

auraient été les mêmes. La répétition de cette étude avec les mêmes critères de sélection permettrait une comparaison valide dans le temps.

Les limites de la base de données des remboursements de l'Assurance maladie sont liées à la qualité des données saisies dans la base (date de naissance, adresse) et à sa finalité, qui est le remboursement des soins ; l'automédication et les médicaments non remboursés ou non présentés au remboursement en sont exclus.

Notre étude a montré qu'en moyenne 50 % des cas de diarrhées ont reçu un SRO. Une étude faite dans le nord de la France en janvier 2005 avait montré que 74 % des médecins avaient prescrit un SRO. Ce taux supérieur pourrait s'expliquer par une campagne d'information menée par des pédiatres libéraux et hospitaliers dans cette région avant cette étude et par la méthode différente de sélection des cas [4].

Une variabilité des prescriptions de SRO a été retrouvée selon la spécialité du médecin, les pédiatres prescrivant davantage de SRO que les généralistes (62 % vs 46 %). D'une manière générale, il semble exister d'importantes différences de prise en charge des enfants par les généralistes et les pédiatres, les pédiatres prescrivant moins de médicaments, notamment ceux de la motricité digestive, que les généralistes [5].

Un total de 62 % des cas de diarrhée avait reçu du racécadotril entre octobre 2005 et septembre 2006, alors que l'étude réalisée dans le nord en 2005 en retrouvait 81 % [4]. Le racécadotril est indiqué en complément de la réhydratation orale dans le traitement symptomatique des diarrhées aiguës du nourrisson. Notre étude a montré que le risque de non prescription d'un SRO est significativement plus élevé chez les nourrissons qui ont du racécadotril que chez ceux qui n'en reçoivent pas (OR=2,75 ; [IC 95 % : 2,66-2,84] ; p<0,001).

**Tableau 4** Variables associées à l'absence de soluté de réhydratation orale chez les cas de diarrhée, analyse multivariée, Rhône-Alpes, France, octobre 2004-septembre 2006

**Table 4** Variables associated with ORS underprescription among cases of diarrhoea, Rhône-Alpes, France, October 2004-September 2006

Facteurs associés	Analyse multivariée		
	OR ajusté*	IC 95 %	p
<b>Mode d'exercice du médecin</b>			
Hôpital	1,00		
Ville	3,59	[3,39-3,79]	<0,001
<b>Spécialité du médecin</b>			
Pédiatre	1,00		
Généraliste	2,06	[1,98-2,13]	<0,001
Autres ou non renseignée	1,56	[1,26-1,93]	<0,001
<b>Racécadotril</b>			
Absence	1,00		
Présence	2,75	[2,66-2,84]	<0,001
<b>Classes d'âge</b>			
1 à 30 jours	1,00		
1 à 2 mois	0,96	[0,83-1,10]	0,52
2 à 3 mois	0,90	[0,78-1,03]	0,13
3 à 6 mois	0,89	[0,79-1,01]	0,06
6 à 9 mois	0,96	[0,85-1,09]	0,54
9 à 12 mois	1,16	[1,03-1,32]	0,015

\* Ajusté sur le mode d'exercice du médecin, la spécialité du médecin, la prescription de racécadotril et la classe d'âge.

## Conclusions

Les recommandations sur la prise en charge de la diarrhée aiguë du nourrisson doivent être rappelées en Rhône-Alpes, en conformité avec l'avis du 22 septembre 2006 du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif aux vaccins contre le rotavirus [6].

Cette étude pourra être répétée avec la même méthodologie afin de suivre l'évolution des prescriptions de SRO et de racécadotril, après une campagne de rappel des recommandations.

## Remerciements

Les auteurs remercient la Direction régionale du Service médical Rhône-Alpes qui leur a fourni les données nécessaires à cette étude, ainsi que le Dr Gilbert Weill, Directeur régional du Service médical, pour sa collaboration à la réalisation de cet article.

## Références

- [1] Van Damme P, Giaquinto C, Huet F, Gothefors L, Maxwell M, Van der Wielen M. Multicenter prospective study of the burden of rotavirus acute gastroenteritis in Europe, 2004-2005: The REVEAL Study. *J Infect Dis.* 2007; 195 Suppl 1:S4-S16.
- [2] Soriano-Gabarro M, Mrukowicz J, Vesikari T, Verstraeten T. Burden of rotavirus disease in European Union countries. *Pediatr Infect Dis J.* 2006; 25(1 Suppl):S7-S11.
- [3] Sandhu BK. Practical guidelines for the management of gastroenteritis in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2001; 33 Suppl 2:S36-9.
- [4] Hue V, Sonna M, Aurel M, Pruvost I, Dubos F, Martinot A. Une amélioration importante des prescriptions de réhydratation orale au cours des diarrhées aiguës du nourrisson. *Arch Pediatr.* 2007; 14(4):391-2.
- [5] Bocquet A, Chalumeau M, Bollotte D, Escano G, Langue J, Virey B. Comparaison des prescriptions des pédiatres et des médecins généralistes: une étude en population en Franche-Comté sur la base de données de la Caisse régionale d'assurance maladie. *Arch Pediatr.* 2005; 12(12):1688-96.
- [6] Avis relatif à la vaccination antirotavirus chez les nourrissons de moins de 6 mois. Conseil supérieur d'hygiène publique de France, séance du 22 septembre 2006.

# Étude prospective des accidents traumatologiques dans le Championnat de France de rugby de 1<sup>re</sup> division amateurs (Division fédérale IA)

Fabien Pillard (fpillard@hotmail.com)<sup>1,2</sup>, Gilles Garet<sup>3</sup>, Christelle Cristini<sup>4</sup>, Christian Mansat<sup>2</sup>, Daniel Rivière<sup>1,2</sup>

1 / Service d'exploration de la fonction respiratoire et de médecine du sport, Clinique des voies respiratoires, CHU Larrey, Toulouse, France 2 / Observatoire du mouvement, Toulouse, France  
3 / Commission médicale de la Fédération française de rugby, Paris, France 4 / Unité de recherche clinique, Faculté de médecine, Toulouse, France

## Résumé / Abstract

**Objectif** – Une évaluation épidémiologique actualisée des accidents traumatologiques dans le rugby à XV chez des joueurs amateurs est justifiée dans un objectif de prévention.

**Méthode** – La population cible était l'ensemble des joueurs engagés dans le Championnat de France 2005-2006 de rugby à XV en Division fédérale IA.

**Prospective study about traumatology in the Amateur National French Rugby Championship**

**Objective** – An updated epidemiological evaluation of traumatology in rugby and among amateur players is justified in the field of prevention.

Les informations relatives à chaque blessure survenue en match ont été recueillies par questionnaire.

**Résultats** – Les taux de blessures ayant entraîné au moins 8 jours et au moins 1 mois d'indisponibilité étaient respectivement de 42,1/1 000 heures de jeu.joueur (hdj.j) et de 11,9/1 000 hdj.j. Dans 16 % des cas, les blessures sont survenues à l'occasion d'une situation de brutalité ou de jeu irrégulier. Dans 22 % des cas, le joueur a repris le match alors que l'indisponibilité consécutive a été supérieure à 8 jours. Les postes de pilier, 3<sup>e</sup> ligne et trois-quart étaient les plus touchés. Les phases de regroupement, de placage et d'accélération étaient les plus pourvoyeuses de blessures. Les entorses latérales du genou, du ligament latéral externe (LLE) de la cheville et les lésions musculaires des membres inférieurs étaient les plus fréquemment recensées.

**Conclusion** – La mise en place de mesures préventives ajustées sur les facteurs associés à la survenue des blessures est indiquée.

## Mots clés / Key words

Épidémiologie, blessures, sport, rugby / Epidemiology, injury, sports, rugby

## Introduction

La pratique du rugby est associée à une majoration du risque traumatique dont témoignent plusieurs études épidémiologiques concernant essentiellement les joueurs anglo-saxons. Les populations concernées sont diverses, tant par l'origine géographique des équipes que par le niveau des compétitions (championnat national, Super 12 de l'hémisphère Sud ou phase finale de la Coupe du monde de rugby). En dépit d'une définition de la blessure différente selon certaines études, l'incidence des blessures chez les joueurs de rugby est en augmentation depuis l'avènement du professionnalisme en 1995, après la 3<sup>e</sup> Coupe du monde de rugby [1-3].

Bien que non publiées, des études menées auprès de joueurs français confirment cette évolution. L'étude la plus récente avant celle présentée ici a été réalisée par notre équipe auprès de cinq clubs professionnels au cours de la saison 2001-2002

(tableau 1) ; les blessures avaient été recensées par un membre de l'équipe médicale de chaque club à l'aide d'un questionnaire dont le contenu avait été validé par un groupe d'experts dans le domaine de la traumatologie en rugby [4].

Face au constat de défaut de données épidémiologiques sur les accidents traumatologiques en rugby et en France, la Commission médicale de la Fédération française de rugby a souhaité, en 2005, actualiser ces données en mettant en place une étude épidémiologique chez des joueurs amateurs évoluant dans le championnat de France.

## Sujets et méthode

La population effective surveillée était définie par les joueurs de la population cible ayant participé au moins à un match de championnat.

Le recueil des données a été réalisé à l'aide du questionnaire utilisé lors de notre étude précédente [4] auprès de cinq clubs de rugby professionnels et

recensant les informations relatives à toute blessure survenue en match (poste du joueur blessé, localisation et type de la blessure, action au cours de laquelle est survenue la blessure, notion de jeu irrégulier et de brutalité au moment de la blessure, notion de récurrence, durée de l'indisponibilité consécutive). La notion de blessure en match de rugby était conforme à la définition établie par d'autres études à savoir « la survenue d'une lésion acquise durant un match en compétition ayant empêché le joueur de s'entraîner ou de jouer jusqu'à la guérison de celle-ci ; également toute lésion ayant fait l'objet d'un avis médical (suture, examen complémentaire, avis spécialisé...) ». Les décompensations aiguës des lésions dégénératives microtraumatiques d'évolution chronique n'ont pas été retenues. Les données étaient recueillies par un membre de l'équipe médicale de chaque club (médecin ou kinésithérapeute).

**Tableau 1** Taux d'incidence des blessures survenues en match dans le championnat de Division fédérale IA de rugby au cours de la saison 2005-2006 : distribution en fonction de la durée d'indisponibilité consécutive et comparaison avec les taux de blessures correspondants et mesurés dans un échantillon de 5 clubs professionnels au cours de la saison 2001-2002 / *Table 1* Incidence rate of injuries during matches played in the 2005-2006 season of the National French Amateur Rugby Championship: distribution by subsequent unavailability period and comparison with similar injuries measured in a sample of five professional clubs during the 2001-2002 season

Durée de l'indisponibilité (jours, mois)	Clubs professionnels Top 17 (saison 2001-2002 ; 3 070 hdj.j)			Clubs amateurs Division fédérale IA (saison 2005-2006 ; 2 448 hdj.j)			p
	n	Taux (/1 000 hdj.j)	[IC 95 %] (/1 000 hdj.j)	n	Taux (/1 000 hdj.j)	[IC 95 %] (/1 000 hdj.j)	
Au moins 8 jours	136	44,3	[37,2 ; 52,4]	10	42,1	[34,3 ; 51,0]	0,35
8 jours à 1 mois	97	31,6	[25,6 ; 38,5]	74	30,2	[23,7 ; 37,9]	0,39
1 mois à 3 mois	30	9,8	[6,6 ; 13,9]	25	10,2	[6,6 ; 15,1]	0,44
≥ 3 mois	9	2,9	nc	4	1,6	nc	nc
≥ 1 mois	39	12,7	[9,0 ; 17,4]	29	11,8	[7,9 ; 17,0]	0,39

NB : L'IC 95 %, le niveau de significativité, la valeur p ont été calculés en appliquant la loi de Poisson ; nc : non calculable, loi de Poisson non applicable.

L'incidence des blessures est calculée en nombre de blessures pour 1 000 heures de jeu.joueur en match (hdj.j), indicateur habituellement proposé pour tenir compte des temps de jeu inégaux par match des joueurs d'un même poste (1 hdj pratiquée par 1 joueur = 1 hdj.j ; 2 hdj.j = 2 heures de jeu pratiquées par 1 joueur ou 2 joueurs pratiquant 1 hdj chacun). Le total des hdj.j sur l'ensemble de la saison est égal à la somme des hdj.j calculées pour chaque joueur.

La loi de Poisson a été appliquée pour le calcul de l'intervalle de confiance des taux de blessures et la comparaison de ces taux.

## Résultats

Un total de 11,6 % des matchs.club (2 matchs.club = 1 match opposant 2 équipes) potentiels sur la saison a été surveillé, soient 2067 hdj.j surveillés.

## Incidence et gravité des blessures en match

Près de 10 % des 240 blessures signalées au cours de la saison ont nécessité un appel aux secours ou une évacuation médicalisée. La majorité des joueurs blessés (57,9 %) n'a pas repris le match durant lequel la blessure est survenue. Parmi les joueurs ayant repris le match en cours après leur blessure, 21,8 % ont secondairement dû stopper leur entraînement. Le taux de blessures était donc de 42,1 blessures ayant imposé au moins 8 jours d'arrêt/1 000 hdj et de 11,8 blessures ayant imposé 1 à 3 mois d'indisponibilité sportive/1 000 hdj (tableau 1).

Nous avons pu mesurer que 15,8 % des blessures étaient survenues à l'occasion d'une situation de brutalité ou de jeu irrégulier (le jugement de ces circonstances était porté par le membre du staff médical en charge du recueil des données en tenant compte de la décision arbitrale associée), l'indisponibilité consécutive étant supérieure à 8 jours pour 62,3 % de ces blessures.

Les paragraphes suivants ne concernent que les blessures survenues en match et ayant occasionné au moins 8 jours d'indisponibilité.

## Répartition des blessures en fonction de leur type

Les lésions musculaires des membres inférieurs, du genou et de la cheville étaient les plus fréquentes (tableau 2). Des récurrences étaient plus souvent mentionnées parmi les lésions du genou, de la cheville et les lésions musculaires des membres inférieurs (respectivement 11,0 %, 33,3 % et 25,9 % des lésions correspondantes).

Les lésions du rachis cervical, redoutées, étaient rares (2 entorses du rachis cervical et 1 névralgie cervico-brachiale).

## Répartition des blessures en fonction du poste

Quelle que soit la gravité des blessures, les joueurs blessés occupaient le plus souvent les postes de 3<sup>e</sup> ligne et de trois-quart. Cette distribution des postes est conservée lorsque l'on rapporte le nombre

de blessures par poste au nombre d'heures de jeu jouées pour chaque poste, afin de tenir compte des différences d'effectif de joueurs exposés par poste. Pour les blessures ayant occasionné plus d'un mois d'indisponibilité, le poste de pilier est le second poste le plus fréquemment déclaré (après le poste de 3<sup>e</sup> ligne), et c'est le poste pour lequel le taux de blessures est le plus élevé.

L'indisponibilité consécutive aux lésions de la cheville ou aux lésions musculaires des membres inférieurs était le plus souvent de 8 jours à 1 mois, à l'exception des lésions musculaires recensées pour des joueurs évoluant au poste de trois-quart, chez lesquels 50 % des lésions ont entraîné une indisponibilité d'au moins 1 mois. L'indisponibilité consécutive aux lésions du genou était le plus souvent supérieure à 1 mois.

## Phases de jeu recensées lors des blessures

Le regroupement, le placage et les accélérations étaient les situations de jeu les plus souvent recensées (tableau 4). Le placage était la situation de jeu la plus fréquemment mise en évidence lorsque la blessure imposait une indisponibilité supérieure à 1 mois. L'analyse spécifique des phases de placage responsables de blessures indique que 17,5 % des blessures par placage auraient pu être évitées si l'interdiction de placages hauts et de placages sans ballon avait été respectée.

**Tableau 2** Taux d'incidence des blessures survenues en match dans le championnat de Division fédérale 1A de rugby au cours de la saison 2005-2006 (n = 2 448 heures de jeu.joueur surveillées) : distribution en fonction du type de blessure et de la durée d'indisponibilité consécutive  
**Table 2** Incidence rate of injuries during matches played in the 2005-2006 season of the National French Amateur Rugby Championship (n = 2,448 hours of player match-hour): distribution by subsequent type of injury and unavailability period

Localisation de la blessure	Durée de l'indisponibilité					
	Au moins 8 jours		8 jours à 1 mois		≥ 1 mois	
	n (%)	Taux [IC 95 %] (/1 000 hdj.j)	n (%)	Taux [IC 95 %] (/1 000 hdj.j)	n (%)	Taux [IC 95 %] (/1 000 hdj.j)
Crâne, face, cou (entorse cervicale, NCB)*	13 (12,9)	5,3 [2,8 ; 9,1]	12 (16,4)	4,9 [2,5 ; 8,6]	1* (3,6)	0,4 nc
Gril costal	6 (5,9)	2,5 nc	6 (8,2)	1,0 nc	0 (0,0)	0,0 nc
Bassin	2 (2,0)	0,8	2 (2,7)	0,6	0 (0,0)	0,0
Genou (entorse du LLE, lésion du LCA, lésion du LCP, lésion méniscale)**	18 (17,5)	7,8 [4,7 ; 12,1]	6 (8,2)	2,4 nc	12 (42,9)	4,9 [2,5 ; 8,6]
Cheville (entorse du LLE, entorse du LLI, entorse péronéo-tibiale)***	18 (17,8)	7,4 [4,4 ; 11,6]	16 (21,9)	6,5 [3,7 ; 10,6]	2 (7,1)	0,8 nc
Accident musculaire des membres inférieurs	27 (26,7)	11,0 [7,2 ; 16,0]	19 (26,0)	7,7 [4,7 ; 12,1]	8 (28,6)	3,2 nc
Épaule	10 (9,9)	4,0 [2,0 ; 7,5]	8 (11,0)	3,2 nc	2 (7,1)	0,8 nc
Bras, avant-bras, main	6 (5,9)	2,5 nc	3 (4,1)	1,2 nc	3 (10,7)	1,2 nc

\* 1 névralgie cervico-brachiale (NCB) avec une indisponibilité consécutive de 1 à 3 mois.

\*\* 11 entorses du ligament latéral externe (LLE), 3 lésions méniscales, 3 lésions du ligament croisé antérieur (LCA), 1 lésion du ligament croisé postérieur (LCP).

\*\*\* 15 entorses du ligament latéral externe (LLE) de la cheville, 1 entorse du ligament latéral interne (LLI) de la cheville, 2 entorses péronéo-tibiales.

NB : Le pourcentage dans chaque colonne représente la part occupée par chaque type de lésion sur le total des lésions observées pour la colonne correspondante ; seuls les types de lésions recensés les plus fréquents sont indiqués ; nc : non calculable, loi de Poisson non applicable.

**Tableau 3** Taux d'incidence des blessures survenues en match en fonction du poste dans le championnat de Division fédérale IA de rugby au cours de la saison 2005-2006 : distribution selon la période d'indisponibilité consécutive / *Table 3* Incidence rate of injuries during matches played in the 2005-2006 season of the National French Amateur Rugby Championship and depending on the position: distribution by subsequent unavailability period

Poste	Durée de l'indisponibilité consécutive à la blessure					
	Au moins 8 jours		8 jours à 1 mois		≥ 1 mois	
	<i>n</i> (% ; [IC 95 %])	Taux (1 000 hdj.j) [IC 95 %]	<i>n</i> (% ; [IC 95 %])	Taux (1 000 hdj.j) [IC 95 %]	<i>n</i> (% ; [IC 95 %])	Taux (1 000 hdj.j) [IC 95 %]
Pilier	15 (16,5 ; [9,5 ; 25,7])	46,3 [25,9 ; 76,4]	9 (13,8 ; [6,5 ; 24,7])	27,8 nc	6 (23,1 ; [9,0 ; 43,6])	18,5 nc
Talonneur	4 (4,4 ; [1,2 ; 10,9])	25,3 nc	2 (3,1 ; [0,4 ; 10,7])	12,6 nc	2 (7,7 ; [0,9 ; 25,1])	12,6
2 <sup>e</sup> ligne	13 (14,3 ; [7,8 ; 23,1])	44,1 [23,5 ; 75,4]	11 (16,9 ; [8,8 ; 28,3])	37,3 [18,6 ; 66,7]	2 (7,7 ; [0,9 ; 25,1])	6,8 nc
3 <sup>e</sup> ligne	26 (28,6 ; [19,6 ; 39,0])	57,9 [37,8 ; 84,8]	19 (29,2 ; [18,6 ; 41,8])	42,3 [25,4 ; 66,1]	7 (26,9 ; [11,6 ; 47,8])	15,6 nc
Demi de mêlée	9 (9,9 ; [4,6 ; 17,9])	36,8 nc	6 (9,2 ; [3,5 ; 19,0])	24,5 nc	3 (11,5 ; [2,5 ; 30,2])	12,3 nc
Ouvreur	3 (3,3 ; [0,7 ; 9,3])	21,3 nc	2 (3,1 ; [0,4 ; 10,7])	14,1 nc	1 (3,8 ; [0,1 ; 19,6])	7,0 nc
Trois-quart	20 (22,0 ; [14,0 ; 31,9])	55,2 [33,8 ; 85,3]	15 (23,1 ; [13,5 ; 35,2])	44,4 [23,2 ; 68,3]	5 (19,2 ; [6,6 ; 39,3])	13,8 nc
Arrière	1 (1,1 ; [0,03 ; 6,0])	12,9 nc	1 (1,5 ; [0,04 ; 8,3])	10,9 nc	0 nc	0,0 nc

NB : Les pourcentages sont définis par rapport au nombre total de blessures pour la colonne correspondante ; les taux sont définis par rapport au nombre total d'heures de jeu pour le poste correspondant ; nc : non calculable, loi de Poisson non applicable.

## Discussion

Si l'incidence de la traumatologie dans le rugby à XV a augmenté depuis l'avènement du professionnalisme, la traumatologie grave est rare. Chez les rugbymen français amateurs, l'incidence des blessures et l'indisponibilité consécutive sont proches de celles mesurées chez des rugbymen professionnels du Top 14. Néanmoins, la prévalence des blessures graves, bien que non statistiquement différente, est deux fois plus importante chez les joueurs professionnels que chez les joueurs amateurs.

Cette seconde étude épidémiologique menée en milieu amateur souligne la difficulté du recueil de données dans ce contexte. Étant donné le faible taux de participation (moins de 12 % des matchs surveillés dans le cadre de cette étude), nous ne

pouvons assurer l'extension de nos résultats à l'ensemble de la population cible. Cependant, le temps de jeu par joueur n'a pas été renseigné pour l'ensemble des matchs considérés comme non surveillés, ce qui ne plaide pas, selon nous, en faveur d'une relation entre l'absence de réponse et la survenue d'une blessure. Sous cette hypothèse, l'ensemble de nos résultats peut être considéré selon une approche exploratoire.

La surveillance épidémiologique des accidents traumatologiques lors des matchs de rugby pose également le problème de la définition (non harmonieuse entre les études) de la blessure et des indicateurs sélectionnés. Cette carence méthodologique devrait être évitée dans les études futures grâce aux récentes recommandations émises par

l'International Rugby Board (IRB) sur ce thème [6]. De façon originale, notre étude renseigne sur les modalités de prise en charge immédiate des traumatismes. Dans 22 % des cas, le joueur blessé avait repris le match suite à la blessure alors que l'indisponibilité secondaire (avec arrêt de l'entraînement) a été supérieure à 8 jours. Cette observation soulève le problème de la présence d'un membre de l'équipe médicale et de la décision de reprise du jeu en fonction de critères d'éligibilité pour cette reprise.

De façon également originale, notre étude souligne que 16 % des blessures auraient pu être évitées car elles sont survenues dans un contexte déclaré de brutalité ou de jeu irrégulier. L'approche de prévention primaire dans le domaine du respect

**Tableau 4** Phases de jeu recensées lors des blessures dans le championnat de Division fédérale IA de rugby au cours de la saison 2005-2006 : distribution en fonction de la durée de l'indisponibilité / *Table 4* Actions played at the time of injury during matches played in the 2005-2006 season of the National French Amateur Rugby Championship: distribution by unavailability period

Situation de jeu	Durée de l'indisponibilité consécutive à la blessure					
	≥ 8 jours		8 jours à 1 mois		≥ 1 mois	
	<i>n</i>	% [IC 95 %]	<i>n</i>	% [IC 95 %]	<i>n</i>	% [IC 95 %]
Placage	26	28,0 [19,1 ; 38,2]	18	26,5 [16,5 ; 38,6]	8	32,0 [14,9 ; 53,5]
Accélération	18	19,4 [11,9 ; 28,9]	12	17,6 [9,5 ; 28,6]	6	24,0 [9,4 ; 45,1]
Regroupement	29	31,2 [22,0 ; 41,6]	25	36,8 [25,4 ; 49,3]	4	16,0 [4,5 ; 36,1]
Mêlée spontanée	7	7,5 [3,1 ; 14,9]	4	5,9 [1,6 ; 14,4]	3	12,0 [2,5 ; 31,2]
Mêlée fermée	4	4,3 [1,2 ; 10,6]	3	4,4 [0,9 ; 12,4]	1	4,0 [0,1 ; 24,0]
Choc	4	4,3 [1,2 ; 10,6]	3	4,4 [0,9 ; 12,4]	1	4,0 [0,1 ; 24,0]
Dégagement/Pénalité	2	2,1 [0,3 ; 7,8]	2	2,9 [0,4 ; 10,2]	0	nc
Touche	1	1,1 [0,03 ; 5,8]	0	nc	1	4,0 [0,1 ; 24,0]
Déviage	1	1,1 [0,03 ; 5,8]	0	nc	1	4,0 [0,1 ; 24,0]
Jeu aérien	1	1,1 [0,03 ; 5,8]	1	1,5 [0,03 ; 7,9]	0	nc
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,00</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

nc : non calculable



des règles du jeu, tant à l'échelon individuel que collectif, trouve ainsi une forte justification.

Les types de blessures recensés au cours du Championnat de France 2005-2006 de Division fédérale IA, ainsi que leur localisation, sont concordantes avec les données de la littérature internationale. En particulier, les accidents musculaires sont les plus fréquents. Moins fréquentes, les blessures au niveau du genou sont en revanche les plus souvent déclarées parmi les blessures graves. L'atteinte des ligaments latéraux du genou est la plus fréquente dans notre étude, tandis que l'atteinte du ligament croisé antérieur est plus spécifiquement signalée chez les joueurs anglo-saxons professionnels. Cette différence est très certainement influencée par des différences dans les contraintes dynamiques et traumatiques directes entre les populations de joueurs professionnels et amateurs.

Notre étude a pu mettre en évidence que certaines situations de jeu étaient plus particulièrement associées à la survenue de blessures, incitant alors à examiner ces expositions en partie modifiables. Ainsi, le signalement fréquent de phases de placage, de regroupement, d'accélération, voire de mêlée spontanée, mérite selon nous de considérer ces phases de jeu comme des situations à modifier (pas forcément évitables), notamment en insistant sur le respect des règles de jeu. La fréquence des postes de troisième ligne, seconde ligne, trois-quart

et pilier parmi l'ensemble des blessures recensées oriente également la réflexion de prévention vers ces postes. Enfin, les circonstances associées aux lésions musculaires des membres inférieurs (phase d'accélération et caractère récidivant) plaident en faveur d'une adaptation intégrée, quantitative et qualitative, de la préparation physique musculaire, de la gestion des efforts consentis par les joueurs au cours des matchs et des règles hygiéno-diététiques (alimentation et sommeil notamment), autant de facteurs modifiables et susceptibles d'avoir une influence sur la survenue de lésions musculaires.

L'approche de prévention se conçoit à la fois sur le versant primaire et sur le versant tertiaire, afin de favoriser le retour à l'état fonctionnel antérieur et de diminuer le risque de récurrence de blessure.

## Conclusion

Bien qu'aucun accident avec des conséquences vitales ou organiques graves n'ait été à déplorer, notre enquête confirme que la survenue d'accidents traumatologiques en rugby à XV est fréquente, y compris à un niveau non professionnel. Un quart des blessures ayant engendré une indisponibilité d'au moins un mois, une action de prévention devrait impliquer une réflexion pluridisciplinaire médicale, sportive, fédérale, technique et tactique (de caractère exploratoire, notre étude initie la réflexion sur la base de la notion de blessures

évitable). La surveillance des accidents traumatologiques en rugby à XV, quel que soit le niveau de pratique, devrait pouvoir s'organiser (comme cela est recommandé par l'IRB) à partir d'un système de recueil des données élaboré à l'issue d'une concertation entre les différents acteurs de la prévention cités ci-dessus, et en intégrant les recommandations de l'IRB de façon à permettre une comparaison internationale transversale et prospective.

## Remerciements

Les auteurs remercient les membres des staffs médicaux des équipes de rugby pour leur participation au recueil des données et le Docteur Valérie Lauwers-Cancès pour son aide précieuse dans le domaine de la méthodologie.

## Références

- [1] Brooks JH, Fuller CW, Kemp SP, Reddin DB. Epidemiology of injuries in English professional rugby union: part 1 match injuries. *Br J Sports Med.* 2005; 39(10):757-66.
- [2] Best JP, McIntosh AS, Savage TN. Rugby World Cup 2003 injury surveillance project. *Br J Sports Med.* 2005; 39(11):812-7.
- [3] Jakoet I, Noakes TD. A high rate of injury during the 1995 Rugby World Cup. *S Afr Med J.* 1998; 88(1):45-7.
- [4] Saint-Béat L. Étude prospective des lésions traumatologiques dans le rugby depuis l'avènement du professionnalisme. Thèse de médecine, Université Paul Sabatier, Toulouse, 2004.
- [5] Brooks JH, Fuller CW. The influence of methodological issues on the results and conclusions from epidemiological studies of sports injuries: illustrative examples. *Sports Med.* 2006; 36(6):459-72.
- [6] Fuller CW, Molloy MG, Bagate C, Bahr R, Brooks JH, Donson H, et al. Consensus statement on injury definitions and data collection procedures for studies of injuries in rugby union. *Clin J Sport Med.* 2007; 17(3):177-81.

# Les activités sportives et sédentaires chez les jeunes en Ile-de-France : évolution entre 1997 et 2005 et facteurs associés

Benoît Chardon (ors-idf@ors-idf.org)<sup>1</sup>, Claire Peuvergne<sup>2</sup>, Isabelle Grémy<sup>1</sup>

1 / Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Paris, France 2 / Institut régional de développement du sport en Ile-de-France, France

## Résumé / Abstract

En 2005, l'enquête Baromètre santé de l'Inpes a permis de recueillir des données sur les comportements, connaissances et opinions des Français en matière de santé. À partir de ces informations, les comportements des 12 à 25 ans en matière de sport ont pu être croisés avec différents indicateurs de santé. L'objectif était de comparer le comportement des Franciliens par rapport au reste des Français et de mesurer l'évolution de leur pratique sportive depuis 1997.

Afin de disposer d'un échantillon suffisamment important pour la région Ile-de-France, un sur-échantillon de Franciliens de 12-25 ans a été constitué. Les facteurs de risque associés à la pratique d'une activité sportive ont été déterminés par l'utilisation de régressions logistiques et linéaires.

L'enquête a porté sur 5 980 individus. L'étude montre que l'activité sportive est répandue chez les jeunes. Aucune évolution n'a été observée depuis 1997, alors que le temps passé à des activités sédentaires a augmenté. L'activité physique est synonyme de bonne santé : les sportifs sont moins dépressifs, ils ont une meilleure santé physique, mentale et sociale.

## *Physical and sedentary activity among young people in the Paris Ile-de-France region: changes between 1997 and 2005, and risk factors*

*In 2005, the Baromètre survey from the French National Institute for Prevention and Health. Education (Inpes) was based on the collection of data on health behaviours, beliefs and practices in the general population. Data on behaviours of individuals aged from 12 to 25 years in terms of sport were crossed with various health indicators. The objective was to describe from this survey the level of sport practice in the young population and the association between physical activity and health. This article presents the specificities of the Ile-de-France area, and the changes since 1997.*

*In order to be representative of the 12-25 years old population, an additional-sample was realized in Ile-de-France. Logistics and linear regression were used to estimate the association between physical activity and health.*

*The survey included 5980 persons. The results show that physical activity is widely practiced in the young population. No significant trend has been*