

risque intrinsèques de TR chez le volleyeur.

**Méthodes.**— Cette étude prospective a été réalisée d'août 2012 à avril 2013. Celle-ci comportait une évaluation clinique, échographique, musculaire par isocinétisme et des tests de sauts en début de saison, puis, une réévaluation uniquement clinique en fin de saison. Les sujets ayant développé une TR étaient comparés aux sujets sains.

**Résultats.**— Les sujets du groupe TR (6) étaient plus âgés ( $17,2 \pm 0,4$  ans vs  $16,2 \pm 0,9$  ans ;  $p = 0,02$ ) et présentaient une raideur des ischio-jambiers plus importante (angle poplité de  $24 \pm 12^\circ$  vs  $14 \pm 9^\circ$  ;  $p = 0,04$ ) que les sujets sains (16). Ils avaient un moment de force maximale du quadriceps en excentrique à vitesse lente ( $30^\circ/s$ ) plus faible que les sujets sains ( $2,7 \pm 0,2$  N.m/kg vs  $3,2 \pm 0,5$  N.m/kg ;  $p = 0,05$ ).

**Conclusion.**— L'âge, la raideur musculotendineuse des ischio-jambiers et un déficit de force du quadriceps en excentrique à vitesse lente sembleraient être des facteurs de risque intrinsèques de TR chez le volleyeur.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1030>

CO45-004-f

### Caractérisation de l'instabilité chronique de la cheville (ICC) par analyse de diverses tâches d'équilibre

R. Pionnier<sup>a,\*</sup>, N. Découfour<sup>a</sup>, C. Popineau<sup>a</sup>,

E. Simoneau-Buessinger<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Centre hospitalier de la région de Saint-Omer, Saint-Omer cedex, France

<sup>b</sup> LAMIH, université de Valenciennes et du Hainaut-Cambrésis, Valenciennes, France

\*Auteur correspondant.



**Mots clés :** Équilibre dynamique ; Équilibre statique ; Star Excursion Balance Test ; Centre de pression

**Introduction.**— L'instabilité chronique de la cheville (ICC), caractérisée par la récurrence d'épisodes d'instabilités latérales [3], est une complication de l'entorse latérale de cheville, pathologie la plus commune des activités sportives [1]. L'équilibre statique peut être évalué lors des stations bipodale et unipodale [4] et l'équilibre dynamique par le Star Excursion Balance Test (SEBT) [2].

**Objectif.**— L'objectif de cette étude est de montrer si l'équilibre statique et/ou dynamique peut caractériser l'ICC.

**Résultats.**— Seize sujets sains (CTRL) et 20 sujets avec ICC réalisent des tests d'équilibre statique bipodal et unipodal avec les yeux ouverts (YO) ou fermés (YF), ainsi que le SEBT.

En statique, aucune différence n'apparaît entre ICC et CTRL. En bipodal, entre YO et YF, des majorations significatives ( $p < 0,05$ ) de la vitesse et des déplacements du centre de pression sont notées pour les ICC. Les distances atteintes au SEBT sont significativement réduites ( $p < 0,05$ ) chez les ICC. La caractérisation par l'équilibre statique semblerait difficile, contrairement à ce que décrivent certains auteurs [4]. Les différences entre statique bipodal YO et YF chez les ICC supposent une altération proprioceptive [3]. En revanche, l'équilibre dynamique, analysé grâce au SEBT [2], semble pouvoir caractériser l'ICC.

**Références**

[1] Caputo, et al. AJSM 2009.

[2] Gribble, et al. JAT 2004.

[3] Hertel, et al. JAT 2002.

[4] Lee, et al. JESF 2006.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1031>

CO45-006-f

### Blessures et maladies pendant les championnats d'Europe d'athlétisme 2012

P. Édouard<sup>a</sup>, F. Depiesse<sup>b</sup>, J.M. Alonso<sup>c</sup>, P. Branco<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Médecine du sport, Pavillon 9, hôpital Bellevue, Saint-Étienne cedex 2, France

<sup>b</sup> Fédération française d'athlétisme, France

<sup>c</sup> International Association of Athletics Federations, France

<sup>d</sup> European Athletics Association, France



nouvelles lors des championnats d'athlétisme, afin de discuter leurs facteurs de risque.

**Méthodes.**— Les blessures et les maladies nouvelles ont été prospectivement recueillies parmi les 1342 athlètes inscrits par les médecins des équipes nationales et le comité local d'organisation lors des championnats d'Europe d'athlétisme 2012.

**Résultats.**— Cent-trente-deux blessures ont été signalées (10 % des inscrits) et 61 (47 %) ont entraîné un arrêt de sport. Les principaux diagnostics de blessures étaient : lésions des ischio-jambiers, entorse de la cheville, lombalgies. La surutilisation (38 %) a été la principale cause, mais les traumatismes sans contact représentaient 25 % des causes de blessures. Le risque de blessure était plus élevé chez les mâles et augmentait avec l'âge. Le risque de blessure pendant les finales a été significativement plus élevé que lors des tours de qualification. Les épreuves combinées et courses de fond et demi-fond étaient les disciplines les plus à risque. Vingt-sept maladies ont été signalées, la plupart des infections des voies respiratoires supérieures et gastro-entérites.

**Conclusions.**— Lors des championnats internationaux d'athlétisme, le sexe, l'âge, les finales et certaines disciplines semblent être des facteurs de risque de blessures. Les facteurs de risque de maladie reste non élucidés.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1032>

CO45-007-f

### Rôle du médecin MPR et du kinésithérapeute dans la classification handisport : un exemple le paracyclisme

A. Creuzé<sup>a,\*</sup>, A. Rouvillois<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Centre de La Tour De Gassies, Bruges, Belgique

<sup>b</sup> Institut de formation en masso-kinésithérapie du CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

\*Auteur correspondant.



**Mots clés :** Handisport ; Classification ; Médecin ; Kinésithérapeute

Le médecin MPR et le kinésithérapeute peuvent être un médecin ou un kinésithérapeute expert dans l'évaluation du handicap pour classer un sportif qui souhaite pratiquer aux compétitions handisport. En fonction des sports, la classification est plus ou moins complexe. Cela dépend de l'accessibilité du sport à des handicaps divers et du nombre de catégories proposées par la discipline.

Dans le paracyclisme, on retrouve différentes catégories avec un système de points avec barème en fonction du type handicap (amputation, neurologique, orthopédique) et de l'évaluation clinique. La classification se fait avec le dossier médical du sportif et est pluridisciplinaire. Le kinésithérapeute participe à l'évaluation clinique avec notamment des *testings* musculaires et articulaires. Un technicien spécialisé en paracyclisme participe à l'évaluation sur vélo en utilisant une batterie de tests pour savoir si l'évaluation par le kinésithérapeute et le médecin concorde avec le retentissement du handicap sur le vélo. Les enjeux de cette classification sont considérables au haut niveau puisqu'en fonction de la catégorie, un sportif est potentiellement « médaillable » aux jeux paralympiques, en compétitions nationales et internationales. Ceci implique une pluridisciplinarité de la classification où chaque acteur joue un rôle équivalent et complémentaire dans la décision finale.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1033>

CO45-008-f

### Paratriathlon : outil de réadaptation physique et sociale

H. Collado<sup>a,\*</sup>, C. Mazure<sup>b</sup>, N. Becker<sup>c</sup>, C. Marble<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Centre Phocée, CRF la Bourbonne, CHU de Marseille, Marseille, France

<sup>b</sup> Fédération française de triathlon, France

<sup>c</sup> France

<sup>d</sup> Centre provençal de médecine du sport Aubagne, Aubagne, France

\*Auteur correspondant.



**Mots clés :** Paratriathlon ; Jeux paralympiques de Rio ; Réadaptation à l'effort

**Introduction.**— Le Paratriathlon (enchaînement natation, cyclisme et course à pied) fera son entrée aux jeux paralympique de Rio 2016.