR.
— Application de la méthode psycho-cinétique à l'école primaire D^r J. LE BOULCH.
— Dette d'oxygène et entraînement D^r M. ASSAILLY.
- N° 2. — Mars 1966 :**
- DISPONIBLE. — Propos sur l'athlétisme scolaire D^r R. HAURE.
— Tonus musculaire et dynamogénie (*suite et fin*) D^r G. AZEMAR.
— Le travail du médecin scolaire en U.R.S.S. D^r A. A. BIRUKOVITCH.
- N° 3. — Juin - Septembre 1966 :**
- DISPONIBLE. — Tonus et facteurs psycho-moteurs de cinq à douze ans D^r H. WINTREBERT.
— Les asymétries fonctionnelles. (Sport et latéralité) D^r G. AZEMAR.
— Sport, éducation physique et diabète insulinaire D^r F. MACORIGH.

ANNÉE 1966-1967 (6^e année)

N° 1. — Décembre 1966 :

- DISPONIBLE.* — A un jeune... de la nouvelle promotion de professeurs d'éducation physique D^r H. CORTOT.
 — Evolution de l'éducation physique et du sport depuis 1963 D^r J. LE BOULCH.
 — Les « facteurs de la valeur motrice », fondement d'une éducation physique scientifique P^r M. VIAL.
 — Activités physiques et champ visuel D^r F. MACORIGH.
 — Note sur la recherche en éducation physique D^r R. HAURE.

N° 2. — Mars 1967 :

- DISPONIBLE.* — Réponse à Monique Vial D^r J. LE BOULCH.
 — L'épreuve rotatoire d'exploration labyrinthique D^r F. MACORIGH.
 — « Au matin de la vie » M^{me} Y. GLOAGUEN.

N° 3. — Juin - Septembre 1967 :

- DISPONIBLE.* — Quelques réflexions sur les cadres de l'éducation physique et du sport .. D^r R. HAURE.
 — Sénescence et activité physique MM. KOROBKOVIKOVLEV,
 M^{mes} CHKOURDOVA,
 IAKOVLEVA.
 — L'éducation physique et sportive, voie d'intégration sociale D^r J. LE BOULCH.

ANNÉE 1967-1968 (7^e année)

N° 1. — Décembre 1967 :

- DISPONIBLE.* — A propos des épreuves scientifiques de l'examen probatoire du professorat d'éducation physique D^r A. ALLEMANDOU.
 — Problèmes de gynécologie sportive D^r F. MACORIGH.
 — La prévention des accidents vertébraux D^r J. LE BOULCH.
 — La rééducation de l'attitude en éducation psycho-motrice M. P. VAYER.
 — Conduite à tenir devant une fracture, un traumatisme, une hémorragie, une insolation D^r M. ASSAILLY.

N° 2. — Mars 1968 :

- DISPONIBLE.* — La promotion professionnelle des éducateurs physiques D^r R. HAURE.
 — Les contre-indications d'ordre respiratoire à l'éducation physique D^r M. ASSAILLY.
 — Variations sur une programmation D^r R. HAURE.
 — Les différents types d'efforts de compétition sportive D^r G. AZEMAR.
 — L'éducation physique des enfants et adolescents handicapés moteurs .. M. G. CHAZEAU.

N° 3. — Juin - Septembre 1968 :

- DISPONIBLE.* — L'éducation psycho-motrice fait-elle partie de l'éducation physique ?
 Compte rendu intégral de la Table ronde organisée par la Société des professeurs d'éducation physique - médecins, le 29 avril 1968.

ANNÉE 1968-1969 (8^e année)

N° 1. — Décembre 1968 :

- DISPONIBLE.* — A propos de la psycho-cinétique. Quelques problèmes posés par l'analyse du mouvement humain M^{me} le P^r M. VIAL.

N° 2. — Mars 1969 :

- DISPONIBLE.* — L'apprentissage du mouvement en psycho-cinétique D^r J. LE BOULCH.
 — L' « interval-training » D^r M. ASSAILLY.
 — Variations sur une programmation (*suite et fin*) D^r R. HAURE.

N° 3. — Juin - Septembre 1969 :

- DISPONIBLE.* — A propos des épreuves scientifiques du professorat d'éducation physique. D^r A. ALLEMANDOU.
 — Le rythme dans le travail D^r M. ASSAILLY.
 — Les applications de la radiotélémetrie à l'éducation physique et sportive. D^r A. ALLEMANDOU.
 — Rééducation à base somatique D^{rs} H. WINTREBERT
 et F. DESOBEAU.

ANNÉE 1969-1970 (9^e année)

N° 1. — Décembre 1969 :

- DISPONIBLE.* — Analyse critique de la compétition M. A. RAUCH.
 — Le cœur et la circulation chez l'enfant et l'adolescent lors de la pratique des activités physiques D^r H. WEIDEMANN.
 — Facteurs qui interviennent sur la fonction respiratoire D^r M. ASSAILLY.

N° 2. — Mars 1970 :

- DISPONIBLE.* — La psycho-cinétique dans le cadre du tiers-temps pédagogique D^r J. LE BOULCH.
 — Examen clinique des troubles de l'attitude (examen morphologique) D^{rs} SIMÉON et BAYOURTHE.
 — L'éthique sportive : un système fonctionnel M. A. RAUCH.

N° 3. — Juin - Septembre 1970 :

- DISPONIBLE.* — Education physique et scoliozes D^r F. MACORIGH.
 — Traumatismes sportifs chez les étudiants de l'E.N.S.E.P.S. préparant le professorat d'éducation physique et sportive D^r SIMÉON.
 — Les programmes d'anatomie et de physiologie au professorat d'éducation physique D^{rs} BAYOURTHE et SIMÉON.

ANNÉE 1970-1971 (10^e année)

N° 1. — Décembre 1970 :

- DISPONIBLE.* — Les effets physiologiques de l'entraînement intermittent M^{me} A. FRENCESCHI-
 VEYSSIÈRE,
 MM. Marcel GASTAUD
 et J.-L. ARDISSON.
 — La socialisation de l'enfant au cours de la scolarité élémentaire. (Analyse du jeu) M. LECHEVESTRIER.
 — L'adaptation physiologique à la plongée profonde en apnée D^r GUILLERM.

N° 2. — Mars 1971 :

- DISPONIBLE.* — Modes et modèles de l'apprentissage en E. P. M. A. RAUCH.
 — La rénovation pédagogique à l'école élémentaire : pluridisciplinarité ou interdisciplinarité ? M. H. LECHEVESTRIER.
 — Réflexions sur les problèmes posés par les rachis des enfants et des adolescents lors de l'activité physique et de la pratique sportive MM. SIMÉON et coll.

M E M B R E S

DE LA

SOCIÉTÉ DES PROFESSEURS D'ÉDUCATION PHYSIQUE - MÉDECINS

- ALLEMANDOU, 45, avenue de Sceaux — 78 - VERSAILLES.
ASSAILLY, Résidence Sully, 3, avenue Molière — 78 - MAISONS-LAFFITTE.
AZEMAR, 11, rue de la Monesse — 92 - CHAVILLE.
BAYOURTHE 32, rue des Lois — 31 - TOULOUSE.
BOUTINES, 63 - BOISSÉJOUR par CEYRAT.
CHRESTIAN, 95, rue Saint-Jacques — 13 - MARSEILLE (6^e).
CORTOT, 63, rue Dépe — 33 - BORDEAUX-CAUDÉLAN.
* GABILLER, 4, rue de la Métairie — 67 - STRASBOURG - Montagne Verte.
HAURE, 30, rue Louis-Blanc — 33 - TALENCE.
LE BOULCH, 16, rue de la Gare — 35 - DINARD.
LEON, 3, rue Albert-Joly — 78 - LE VÉSINET.
LEPAPE, 7, rue Vicat — 38 - GRENOBLE.
MACORIGH, Bât. 1, *Cité Verte* — 94 - SUCY-EN-BRIE.
MONTEIX, 6, rue Saint-Bernard — 83 - HYÈRES.
PLOQUIN, 35, rue Raymond-Bordier — 33 - BORDEAUX-CAUDÉLAN.
† PROCEL, 39 *bis*, rue Walter-Poupot — 33 - BORDEAUX.
SARDINA, 23, boulevard Gambetta — 38 - GRENOBLE.
SIMÉON 31 - TOULOUSE.
WINTREBERT, 20, rue A.-Bollier — 94 - SAINT-MAUR-DES-FOSSÉS.

* N'a pas encore soutenu sa thèse.