

Projet Club

L'OSTEOPATHIE AU SERVICE DU HANDBALL



Baptiste GUILHEM





Préambule

“ L’Ostéopathie est un élément **incontournable** au niveau de la pratique sportive.

Au niveau du Handball, sport collectif d’opposition et de contact, la traumatologie constitue une spécialité prépondérante touchant l’appareil locomoteur.

Le **geste sportif**, la « **technopathie** » dérèglent l’**harmonie de notre corps**. Grâce à l’ostéopathie, la **restitution de cette harmonie** est possible pour que le geste soit reproductible avec la même **efficacité**.

C’est pour toutes ces raisons que l’ostéopathe a une **place de choix au niveau d’un staff médical d’un club ou d’une équipe** en travaillant en **parfaite collaboration et en réseau avec tous les membres du staff**.

”

Docteur **Fethy Bensaad**

- Médecin du sport
- Médecin territorial Grande aquitaine
- FFHB





Sommaire

© L'ostéopathie : Médecine d'hier et de demain	1,2
© Handball : Analyse de l'activité	3,4
© Handball : Biomécanique	5,6,7,8
© Handball : Analyse traumatique	9,10,11
© Ostéopathie & Handball	12,13,14,15
© Exemple de cas Ostéopathique	16
© Retours sur l'ostéopathie	17
© Conclusions et remerciements.....	18

L'Ostéopathie : Médecine d'hier et de demain

👉 Historique

Etats Unis, XVIIIème siècle, **Andrew Taylor Still** (1828-1917), **médecin et chirurgien**, voit ses trois enfants emportés par une épidémie de méningite cérébro-spinale.

Terriblement affecté, et convaincu que la thérapeutique de son temps étant souvent inefficace voire même plus dangereuse que la maladie qu'elle était censé traiter, Still décide de rompre avec l'orthodoxie et se concentre sur une nouvelle approche basée sur des **techniques manuelles**.

Still développera sa palpation à l'extrême et, 10 Années plus tard, c'est la **naissance de l'Ostéopathie**.

Grâce à Still, en **1892**, The « *american School of osteopathy* » voit le jour, il s'agit de la première école d'Ostéopathie au monde. En **1917**, un élève de Still : **John Martin Little John** fonde à son tour la « *British School of osteopathy* », école qui sera à l'origine de tout un **courant ostéopathique européen**.

👉 Principes de l'Ostéopathie

« La Structure gouverne la fonction »

Ce principe biomécanique s'établit dans le cadre d'une inter dépendance **Structure-Fonction** qui s'appuie sur la notion fondamentale de **globalité**. « *Une entité organique fonctionne correctement si sa situation dans un espace tridimensionnel et ses paramètres de mobilité sont normaux* ».

« L'unité du corps humain »

Le corps humain est un **tout** : il concentre os, articulations, muscles, fascias, vascularisation, innervation, viscères. Par relation conjointe, l'**atteinte d'un de ces éléments** entraîne des **répercussions sur l'ensemble des autres parties**.

« La loi de l'artère »

La libre circulation du sang assure l'**intégrité des systèmes** de l'organisme et garantit donc l'**homéostasie**.

« La capacité d'auto-guérison »

Le corps a des recours pour **élaborer et fabriquer ses propres substances** pour lutter contre les maladies et les troubles toxémiques quand l'espace environnemental est cohérent. Les principes d'**adaptation et d'immunité corporelle** dépendent de l'**intégrité des mécaniques du corps**.

L'Ostéopathie : Médecine d'hier et de demain

👉 L'Ostéopathie d'aujourd'hui

En France, l'Ostéopathie possède le statut de **médecine « manuelle, alternative »** et est reconnu comme une profession à part entière, une pratique de soins autonomes depuis la promulgation de la **Loi de Mars 2002 (Loi Kouchner)**. Le titre professionnel d'Ostéopathe voit donc le jour.

En 2016, **1 français sur 2** consulte un ostéopathe, réel engouement populaire grâce, notamment, à la **médiatisation de la profession** depuis sa reconnaissance. La preuve en est : la plupart des mutuelles santé offrent, maintenant, des remboursements pouvant aller jusqu'à 4 séances prises en charge par an.

L'Ostéopathie est trop souvent considérée comme la **dernière alternative** après les échecs des autres traitements alors qu'elle procure, généralement, le **soulagement immédiat et durable de la douleur**. Elle permet, aussi, un **gain de temps** pour le patient et également dans le cadre des soins ce qui allège les **prestations des caisses sociales**.

👉 L'Ostéopathe

Il existe **deux « types »** d'ostéopathe : les **ostéopathes professionnels de santé** (kiné, médecin, infirmière, etc) et les **non professionnels de santé** nommés péjorativement « **ni-ni** » ou encore **ostéopathe exclusif**. Quoi qu'il en soit, l'ostéopathe (exclusif) reste un **praticien de première intention** (le patient n'a pas besoin d'un avis médical pour consulter) et dispose donc d'une **base scientifique médicale (anatomie, physio-pathologie) étoffée** afin de déterminer si la symptomatologie de la patientèle relève ou non du domaine médical au sens strict (ceci est d'autant plus vrai chez les ostéopathes exclusifs).

A l'instar des motifs de consultations en cabinet, l'ostéopathe est surtout **efficaces sur les douleurs (91%** des prises en charges) notamment sur les **troubles musculo-squelettiques (75%** des motifs de consultations), véritable enjeu de santé publique dans les **entreprises** (dû à la pénibilité du travail, longueur des journées, ergonomie etc). Il intervient également sur les **troubles fonctionnels gastro-intestinaux (5%** des motifs), les **pathologies ORL (5%)**, mais également les **prises en charge pédiatrique (11%)**.

L'ostéopathie est bien souvent comparée à la **kinésithérapie** or le **champ/mode d'action de ses disciplines est bien différent** mais toutefois **complémentaire**. La kinésithérapie se concentre principalement sur une **zone précise de souffrance**, ou des techniques sont mises en place tant sur le plan de la **rééducation, du renforcement musculaire, de la mobilité** ou encore de **l'endurance** du patient. L'ostéopathie, à contrario, recherche **l'origine même d'une souffrance, les zones de perte de mobilité**, en considérant l'être humain dans sa **totalité**, afin de réaliser **un travail harmonieux de l'ensemble du corps humain**. Ces deux disciplines ne sont donc **pas en concurrence**, elles sont **différentes et complémentaires** : dans le cadre de suite de traumatismes, ou de pathologies chroniques, toutes les études prouvent qu'un **travail multimodal** (kinésithérapeute et ostéopathe) permet d'obtenir de **bien meilleurs résultats**.

Handball : Analyse de l'activité

👉 Origine et Histoire du handball

Les origines, les plus lointaines, du Handball remonteraient à **1898**, avec l'apparition au **Danemark** du « *Haandbold* » un jeu qui se pratiquait alors sur un petit terrain. D'autres historiens, quand à eux, rapprochent le Handball d'un ancien jeu **Tchécoslovaque** appelé « *Hazena* ». Dans les années **1900**, **Casey** (un irlandais) introduisit un jeu semblable au Handball actuel aux **Etats Unis** : ce sport suscita un tel engouement qu'une compétition fut organisée à Los Angeles en 1919.

Néanmoins, on attribue réellement l'invention de ce sport à l'allemand **Carl Schellenz**, professeur de l'école Normale Germanique d'éducation physique de **Leipzig**. Il créa le **handball à Onze en 1919** en s'inspirant du jeu féminin, le « Torball ».

Le handball joué alors en plein air, par des équipes de 11 joueurs, est apparu comme sport de présentation au JO d'Amsterdam en 1928. C'est à cette occasion que fut alors fondée la **Fédération Internationale de Handball Amateur (FIHA)**. En **1936**, la FIHA compte **23 pays affiliés** et le Handball rentre au programme des JO de Berlin où 6 nations participeront à cette compétition : Allemagne, Autriche, Suisse, Hongrie, Roumanie, Etats Unis). En **1938**, l'**Allemagne** organise les premiers **championnats du Monde à 11 et à 7** et remporte les deux titres. Après la seconde guerre mondiale, le handball disparaît du programme des JO d'été : il faudra attendre **1972** et les **jeux de Munich** pour voir le **hand à 7** inscrit au programme des JO pour les hommes, et **1976** lors des **JO de Montréal** pour les femmes.

En **1946**, huit fédérations nationales fondent l'actuelle **Fédération Internationale de Handball (IHF)** à Copenhague. En 1954, le **jeu à 7** fait son entrée en **compétition officielle** et détrône le jeu à onze qui disparaît définitivement de la scène internationale en **1966**. Parallèlement le handball s'installe dans les gymnase en lieu des terrains extérieurs.

👉 Généralités

Le handball se pratique avec un **ballon** mesurant 58-60cm de circonférence et pesant 425-475g pour les hommes, 54-56cm de circonférence et 325-400g pour les femmes.

Chaque équipe se compose de **7 joueurs**. L'aire de jeu est un **rectangle de 40m de long sur 20m de large** comprenant une surface de jeu et une surface de but. Cette dernière étant limitée par une ligne appelée « ligne des 6m ». L'aire de jeu présente également :

- une ligne de jet franc ou « ligne des 9m » : ligne discontinue à 3m de la surface de but
- une « ligne des 7m » : ligne de 1m de long placée directement devant le but à une distance de 7m de celui-ci
- une ligne de limitation pour le gardien de but ou « ligne des 4m »

Handball : Analyse de l'activité

👉 Analyse des efforts et du morphotype

Le handball, jeu **rapide, dynamique, offensif et agressif** s'est considérablement transformé ces dernières années. Les joueurs semblent **aller plus vite, plus haut, tirer plus fort et courir plus longtemps**.

Les études de « **Pers et Al** » en 2002 montraient que **37%** du temps de jeu était consacré à la **marche**, **31%** à une course **lente**, **25%** à la **course rapide** et enfin **7%**, seulement, au **sprint**.

« **Sibila et Al** » en 2004 ont démontré des différences significatives entre les postes avec **58%** du temps de jeu à **marcher** pour **les pivots** contre **62%** pour **les ailiers**. Mais, à contrario, seulement **4%** du temps de jeu des ailiers, et **3%** du temps de jeu des arrières étaient consacrés aux **sprints**. « **Dott** » en 2002 et « **In Buchheit** » en 2003, notaient qu'un joueur effectuait plus de **300 actions brèves et explosives** avec des périodes de récupération avoisinant les **25-30s** lors d'un match.

Une étude récente du « **Centre d'expertise de la performance de l'Université de Dijon** » a démontré l'importance du **nombre et de la fréquence des courses, des duels sur la base arrière**, favorable à un jeu avec plus d'**efforts intenses**. A l'inverse, une **baisse** significative du nombre de **neutralisation** expliquant la difficulté pour le défenseur de stopper l'attaquant. Le rapport de force **attaque/défense** basculant très clairement en faveur des **actions offensives** (NB : Score final de plus en plus élevé depuis ces dernières années). Les **joueurs « actuels »** sont en effet, **plus agiles, techniques, physiques**. Les engagements rapides permettant aussi d'expliquer une **nette augmentation des efforts en très haute intensité** et donc inévitablement la durée de **récupération qui diminue** entre les actions. Enfin la répartition des tâches par poste a évolué : l'**ailier « finisseur »** et devenu un **réel acteur en attaque** placé tout en conservant une importance majeure dans les phases de contre attaques.

Aujourd'hui avec la règle de l'engagement rapide, on demande à un défenseur de maîtriser le ballon en pleine vitesse comme le ferait un ailier. **N'importe quel joueur du terrain doit endosser tous les rôles** afin que le jeu ne soit jamais arrêté. Le petit gabarit demie centre n'existe quasiment plus, le « meneur » moderne doit être sensible dans sa direction de jeu, très puissant pour échapper au marquage et suffisamment tonique pour terminer les actions. **Il en est de même pour les ailiers « actuels » qui suivent le morphotype « unique » : 1,95m, puissants, complets.**



Le handballeur d'aujourd'hui ferait un excellent rugbyman

Claude ONESTA

Handball : Biomécanique

👉 Le geste du Lancer dans le sport en général

L'action de lancer un objet est un fait « **biomécanique** » très complexe. Elle associe de manière séquentielle **différents systèmes articulaires et musculaires** avec pour objectif la projection d'un objet. Cette projection a grande vitesse est utilisée notamment pour le lancer de javelot, ou encore en associant vitesse et précision pour le joueur de baseball, pour le service au tennis ou encore pour ce qui nous concerne, le tir du handballeur.

👉 Anatomie générale

Le membre supérieur est composé de différents groupes d'os regroupés en éléments.

On y retrouve l'**épaule** composée de la **clavicule** et de la **scapula** (« omoplate »), le **bras** composé de l'**humérus**, le **coude** (articulation bras/avant-bras), l'**avant bras** composé du **radius** et de l'**ulna** (« cubitus »), le **poignet** correspondant aux **os du carpe**, la **main** contenant des **os métacarpiens** et des **phalanges**.

Tous ces éléments s'articulent entre eux pour permettre de réaliser le geste de lancer à bras cassé.

L'articulation de l'épaule comprend 3 groupes musculaires regroupés selon leur origine et leur insertion :

- 1er groupe rassemble les muscles qui ont leur origine sur la scapula et qui s'attachent sur l'humérus :
 - Le supra épineux qui soulève le bras vers l'extérieur (abduction),
 - Le grand rond qui ramène le bras vers l'intérieur (adduction) et le fait tourner vers l'intérieur (rotation interne),
 - L'infra épineux et le petit rond qui réalisent une adduction et une rotation externe du bras,
 - Le sub-scapulaire qui réalise une rotation interne du bras.
- 2ième groupe rassemble les muscles qui ont leur origine sur la colonne vertébrale et qui s'attachent sur la scapula
 - L'élévateur de la scapula et le rhomboïde qui élèvent la scapula et lui induisent une rotation interne,
 - Le trapèze qui induit une adduction de la scapula.
- 3ième groupe rassemble les muscles qui ont leur origine sur le tronc et s'attachent sur le bras
 - Le grand pectoral qui attire le bras vers l'intérieur (rotation interne), l'élever en position basse, l'abaisser en position haute,
 - Le deltoïde joue un rôle notamment dans l'élévation du bras tendu vers le haut et l'extérieur,
 - Le grand dorsal attire le bras derrière le dos,
 - Le dentelé antérieur permet la fixation de la scapula.

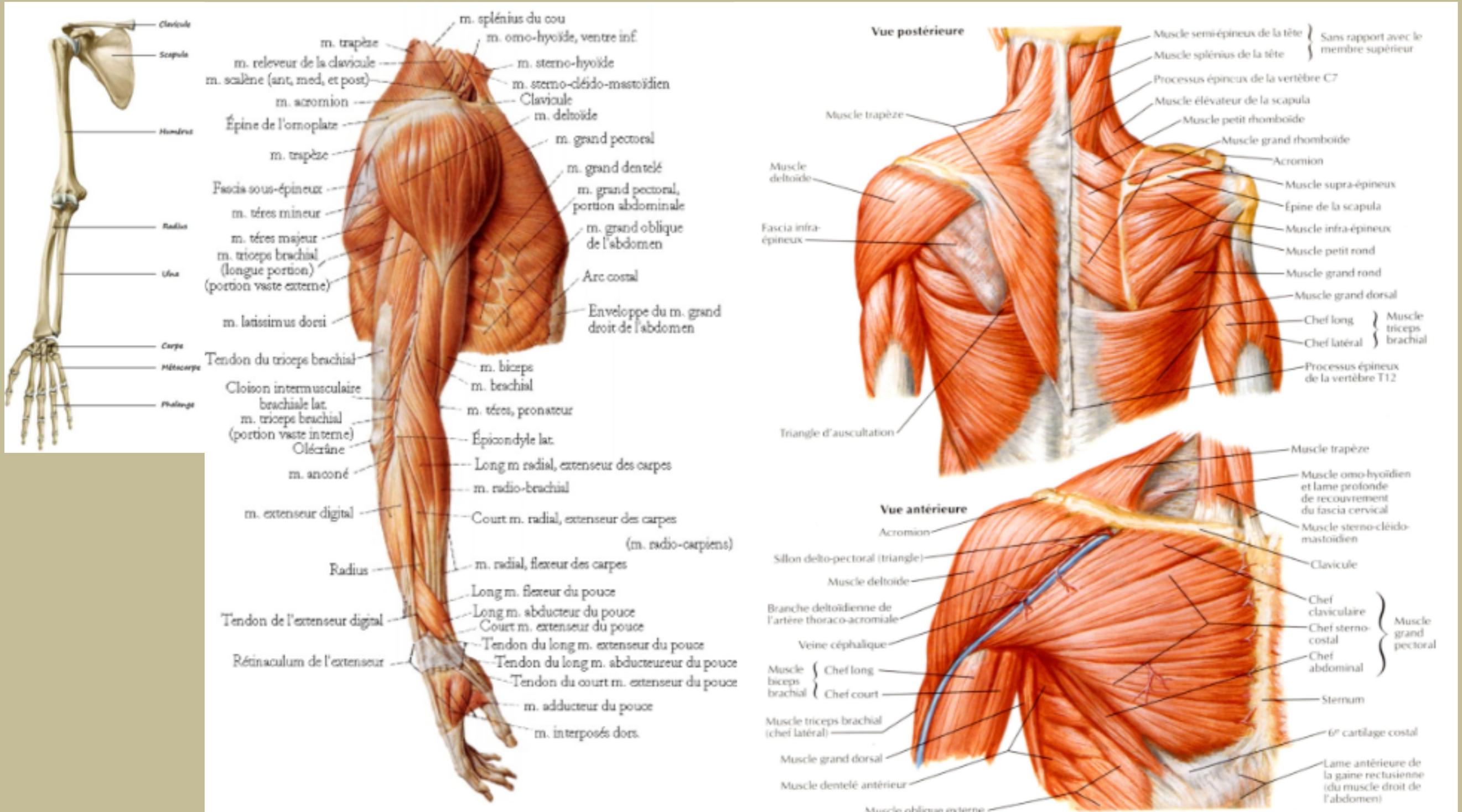
L'articulation du coude (huméro-radiale, huméro-cubitale, radio-cubitale) possède 2 groupes musculaires :

- Le biceps brachial, le brachial antérieur, et le long supinateur réalisent une flexion de l'avant bras sur le bras,
- Le triceps brachial pour l'extension.

L'articulation de la main et du poignet possède principalement les muscles extenseurs des doigts et du carpe, les adducteurs et fléchisseurs du poignet, le grand palmaire et le fléchisseur des doigts.

Handball : Biomécanique

Anatomie générale



Handball : Biomécanique

👉 Biomécanique



Segments	Réception de la balle	Début de l'armer	Fin de l'armer	Début du tir	Lâcher de la balle
Bassin		Rotation externe		Rotation interne	
Tronc	Flexion avant	Extension		Légère flexion	Neutre
Buste		Neutre		Inclinaison avant	
Epaules	Neutre	Rotation externe		Rotation interne	
Bras	Neutre	Abduction horizontale		Adduction horizontale	
		Abduction		Adduction	Abduction
		Rotation externe		Rotation interne	
Avant-bras	Flexion	Aléatoire	Extension	Flexion	Extension
Poignet Main	Neutre	Légère extension à Neutre		Extension	Flexion

Handball : Biomécanique

👉 Biomécanique

Au niveau anatomique, on peut déduire que, lors de la réception de la balle, **les abdominaux, les lombaires et les muscles des membres inférieurs** travaillent en priorité.

Lors de la phase d'armer, le joueur est en suspension, le **tronc s'ouvre et les abdominaux se contractent**. La **rotation externe des épaules** est réalisée par le **supra épineux**, le **petit rond** et le **deltoïde** qui se contractent. L'**abduction et la rotation externe du bras** sont produits par l'action du **grand dorsal**, du **deltoïde**, et du **supra épineux** qui permet d'amener le **bras vers l'arrière** tant dis qu'au même moment, le **trapèze**, l'**élévateur de la scapula**, le **dentelé antérieur** et les **rhomboïdes** attirent la **scapula vers la colonne vertébrale** pour permettre un geste optimal. La légère **extension de l'avant bras** en fin d'armer se réalise par le **triceps brachial**.

Lors de la phase de tir, les **abdominaux et les membres inférieurs**, réalisent le **mouvement de rotation du tronc et du bassin**. La **rotation interne** résulte de la contraction du **grand rond** et du **trapèze** tant dis que le **pectoral** et le **deltoïde** permettent de ramener le **bras vers l'avant**. La **flexion de l'avant bras** se réalisent par l'action du **biceps brachial**, du **brachial antérieur**, du **long supinateur** et l'**extension** par le **triceps brachial**.

Le geste se termine par les **mouvements de la main et du poignet** produit par l'activité du **grand palmaire**, des **fléchisseurs et extenseurs des doigts et du poignet**.

La **succession et la bonne coordination des muscles du membres supérieurs** permettent d'obtenir une gestuelle efficace pour le tir du handball ou la passe.

La **vitesse résulte**, quand à elle, de la force dégagée par le **grand dorsal** (élève le bras vers l'arrière), du **grand pectoral** (ramène le bras vers l'avant), et l'enchaînement des **contractions/relâchements du biceps et du triceps** (flexion et extension de l'avant bras).

« **De par sa complexité, le tir en suspension ne peut être que le résultat d'un long apprentissage** » (Handazur, 1980).

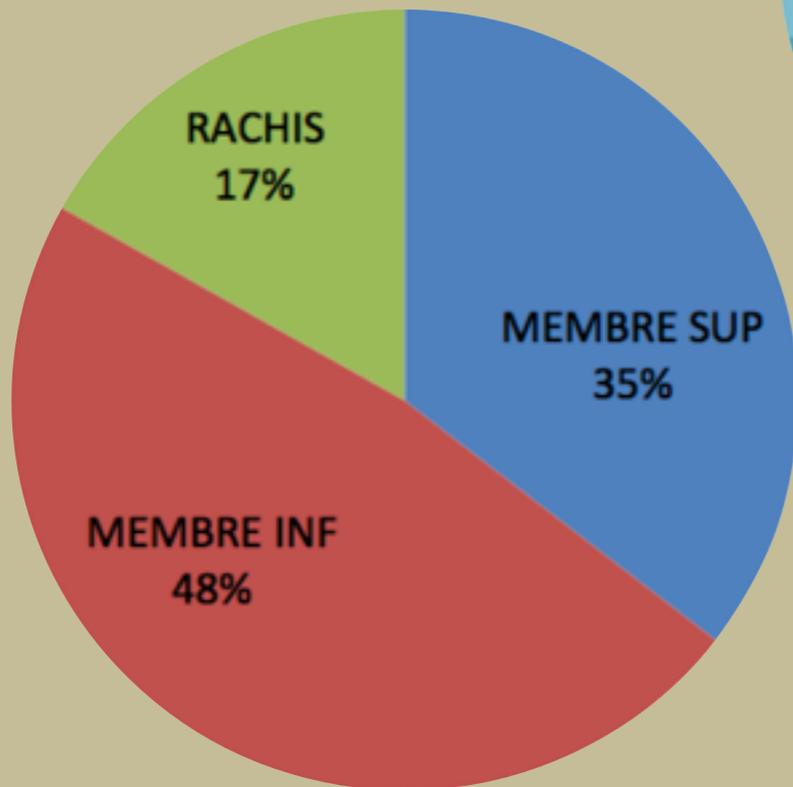
Chaque joueur, quelque soit le niveau de pratique, présente **une gestuelle unique**, favorisant biomécaniquement certaines articulations, en terme d'amplitude (gléno-humérale, coude, poignet, etc) rendant donc le geste du **lancer unique**, et **propre** à chacun. A contrario, les grandes lignes de la biomécanique sont tout de même respectées, nous trouvons de grande **similitude** entre les joueurs.



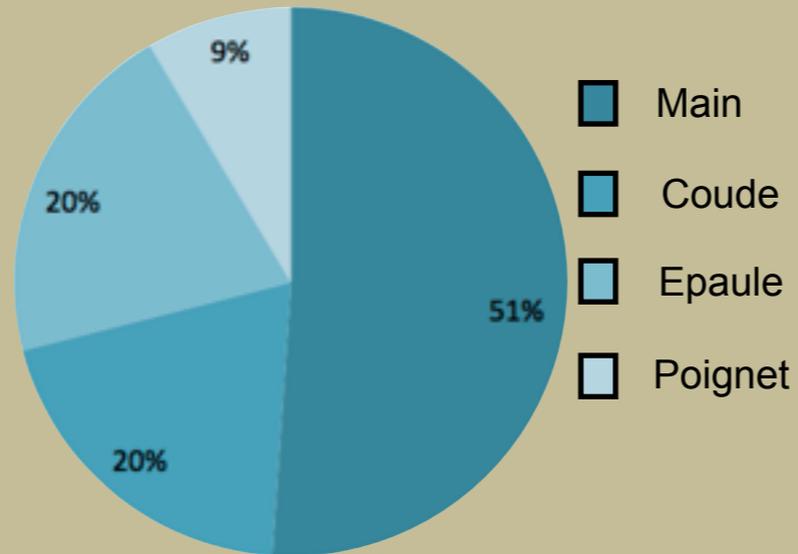
Handball : Analyse traumatique

👉 Analyse Statistique

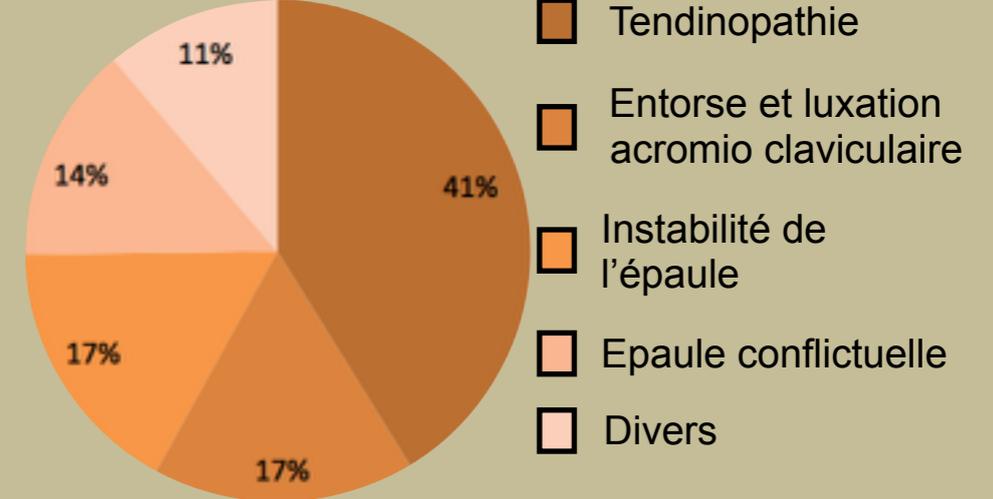
Localisation des traumatismes



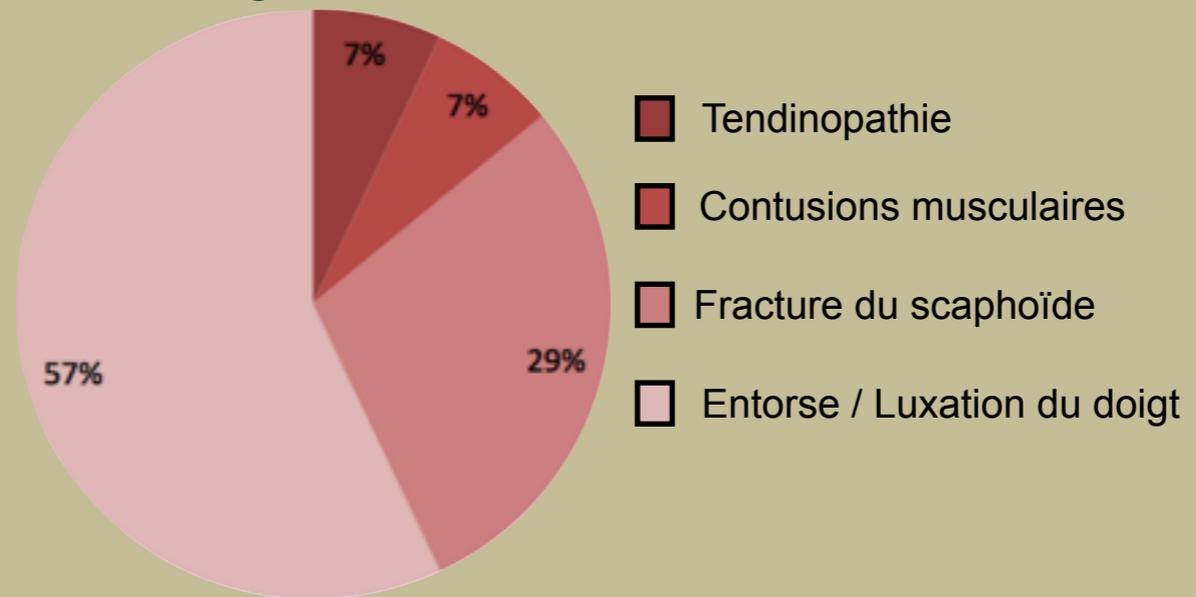
Membre supérieur



Epaule

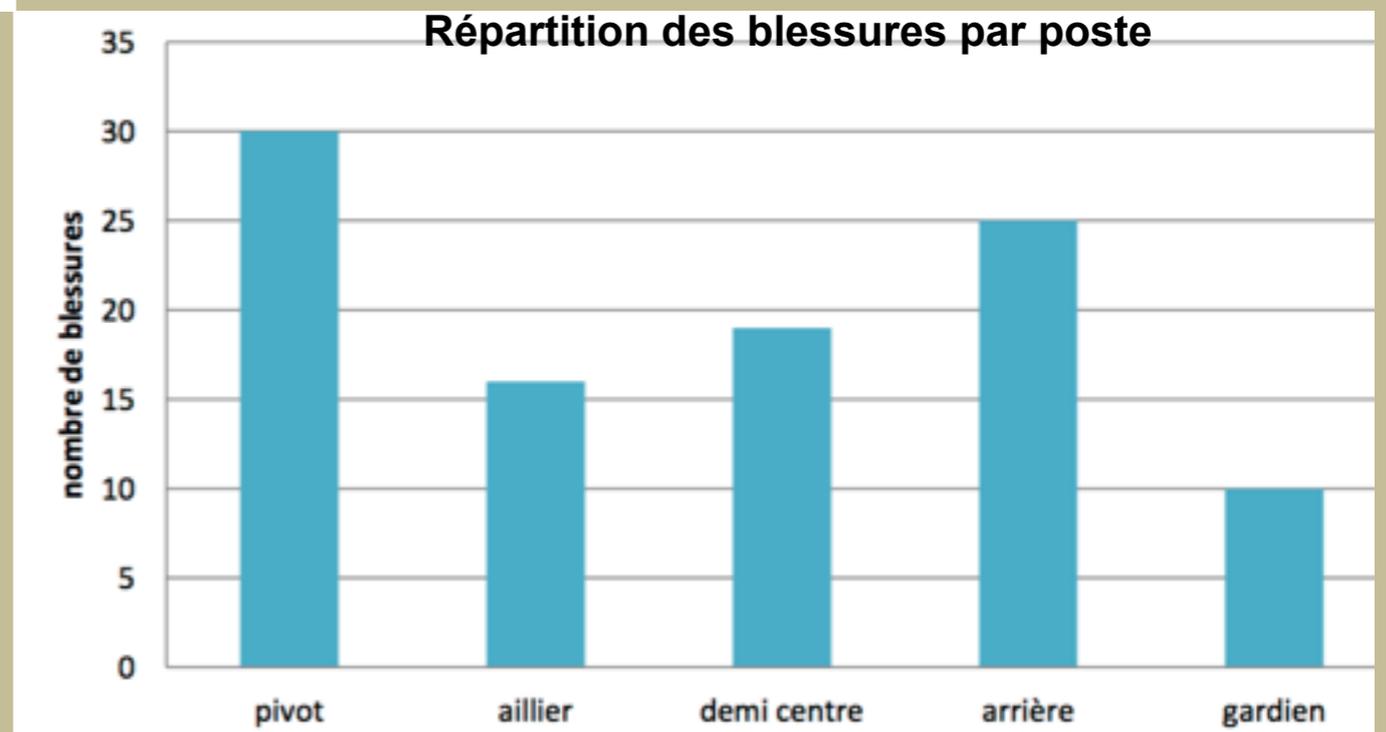
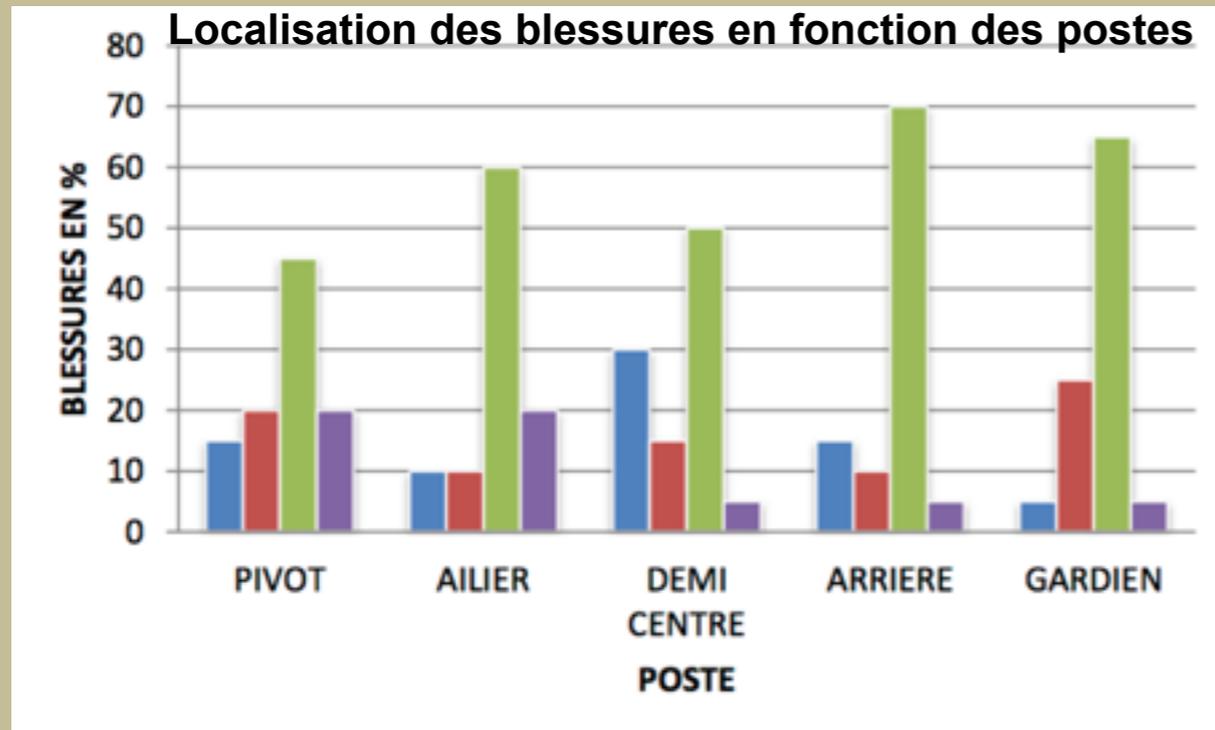


Poignet/Main



Handball : Analyse traumatique

👉 Analyse Statistique



Handball : Analyse traumatique

➔ Analyse générale

La médiatisation, ainsi que le nombre de licenciés grandissant, a permis de faire différentes études sur les blessures du joueurs de Handball selon deux aspects : **physique et technique**.

D'un point de vue physique, les blessures sont liées à l'**impact traumatique direct**, impact de plus en plus important ces dernières années suite au changement **corporel/physique des joueurs**, entre attaquant et défenseur entraînant des traumatismes divers essentiellement représentés par des **fractures, contusions musculaires, lésions ligamentaires**, notamment au niveau des **épaules**. D'autres part, les contraintes mécaniques liées aux **accélération brutales et répétées** lors des phase attaque/défense quasi permanentes.

D'un point de vue technique, on remarque que les contraintes et les blessures sont différentes **selon le poste occupé** sur le terrain. En effet, les gestes techniques, les positions de tirs, les expositions de risques sont tout a fait dissemblables entre les **pivots, les ailiers ou les arrières**, sans parler du **gardien** exposé, lui, à d'**autres lésions**.

Comme vu précédemment, les localisations des blessures sont différentes :

- Musculaires et tendineuses : 30% des lésions totales surtout aux membres inférieurs,
- Genoux et chevilles pour les membres inférieurs,
- Epaules pour les membres supérieurs.

Les pathologies dominantes par zone sont les suivantes :

- Genoux et chevilles : lésions ligamentaires de gravité variable
- Poignets : lésions ligamentaires, et même des ruptures ligamentaires sourdes, qui passent inaperçu mais ont des séquelles de part leurs diagnostics tardifs (nécessitant un arthro-scanner).
- Epaules : conflit de l'épaule notamment,
- Blessures musculaires : membres inférieurs, surtout les quadriceps, ischio et gastrocnémiens (mollet).

La chronologie des blessures présente un **pic de fréquence au mois d'octobre**, notamment à cause d'une surcharge de travail durant la préparation estivale et à la survenue du championnat suite à une période de décharge physique (trêve estivale).

Les blessures interviennent à **plus de 40% à l'entraînement**, surtout en position offensive qu'en défensive.

Le poste le plus exposé est le **Pivot**, suivi de près par les **arrières et les ailiers**.

“ *La commission médicale de la FFHB réalise actuellement une étude statistiques grâce à des tests pour déceler des déficits, notamment des muscles rotateurs pouvant être à l'origine de pathologie notamment tendineuse* ”



INTERET ET IMPORTANCE DE L'OSTEOPATHIE



Ostéopathie & Handball

👉 Pistes de réflexions autour d'acteurs du monde du sport



Laurent BLANC

“L'apparition officielle de l'Ostéopathie dans le milieu du football remonte au débuts des années 1990, lorsqu'un joueur clef de l'EDF souffrait d'un problème très handicapant à la tibio-tarsienne sans solution médicale. Il décide alors en son nom de faire venir un ostéopathe contre l'avis du médecin de la Fédération...Miracle! L'ensemble des joueurs prend alors conscience qu'il manque quelqu'un dans l'équipe médicale et décide de monter au « clash » avec le staff pour imposer ce nouveau praticien. Dès lors l'essentiel est atteint puisqu'un ostéopathe exclusif fait désormais partie intégrante de l'équipe médicale de la FFF. Il est présent à tous les niveaux de préparation, récupération, et de prévention. ”



Zinédine ZIDANE

“Mon ostéopathe m'a traité pour des douleurs dorsales et des tendinites. L'ostéopathie m'a ensuite aidé à accélérer la guérison de mon entorse du genou en 1999. Le fait d'être suivi régulièrement m'aide à récupérer plus facilement, à avoir une meilleure approche des matchs tant au niveau physique que de la gestion du stress. Le fait de soigner naturellement en prenant moins de médicaments et d'anti inflammatoires permet de se préserver pour l'après football et de vieillir mieux. ”



Yohann DINIZ

“ C'est vraiment lui « l'ostéopathe » qui a les clés de l'horloge et il est là pour la régler le plus précisément possible ”

Jérôme FERNANDEZ

“Je pense que l'ostéopathie apporte beaucoup au sport et notamment aux sport de combat comme le hand ou le rugby. Nous avons un ostéo au Barça et à Kiel et je me suis rendu compte de ce que ça pouvait apporter. Malheureusement, pas tous les clubs de hand n'ont les moyens de compter sur un staff médical aussi étoffé. J'ai donc découvert l'ostéopathie au Barça en 2002 car l'ostéo de Pau Gasol passait tous les quinze jours pour nous remettre en état. Cela apportait un vrai plus par rapport au Kiné que nous avons. Ayant pas mal de soucis au niveau des cervicales et des lombaires, j'ai vraiment apprécié son travail. Les sportifs prennent conscience de ce que peuvent leur apporter les ostéopathes. De ce fait ils prennent une place de plus en plus importante dans la médecine d'aujourd'hui, tant dans le monde du sport que de la société. Leur travail est de plus en plus respecté et apprécié. Enfin les clubs auront, dans l'avenir, la nécessité de compter avec un ostéopathe dans leur staff médical. Nous avons besoin de vous pour nos grands champions français. ”



➔ Action globale d'un Ostéopathe dans le milieu Sportif

« **Structure équilibrée + Mobilité correcte = fonction optimale** »

De part sa formation, l'ostéopathe est considéré comme un thérapeute de « **première intention** » (sans ordonnance médicale). Il possède, de ce fait, de **larges connaissances scientifiques** (anatomo-physio-pathologique) lui permettant d'adapter son traitement ostéopathique en cas de prise en charge ou bien d'**orienter un patient** vers un professionnel de santé particulier quand le trouble/pathologie ne relève pas de son domaine d'expertise ou s'il souhaite un **travail complémentaire** (médecin, Kinésithérapeute, chirurgien, podologue, etc).

Par son action spécifique sur l'ensemble du corps, l'Ostéopathe saura reconnaître et traitera les **véritables causes** des douleurs limitant la pratique de l'activité sportive. L'ostéopathie en milieu sportif s'établit sur deux domaines bien distincts que sont l'**aspect préventif** et enfin l'**aspect curatif**.

Par son efficacité, il améliore le **potentiel** et la **puissance musculaire**, la **souplesse articulaire** et la **capacité respiratoire**.

Le traitement ostéopathique permet également une **meilleure concentration** avant l'épreuve et une **récupération optimale** après l'effort utile notamment en « pré-saison » lors de la préparation estivale.

En résumé l'ostéopathe peut intervenir sur :

- **Préparation aux compétitions,**
- **Aide à la récupération,**
- **Douleurs musculaires,**
- **Douleurs ligamentaires,**
- **Douleurs articulaires,**
- **Troubles circulatoires,**
- **Suivi et Bilan,**
- **Améliorations des performances,**
- **Entorses, « Foulures », Tendinites,**
- **Lombalgie, Dorsalgie, Cervicalgie, « mal de dos »,**
- **Pubalgie**
- **Gênes, troubles de la mobilité**
- **etc**

Ces actions ostéopathiques sont toutes aussi **importantes** chez l'adultes mais aussi **chez l'enfant/adolescence** souffrant d'autant plus de **troubles/pathologies de croissances** pouvant entraîner, sans traitement adéquat, **des conséquences graves**, voir même l'arrêt de la pratique



➔ Actions Spécifiques d'un Ostéopathe dans le milieu du Handball

Le handball, sport asymétrique, de contact, entraîne chez **tous pratiquants** que ce soit **amateur ou professionnel** des « dysfonctions » ostéopathiques de part la **survenue de micro-traumatismes, la répétition du geste de lancer ou tout autre geste, la fréquence/nombre d'appuis, les sauts, les contacts ou encore le stress, l'appréhension, l'anxiété, une récupération non optimale, etc.**

Une dysfonction ostéopathiques est ressentie, généralement, sous sa forme la moins symptomatique comme **une gêne**, un déficit de mobilité. A court terme, et sans traitement, cette gêne peut évoluer en **douleurs articulaires**, une **fatigabilité de l'organisme** favorisant, alors, la survenue de **blessures musculaires, de tendinites, de fracture ou encore bien d'autres troubles fonctionnels.**

L'ostéopathie, encore plus en milieu sportif, doit prendre en compte tous les facteurs intrinsèques au joueur : **physique, social, motivations, objectifs ou encore le mode de vie avec le contexte familial, l'histoire, l'alimentation, le sommeil, etc.** Cette approche complète du pratiquant permet de décrypter au maximum les problématiques rencontrées telles que la répétitions de survenue de **blessures**, la **méforme** en compétitions, la gestion du **stress**, la **mauvaise récupération** post séances/match, le **manque de confiance en soi** etc, rendant ainsi la présence d'un **Ostéopathe primordiale au sein d'un staff médical.**

« L'ostéopathe se doit de comprendre les contraintes notamment physiques et émotionnelles que subissent les joueurs en pratiquant le Handball afin de mieux en traiter les symptômes. Il m'apparaît donc nécessaire d'**avoir évoluer dans ce milieu (joueur, entraîneur ou tout autre fonction)** afin d'établir un **traitement adéquat**, » mais ceci n'est que mon humble avis.

Une meilleure **mobilité** du corps permet au handballeur d'effectuer un **meilleur geste technique** et donc d'être plus **performant**. La séance d'ostéopathie permet donc de maintenir le corps dans un **état d'équilibre**, c'est aussi un moment de détente pour le sportif, car les tensions psychiques et psychosomatiques se relâchent. Associé à une bonne hygiène de vie cela permet un **repos de meilleure qualité**, un **sommeil plus réparateur**, permettant donc naturellement **une meilleure récupération.**

En rééducation post traumatique, la prise en charge ostéopathique couplée avec celle du **kinésithérapeute** permet un retour plus rapide sur les terrains.

Enfin, l'ostéopathie peut parfois, éviter la prise de médicaments, qui chez le sportif de haut niveau n'est pas négligeable (contrôle anti dopage, effets secondaires potentiels). En effet, une étude randomisée a démontré que les **techniques ostéopathiques ont autant d'efficacité que les traitements médicamenteux pour les dorsalgies basses.**

« *L'athlète de haut niveau est une mécanique de haute précision* »

Ostéopathie & Handball

➡ Place d'un Ostéopathe au sein du staff d'une équipe de handball

« L'Ostéopathie n'est qu'un maillon de la chaîne »

L'ostéopathie dans le milieu du Handball est actuellement (trop) peu présente. **Les praticiens de qualités, connaissant la pratique, si particulière, du handball sont trop rares.**

Dans les clubs professionnels, la démocratisation de l'ostéopathe exclusif fait peu à peu sa place au sein des staff médicaux. L'assurance de la FFHB, proposant même aux joueurs conventionnés des remboursements à hauteur de 2 séances par an.

La relation avec le **staff technique est primordiale**, pour appréhender au mieux les contraintes d'effectif, de logistiques, etc.

L'Ostéopathie n'obtient des résultats optimaux que si elle est associée à d'autres professionnels : **Médecin, Kinésithérapeute, Podologue, préparateur physique/mental, Nutritionniste, dentiste.**

L'intérêt est tout aussi grand pour les clubs amateurs. L'aspect financier ne permettant pas toujours d'avoir de réels référents sur des professions tels que médecin, kinésithérapeute, etc, L'ostéopathie, médecine de première intention, permet aux joueurs et joueuses d'avoir un premier avis et d'être directement orientés vers le professionnel répondant au mieux à leurs symptômes.

➡ Aspect logistique/financier de la présence d'un Ostéopathe

Logistique :

La prise en charge ostéopathique nécessite une organisation particulière. En effet les séances, nécessitent en général un repos complet durant **24-48h**. **La relation avec le staff technique doit donc être primordiale.**

Exemple au sein de l'ES Blanquefort :

L'organigramme de la prise en charge était très clair. En cas de besoin quelconque, les joueuses se rendaient d'abord au cabinet du médecin référent (Dr. Fethy Bensaad) qui orientait ensuite vers le podologue, le kiné, ou encore moi-même.

Sous la houlette de Patrick EVENE, les séances d'Ostéopathie s'effectuaient, en cas de besoin, les **lundis/mardis** principalement, permettant ainsi une **présence impérative** des joueuses sur les séances technico-tactiques du vendredi soirs (présence aussi le mercredi sur les savoir faire individuels possibles en cas de prise en charge le lundi).

En cas de légère gêne survenue lors de la séance du vendredi soir, j'étais présent sur place afin de soulager, si possible, immédiatement, permettant la sélection le week end pour les matchs.

J'étais de plus aussi présent les WE afin de strapper (D.U obtenue), masser ou étirer ponctuellement les joueuses pour les mettre dans des conditions optimales pour le match.

Financier :

Le prix moyen d'une consultation ostéopathique se situe aux alentours de **50€** pour une heure de consultation.

Plusieurs possibilités peuvent être mises en place par les clubs :

- La présence de l'ostéopathe directement au club, avec un forfait mensuel,
- La réduction du montant de la séance sous la forme d'un partenariat pour les joueurs et joueuses au sein d'un cabinet.

Exemple de Cas Ostéopathique

ESB Handball N2F



☞ Cas : Ostéopathie et Podologie

Septembre 2016 :

P.EVENE (coach des SF1) me sollicite pour une joueuse « cadre » présentant, depuis quelques saisons, des **douleurs lombaires aiguës** évoluant par épisode à raison de **3-4 crises par an** nécessitant un **arrêt temporaire de l'activité physique** et une prise en charge ostéopathique.

Tous les examens médicaux, para médicaux effectués ne démontraient aucune pathologie ou trouble particulier. Des séances d'ostéopathie ponctuelles, la saison passée, avec son praticien « habituel » permettaient de soulager la douleur en complément d'un **arrêt d'activité durant 1 à 2 semaines** (Ndlr : soit un arrêt total de deux mois si 4 crises dans l'année).

Une étude approfondie de sa gestuelle en corrélation avec son poste (Pivot), a permis de noter une vraie **inégalité de longueur des segments jambiers** d'origine inconnu (congénitale ou acquise). Par un phénomène de compensation du corps humain, le **bassin** a adopté une position en « **bascule** », les **lombaires et les cervicales** se sont adaptés dans le seul but de garder le **regard à l'horizontale**.

Ces compensations, dont nous ne nous rendons même pas compte, n'entraîne pas forcément de trouble particulier. Cependant, chez une Pivot, qui effectue constamment des mouvement **de rotation du buste contre résistance** (position préférentielle en attaque pour tirer), le système dorso-lombaire se retrouve **freiné dans son amplitude** par l'adaptation posturale des lombaires en inclinaison. Avec le temps, le système musculaire « force » et se contracte fortement pour permettre la rotation des vertèbres, pouvant, vraisemblablement être à l'origine d'un « lumbago » évoluant par crise.

Après l'avis du **médecin référent**, nous avons réalisé une séance d'**Ostéopathie de « rééquilibrage »** puis un rendez vous avec le **podologue référent**. Ce dernier a effectué son bilan d'expertise et a confectionné des semelles dites posturales.

Résultat : Après une période d'adaptation aux semelles, la **joueuses n'a présenté plus aucun trouble du rachis durant la saison 2016-2017**. Son Ostéopathe habituel (de la saison passé) a effectué un travail cohérent mais n'a pas pris réellement en compte toutes les composantes d'une joueuses de handball, d'ou la **spécificité de la pratique ostéopathique en milieu sportif et plus précisément dans le handball**.

Cette approche multimodale (médecin, ostéopathe, kiné, podologue) a permis une prise en charge optimale de la joueuse.

Retours sur l'Ostéopathie ESB Handball N2F

Durant la saison 2016-2017, les joueuses de l'équipe de l'ESB Handball, évoluant en N2, ont pu bénéficier d'un suivi ostéopathique.



Sur ce groupe :

- **95%** des joueuses ont trouvé un **intérêt certain** à avoir un **ostéopathe présent** tout au long de la saison,
- **100%** ont apprécié la **prise en charge globale** mise en place (médecin, kinésithérapeute, podologue, ostéopathe),
- **90%** ont trouvé une **différence notable** d'avoir un **ostéopathe spécialisé dans la pratique du handball**,
- Seulement **0,25%** ont continué à se faire traiter par leur ostéopathe « habituel »,
- **50%** des joueuses ont eu recours à la **podologie** pour soulager des **troubles posturaux (non diagnostiqués auparavant)**,
- **100%** des joueuses auraient souhaité être traité par un ostéopathe « sportif » depuis **leur plus jeune âge**,

Conclusions

L'ostéopathe tend à devenir un **acteur à part entière**, des staffs médicaux des équipes de Handball au même titre que les médecins, kinésithérapeutes, podologues, etc.

La prise en charge multimodale de ces professionnels de santé permet de rendre optimal le **rétablissement, la performance physique et psychique, la récupération**, etc. La **spécificité du handball** doit être correctement appréhendée par les praticiens afin d'adapter un « parcours de soins » en **adéquation** avec les contraintes de la pratique, les objectifs, le rythme des entraînements/compétitions, les requêtes des staffs techniques, etc.

De part mon expérience personnelle, notamment au sein des sélections jeunes (départementale et régionale de rugby à XV et à VII), l'ostéopathie **possède un intérêt tout aussi important sur un public jeune**, pour lequel nous demandons encore plus d'efforts, de performances à certains âges clefs. Les déséquilibres et troubles mis en place durant ces périodes peuvent entraîner des **conséquences non négligeables** sur l'avenir de ces joueurs.

Prendre soin de son corps n'est pas une notion propre aux joueurs professionnels, mais présent à tout âge et tout niveau de pratique.

Remerciements

- **P.EVENE**, entraîneur de l'équipe première de l'ES blanquefort
- L'ensemble du groupe **SF1 et SF2**
- **D.PENICAUT**, président de l'ES blanquefort,
- Docteur **F.BENSAAD**,
- Podologue **Y.PARINAUD**,
- Le **comité de Gironde de handball**,