

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE : 2019/2020

N° : 65

THESE PRESENTEE POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MEDECINE
DIPLÔME D'ETAT

Mention :
MEDECINE GENERALE

Par
Schaeffer Régis
Né le 31/08/1987 à Schiltigheim

Titre de la thèse :
L'automédication dans le football amateur bas-rhinois

Président de la thèse : Pr Ehlinger Mathieu
Directeur de la thèse : Dr Remetter Romain

RESUME

Introduction : La pratique d'automédication est en constante évolution dans notre société et touche particulièrement le football, qui est de loin le sport le plus pratiqué dans notre département. Quels sont ces caractéristiques et quel rôle joue le médecin traitant ?

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive transversale des pratiques d'automédication des footballeurs amateurs majeurs bas-rhinois. 140 réponses à un questionnaire en ligne ont été inclus sur une période de 15 mois (septembre 2018 à décembre 2019).

Résultat : L'automédication est une pratique courante dans le football amateur bas-rhinois avec une prévalence de 36%.

Elle semble plus fréquente chez les sportives, et augmente lorsque le niveau de pratique diminue. Nous n'avons pas mis en évidence de différence en fonction de l'âge, de la taille, du poids et de l'indice de masse corporelle (IMC), des catégories socio-professionnelles ou du poste occupé, d'addiction au tabac, de consommation d'alcool ou de problème de sommeil.

Discussion : Cette étude montre qu'il existe un risque iatrogène avec un recours important à la classe des AINS qui représente plus de la moitié des produits cités (52.5%) avec une méconnaissance ou une sous-estimation des risques encourus. Les effets secondaires graves imputés à cette classe sont les complications hémorragiques post-traumatiques, l'ulcère gastro-duodéal et l'insuffisance rénale aiguë. L'autre risque méconnu et pourtant souligné par cette étude, est le dopage accidentel. En effet seuls 22% des sportifs déclaraient avoir vérifié si le produit qu'ils utilisaient en automédication pouvait engendrer un contrôle antidopage positif.

Conclusion : En regard de ces risques identifiés, le recours au médecin traitant semble insuffisant dans ce contexte d'automédication chez le sportif. Les explications trouvées ici sont le manque de temps du sportif, le manque de disponibilité du médecin, la sous-estimation des risques et une défiance sur la formation du médecin en matière de prévention dans le domaine du sport. D'autres acteurs doivent être impliqués afin de "sécuriser" la pratique de l'automédication. Le message de prévention sera d'autant plus fort s'il obtient une résonance chez les autres acteurs de la prise en charge du patient, tels que les cardiologues, les médecins du sport, les médecins rééducateurs, les chirurgiens orthopédistes mais également les kinésithérapeutes et pharmaciens.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots clés : Médecine générale ; Automédication ; Sport

Président : Pr Ehlinger Mathieu

Assesseurs :

Dr Sordet Christelle

Dr Ruppert Elisabeth

Dr Remetter Romain

Adresse de l'auteur : 54 Rue de Ribeauvillé 67100 Strasbourg ; schaefferregis@gmail.com

1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition SEPTEMBRE 2020
Année universitaire 2020-2021



- **Président de l'Université** : M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** : M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** : M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
(1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
(1989-1994) M. VINCENDON Guy
(1994-2001) M. GERLINGER Pierre
(2001-2011) M. LUDÉS Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** : M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** : M. BITSCH Samuel

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GALY Michaël



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Seïamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation /HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seïamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNTSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation /HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAUHLAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancerologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique , gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Amaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - Service Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

P6 : Pôle

RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES			
HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRP6 CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO 135 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option - Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire (ICANS)	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
DELORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme DEPIENNE Christel M0106 (En disponibilité)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Vera M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ROMAIN Benoit M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
--------------------	-------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCO Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Eïse	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc: CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARDT Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULLI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DANION Jean-Marie (Psychiatrie) / 01.09.20	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : *Nouvel Hôpital Civil* : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : *Hôpital Civil* : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : *Hôpital de Hautepierre* : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- *Hôpital de La Robertsau* : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- *Hôpital de l'Elsau* : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

COMPOSITION DU JURY

Président du jury

Monsieur le Professeur Matthieu EHLINGER

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Romain REMETTER

Membres du jury

Madame le Docteur Christelle SORDET

Madame le Docteur Elisabeth RUPPERT

Table des matières

Introduction	18
Le football.....	20
Etat des lieux	
Historique.....	21
Les bienfaits du sport	23
Les risques	37
Les blessures.....	
Le dopage	39
L'automédication.....	43
L'automédication générale	
L'automédication dans le sport.....	46
Cas particulier des AINS.....	48
Matériel et méthodes	55
Résultats	59
Discussion	84
Conclusion	95
Bibliographie.....	98
Annexes	103

Introduction

I) Contexte :

La littérature scientifique est pauvre sur le thème de l'automédication du sportif. Elle ne renseigne pas sur son taux de prévalence général, ni sur la nature des médicaments utilisés ou des problèmes de santé « traités », sur les principaux déterminants, ou encore sur les dangers de cet usage.

On ignore à ce jour si le comportement d'automédication s'observe plus dans certaines disciplines sportives ou s'il dépend du niveau de compétition ou des enjeux de la pratique pour le sportif.

On méconnaît le degré d'éducation à la santé des sportifs, un élément fondamental de toute automédication responsable.

Enfin, le rôle des professionnels de la santé dans ce domaine, en particulier auprès des sportifs de haut niveau, mériterait d'être clarifié.

Beaucoup d'études ont été effectuées sur le milieu professionnel, qui possède un suivi médical en constante évolution au sein des structures, mais très peu ont été faites au niveau amateur alors qu'ils représentent plus de 99% des pratiquants.

Les quelques rares études disponibles suggèrent, par exemple, que les adolescents sportifs utilisent de leur propre chef, voire abusent, des antalgiques ou des anti-inflammatoires pour lutter contre la douleur afin de poursuivre leur pratique. (1)

II) Objectif :

L'objectif du travail suivant est d'évaluer les pratiques d'automédication dans le football amateur bas-rhinois et le rôle des médecins généralistes.

III) Hypothèses de travail :

L'automédication est une pratique fréquente dans la population de sportifs amateurs.

Certains risques sont méconnus, voire minimiser

Le rôle du médecin traitant n'est pas prédominant dans cette pratique.

Il s'agit d'une enquête prospective, déclarative basée sur l'analyse d'un questionnaire anonyme.

Ayant pratiqué le football pendant plus de vingt ans, ce travail a été inspiré par mon parcours au sein de ce sport et le questionnement autour de l'automédication au fil des saisons.

I) Le football

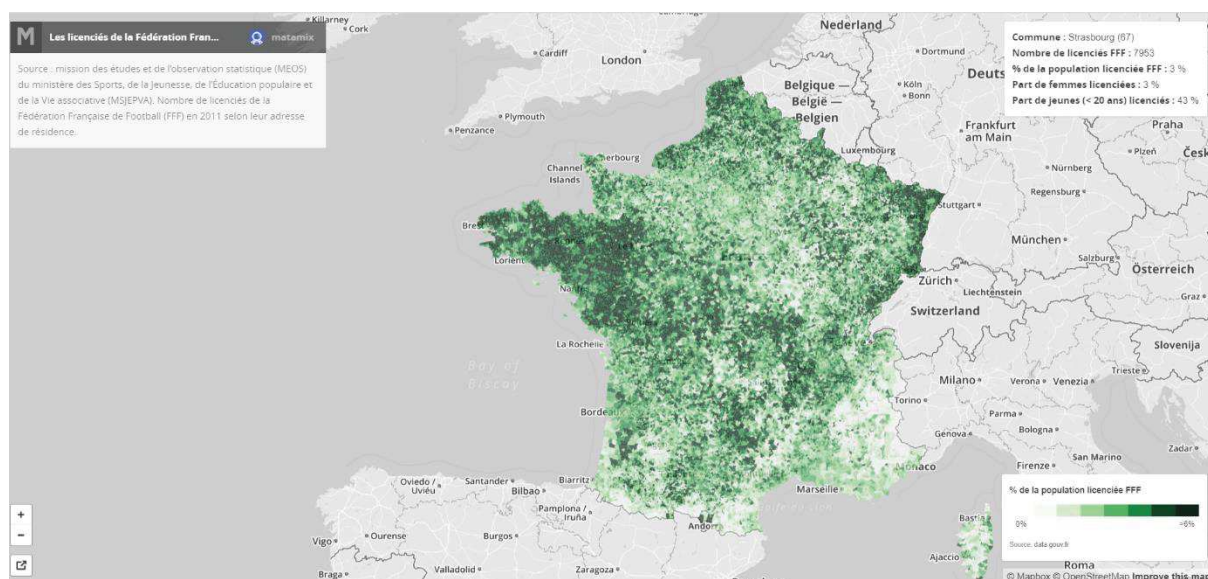
Le football est le sport le plus populaire avec 265 millions de pratiquants recensés dans le monde selon la FIFA en 2006. (2)

On recensait à l'époque 4,1 millions de pratiquants en France dont 1,750 millions licenciés au sein de la Fédération Française de Football, représentant au total 6% de la population.

Des chiffres importants mais qui paraissent faible à côté de nos voisins allemands qui comptaient alors plus de 16.3 millions de pratiquants (pour 6.3 millions de licenciés) soit 20% de la population.

Après les années 2000, ces chiffres ont augmenté significativement. On peut parler de l'effet coupe du monde quand les résultats brillants de l'équipe nationale ont fédéré de nombreux nouveaux pratiquants. La tendance actuelle est toujours en augmentation notamment avec le développement et l'essor du football féminin.

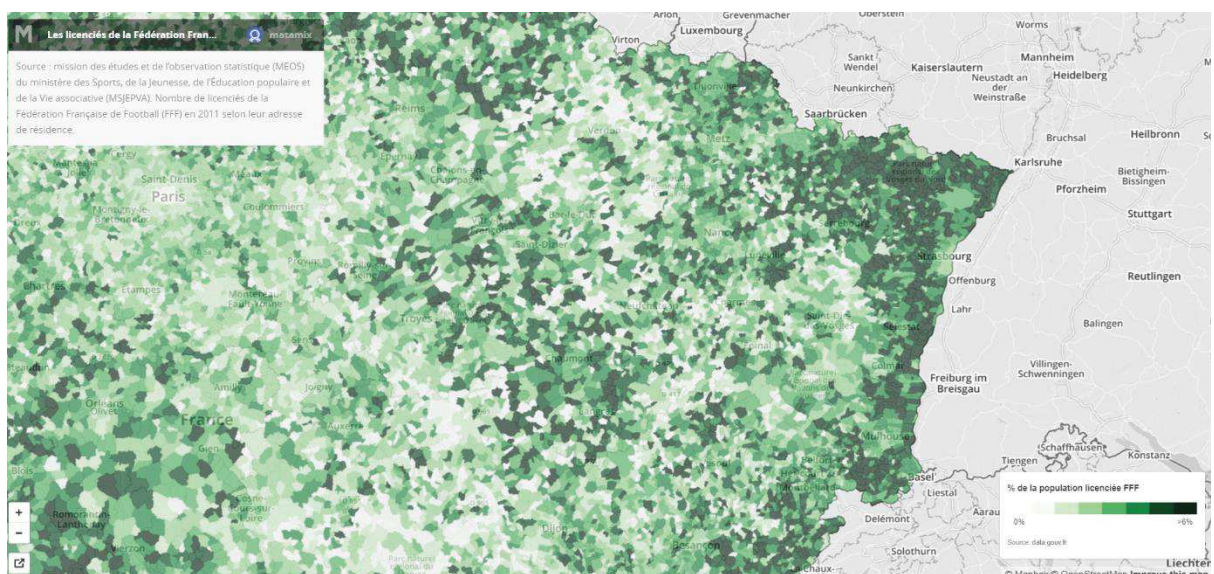
En France en 2018, on recensait 2.1 millions de licenciés dont 162.000 féminines au sein de 13.903 clubs. (3)



Nombre de licenciés de la Fédération Française de Football (FFF) en 2011 selon leur adresse de résidence. Source : mission des études et de l'observation statistique (MEOS) du ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative (MSJEPVA). (10)

La région grand-est est la deuxième plus riche en nombre de clubs avec 1648. Dans le département du Bas-Rhin, le football est le sport le plus pratiqué, loin devant le tennis avec 49.427 pratiquants licenciés en 2018 (45172 hommes et 4255 femmes). Des chiffres supérieurs à la moyenne nationale qui montrent que la pratique ici se rapproche également du modèle allemand où il existe une culture club développée et où le football est souvent le seul sport collectif proposé dans les villages un peu isolés.

On compte également de nombreux sportifs occasionnels non licenciés. (5)



Nombre de licenciés de la Fédération Française de Football (FFF) en 2011 selon leur adresse de résidence (10)

1) Historique

Le mot football est la contraction de deux mots anglais : foot (le pied) et ball (le ballon). Alors sont-ce les Anglais qui ont inventé ce jeu ? Oui et non. Dans l'Antiquité, déjà, les Grecs, les Romains, et avant eux les Chinois jouaient au ballon.

Le football, tel que nous le connaissons, est né vers la fin du XIX^{ème} siècle en Angleterre quand la Football Association, toute première instance dirigeante de ce sport fut créée le 26 octobre 1863 pour jouer avec un ballon qu'il était interdit de toucher avec ses mains.

Le football est alors introduit en France en milieu scolaire par des élèves anglais autour des régions de Paris et Caen.

L'un des premiers cas est signalé en décembre 1867 dans un article du Monde illustré qui mentionne la pratique à l'institution internationale de Chatou, banlieue ouest de Paris, sur l'initiative d'élèves du collège international de Londres. (6)

D'après Pierre Perny, les premiers récits du football alsacien remontent au printemps 1893 à Strasbourg. Dans une Alsace alors annexée au Reich germanique, né le doyen des clubs alsacien le Strassburger Fussball Club, qui devint après la fin de la Première Guerre Mondiale l'association sportive de Strasbourg (ASS).

Plus tard en 1906 est fondé le plus connu et fer de lance du football alsacien, le Racing Club de Strasbourg, initialement sous le nom de FC Neudorf, laissant apparaître l'origine géographique précise de sa fondation. (7)

Dans les premières années, il existe une forte rivalité entre ces deux clubs. Jusqu'au début du XXe, le football est prisé par la bourgeoisie et la haute société et se joue essentiellement dans les beaux quartiers récemment construits, dans lesquels vivent des Allemands refusant de se mêler aux Alsaciens. La création du FC Neudorf par des Alsaciens d'origine engendre une rivalité naturelle avec les clubs fondés par des Allemands comme le FC Strassburger ou le FC Frankonia, futur Red Star Strasbourg, qui est un club militaire composé majoritairement d'immigrants originaires de Franconie au sud-ouest de l'Allemagne.

Après la création du championnat de France professionnel en 1933 et jusqu'en 1939, le seul autre club alsacien que le Racing rencontre est le FC Mulhouse et les deux s'affrontent régulièrement dans le cadre du grand derby alsacien.

II) Les bienfaits du sport

1) Spécificité du football

Le football est le sport comptant le plus de licenciés en France et ses bienfaits sont multiples.

Il permet d'améliorer les capacités d'endurance, mais aussi de force (au niveau des membres inférieurs), de coordination. Comme toute activité physique, le football permet d'améliorer les capacités cognitives et d'attention chez les enfants. (8)

Il est habituel de dire que ce sport est universel. Ceci se confirme totalement quand on parle de sport-santé, puisque cette activité peut être pratiquée à l'extérieur ou en salle, sur des terrains variés (allant du sable au synthétique), et de dimensions adaptées à l'âge et au nombre de pratiquants. On peut jouer au football dans des conditions climatiques très variables (à condition toutefois de respecter, comme pour tous les sports, les limites des exercices en ambiance trop chaude et humide, ou par très grand froid). On peut aussi, éventuellement, adapter les règles en fonction du handicap, en lien avec les spécialistes des fédérations handisport, comme le football en fauteuil roulant par exemple.

Les bénéfices de la pratique du football peuvent donc être obtenus, tant par la pratique compétitive, que par la pratique de loisir. Ceci représente l'avantage sur d'autres sports, de ne pas avoir à modifier les règlements inhérents à l'organisation de la compétition elle-même.

La promotion de la santé par les activités physiques est un enjeu de santé publique de plus en plus important et la prise de conscience à ce sujet est en croissance constante.

2) Les recommandations actuelles en matière d'activité physique et sportive (APS)

Selon le rapport de l'OMS de 2010 (9)

A) Les jeunes

Les enfants et jeunes gens âgés de 5 à 17 ans devraient accumuler au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue. Le fait de pratiquer une activité physique pendant plus de 60 minutes apporte un bénéfice supplémentaire pour la santé.

L'activité physique quotidienne devrait être essentiellement une activité d'endurance. Des activités d'intensité soutenue, notamment celles qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, devraient être incorporées au moins trois fois par semaine.

B) Les adultes

Les adultes âgés de 18 à 64 ans devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue. L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes.

Pour pouvoir en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, les adultes de cette classe d'âge devraient augmenter la durée de leur activité d'endurance d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue. Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.

C) Les séniors

Pour les adultes âgés de 65 ans et plus, il s'agit des mêmes recommandations que la population adulte auxquelles s'ajoutent des recommandations spécifiques :

Les personnes âgées dont la mobilité est réduite devraient pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine.

Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.

Lorsque des personnes âgées ne peuvent pratiquer la quantité recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, elles devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent. Pour les adultes de cette classe d'âge, l'activité physique englobe notamment les activités récréatives ou les loisirs, les déplacements (par exemple la marche ou le vélo), les tâches ménagères, le jeu, les sports ou l'exercice planifié, dans le contexte quotidien, familial ou communautaire.

Selon ce même rapport, un large pourcentage des maladies chroniques est accessible à la prévention par des actions sur quatre facteurs de risque principaux : consommation de tabac, inactivité physique, consommation d'alcool et mauvaise alimentation. En France, les estimations actuelles des coûts directs (75%) et indirects (25%) de l'inactivité physique sont de l'ordre d'1,3 milliard d'euros

3) Les bénéfices du sport sur la santé

A) Maladies cardio-vasculaires :

L'atteinte vasculaire et les atteintes d'organes qui la compliquent (AVC, IDM), constituent la première cause de mortalité dans le monde. On estime à 17,7 millions le nombre de décès imputables aux maladies cardio-vasculaires, soit 31% de la mortalité mondiale totale. Parmi ces décès, on estime que 7,4 millions sont dus à une cardiopathie coronarienne et 6,7 millions à un AVC (chiffres OMS 2015)

Selon l'OMS, on recense : la cardiopathie coronarienne, les maladies cérébro-vasculaires, les cardiopathies rhumatismales, les maladies cardiaques congénitales, les artériopathies périphériques, les thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires.

Les facteurs de risques tels que l'hérédité, le diabète de type 2 (DT2), le tabagisme, l'hypertension artérielle (HTA), les dyslipidémies et la sédentarité, sont bien connus et accélèrent cette évolution.

Lorsqu'ils sont associés, ils entraînent un effet additif et multiplicateur sur le risque vasculaire.

Or, la pratique d'une activité physique (AP) comme le football a des effets bénéfiques sur la fonction cardiaque mais aussi sur ses facteurs de risques, ce qui en fait le principal facteur d'amélioration de la morbi-mortalité cardiovasculaire.

L'effet bénéfique sur les vaisseaux se fait de manière directe et indirecte (via la modification des facteurs de risque).

Effets de l'APS sur les facteurs de risque modifiables :

a) Tension artérielle

L'activité physique régulière fait partie des mesures hygiéno-diététiques (avec le régime hyposodé et la perte pondérale) préconisées par les sociétés de cardiologie et l'OMS pour traiter l'hypertension artérielle essentielle.

L'activité physique et sportive abaisse la tension artérielle systolique et diastolique de respectivement 3,4 mm de Hg et 2,4 mm Hg chez le sujet normo-tendu (16) et respectivement 11 et 8 mm Hg chez le sujet hypertendu (11)

b) Syndrome métabolique

L'APS s'accompagne d'une baisse du poids, avec diminution de la masse grasse et augmentation de la masse maigre. On peut mesurer une diminution du périmètre ombilical.

c) Dyslipidémie

L'APS s'accompagne d'une baisse du LDL-c et d'une hausse du HDL-c.

Une méta-analyse incluant 52 études a montré une réduction moyenne de 3,7 % du taux de triglycérides sériques, de 5 % du LDL-cholestérol et une augmentation moyenne de 4,6 % du HDL-cholestérol. (12)

L'APS permet également une aide au sevrage tabagique.

Effets directs sur le système cardiocirculatoire :

L'APS est bénéfique directement par modulation de la fonction endothéliale. Les capacités vasodilatatrices et vasomotrices, ainsi que l'élasticité sont améliorées par l'APS et permet un ralentissement des altérations de la compliance liée au vieillissement physiologique mais également de manière bénéfique sur la prévention de l'athéromatose.

Par ailleurs l'APS module l'expression de gènes responsables de la performance et de la fatigue musculaire (gène codant l'ACE responsable de la respiration cellulaire) (13)

On sait aussi que la bradycardie induite par l'APS (et par les bêtabloquants) est protectrice en limitant le stress endothélial.

D'autre part les troubles de la coagulation sont améliorés par l'activité physique. L'activité fibrinolytique est augmentée, l'adhésivité plaquettaire et la viscosité plasmatique sont réduites.

(14)

Le syndrome inflammatoire biologique, corrélé à la survenue plus fréquente des atteintes athéromateuses et associé aux troubles de la coagulation, est également réduit par l'activité physique, avec amélioration des marqueurs que sont la protéine C réactive et le fibrinogène.

Il existe aussi une diminution de la concentration en cytokines athérogènes.

A) Diabète de type II :

En France, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) était estimée à 5% de la population en 2015, soit 3,3 millions de personnes. La prévalence du diabète a augmenté en moyenne de 2,1% par an sur la période 2010-2015. (21) Ce chiffre est sous-estimé car beaucoup de patients ignorent leur pathologie qui sera dépistée par une analyse sanguine ou découverte à l'issue d'une complication.

Il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique car les chiffres sont en constantes évolution dans nos sociétés. Les complications au long-terme que sont la macro-angiopathie (coronaropathie et artériopathie), la microangiopathie (rétinopathie et néphropathie) et la neuropathie, sont responsables d'handicap et d'altération de la qualité de vie pour le patient et génèrent des couts énormes pour la société.

L'APS réduit l'incidence de survenue du diabète de type 2 (prévention primaire) mais joue également un rôle en prévention secondaire en améliorant l'équilibre glycémique des patients.

Une méta-analyse sur 14 études randomisées conclut que l'APS pratiquée chez le diabétique de type 2 améliore de manière significative l'équilibre glycémique, avec une baisse de

l'hémoglobine glyquée de 0.66%, même sans variation de poids (22) On note également une limitation des hypoglycémies.

Ces chiffres peuvent être expliqués par une amélioration du transport du glucose, de son utilisation ainsi qu'une diminution de l'insulino-résistance.

Ces mécanismes se recoupent avec les modifications physiologiques des facteurs de risque et permettent de limiter significativement l'apparition des complications cardiovasculaires.

B) Système respiratoire :

a) La Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Avec le sevrage tabagique, l'AP est la mesure la plus efficace en prévention primaire.

Une étude de 2007 ayant suivi 6 790 sujets sur 11 ans montre que les fumeurs pratiquant une activité physique égale ou supérieure à deux heures par semaine, quelle que soit son intensité, ont un risque réduit de développer une BPCO comparativement aux fumeurs réalisant moins de deux heures d'activité physique par semaine (17).

L'AP présente également un intérêt majeur en prévention secondaire. Ainsi elle améliore la dyspnée, la capacité fonctionnelle et la qualité de vie et prévient les complications de la BPCO.

La même équipe a suivi, pendant 20 ans, 2 386 patients atteints de cette maladie. Une activité physique de type marche ou vélo à raison de deux heures ou plus par semaine entraîne une diminution des hospitalisations et de la mortalité d'origine respiratoire pouvant atteindre 40 % (18).

b) L'asthme

Historiquement, le sport était contre-indiqué chez l'enfant asthmatique pour éviter la crise d'asthme induite par l'exercice, avec pour conséquences quelques générations d'enfants

asthmatiques surprotégés et déconditionnés. On sait désormais que l'AP adaptée c'est-à-dire avec des disciplines permettant une intensité modérée, évitant l'hyperventilation et les autres activités amenant des asthmes allergiques spécifiques (piscine, équitation), permet d'éviter le déconditionnement secondaire à l'aptitude aérobie et à l'inadaptation cardiorespiratoire.

Les bénéfices sont multiples : diminution des crises, des hospitalisations, des consultations médicales, de la prise des médicaments, de l'absentéisme. La tolérance à l'effort et la qualité de vie sont améliorées (19).

La pratique d'une AP permet également de favoriser une meilleure compréhension de la maladie, de ses facteurs favorisants et de ce fait une meilleure observance.

C) Ostéoarticulaire :

L'activité physique par les contraintes mécaniques qu'elle exerce sur le squelette favorise l'ostéogénèse et permet d'agir à la fois sur la masse osseuse, la densité et sur les propriétés mécaniques de l'os. Sa pratique est donc d'autant plus importante tout au long de la croissance pour la bonne constitution du capital osseux.

a) L'arthrose

Le sport intensif est une cause de développement de l'arthrose par contraintes et hypersollicitations. Il n'a pas été démontré de rôle protecteur en prévention primaire vis-à-vis des sujets sédentaires. Cependant il est clairement établi que l'AP dynamique en charge d'intensité faible à modérée est utile pour maintenir un capital cartilagineux fonctionnel par rapport aux sportifs intensifs.

D'autre part, la pratique est bénéfique chez l'arthrosique car elle permet de diminuer la douleur, la raideur articulaire et l'amyotrophie et contribue aussi ainsi à améliorer la qualité de vie.

Les AP sont également recommandés pour les porteurs de prothèses (genou, hanche) mais doit être adaptée en décharge (natation, vélo) ou en charge modérée (marche, course sur terrain stable) afin d'éviter l'usure prématurée, le risque de fracture secondaire sur chute ou descellement.

b) L'ostéoporose

L'ostéoporose est une maladie à déterminisme pédiatrique et à révélation gériatrique. La prévention de la perte osseuse doit s'initier dès la croissance.

L'AP a un effet bénéfique en renforçant le capital osseux à l'adolescence et en réduisant la perte osseuse avec l'âge.

Chez la femme adulte et en préménopause (de 16 à 44 ans), une méta-analyse prouve que l'exercice physique permet d'atténuer ou de prévenir la perte osseuse et donc l'ostéoporose avec une efficacité plus importante pour les activités avec impacts au sol (course, saut) (20).

Les nageuses ont ainsi une DMO vertébrale plus basse que les autres sportives, prouvant que l'effet ostéogénique est directement lié à la notion de contraintes de pression qui n'existent que très peu en natation où le corps est "en décharge".

Les mêmes recommandations s'inscrivent chez les personnes âgées ou en prévention secondaire chez les sujets osteopeniques tout en réduisant les activités à impact et en renforçant la prévention des chutes avec exercices d'équilibre et proprioception.

Il existe un impact sur le capital osseux des autres facteurs comme la nutrition optimale en calcium, vitamines D et protéines, le tabagisme et la consommation d'alcool.

D) Cancer :

Il existe plusieurs explications concernant les effets bénéfiques de l'APS sur les processus tumoraux (19) :

-Hypothèse immunitaire par une action positive sur le cytochrome P450 (impliqué dans la détoxification carcinogénique), ainsi que par augmentation du nombre et de l'activité des macrophages et des lymphocytes Natural Killer, par diminution du stress oxydatif des enzymes antioxydantes et en améliorant les systèmes de réparation de l'ADN.

-Hypothèse anti-inflammatoire par réduction du taux des médiateurs pro-inflammatoires et par stimulation de l'angiogenèse.

-Hypothèse hormonale, par réduction de la graisse intra-abdominale, et par conséquence une réduction de l'insulino-résistance entraînant une diminution de la fraction libre des hormones sexuelles sur les cancers hormono-dépendants (sein, endomètre, prostate).

-Hypothèse mécanique, sur le cancer du côlon par exemple, en réduisant le temps d'exposition de la muqueuse digestive aux carcinogènes d'origine alimentaire par diminution du temps de transit intestinal.

De très nombreuses méta-analyses, essais randomisés et études prospectives (21), ont étudié les effets de l'activité physique chez les patients atteints de cancer.

Les résultats les plus probants découlent des études portées sur les cancers du sein chez les femmes ménopausées et du côlon (28) (23).

L'AP aurait également un effet intéressant en prévention secondaire vis-à-vis des chimiothérapies, pouvant aider à améliorer leur efficacité et diminuer certains effets secondaires comme l'asthénie, la fonte musculaire post-chimiothérapie ou la perte osseuse post-radiothérapie.

E) Maladies neurologiques :

Il n'existe pas de données montrant un rôle préventif primaire de l'AP dans la sclérose en plaques contrairement aux maladies de Parkinson et Alzheimer où les APS semblent retarder l'incidence de survenue de la maladie. (24) (25)

Par ailleurs il est démontré un rôle important dans la préservation d'une qualité de vie avec un effet sur le sommeil, les troubles de l'humeur et mnésiques, de l'attention ainsi que les troubles moteurs (dyskinésies, risque de chute).

F) Les habitudes de vie :

Ce travail permet de s'interroger sur les caractéristiques de cet échantillon de sportifs en matière de consommation éthylique, tabagique et de sommeil, et si ceux diffèrent sensiblement par rapport à la population générale ou non.

On sait que les mauvaises habitudes de vie peuvent se répercuter sur la pratique physique et sportive. Parallèlement, il est démontré le rôle bénéfique de la pratique sportive adaptée dans l'aide au sevrage tabagique et la prise en charge de certaines pathologies liées aux troubles du sommeil (insomnies, syndrome d'apnée obstructive du sommeil).

a) Alcool :

Bien qu'en baisse depuis les années 1960, la consommation d'alcool en France demeure l'une des plus élevées en Europe. L'usage de l'alcool dans notre pays reste une pratique sociale et culturelle répandue.

Selon le Bulletin de Santé Publique de Janvier 2020 (26), en région Grand Est, près de 4 adultes sur 10, âgés de 18 à 75 ans, consomment de l'alcool au moins une fois par semaine et 1 sur 10 tous les jours.

Cette pratique concerne principalement les hommes, les plus de 50 ans et les moins diplômés. En 2017 plus de 15% avaient connu des ivresses régulières. Cette alcoolisation ponctuelle importante est un marqueur d'appartenance à un groupe social et est favorisée par une forte tolérance sociale.

Les effets délétères sont multiples :

La consommation d'alcool joue un rôle néfaste dans la régulation métabolique au cours de l'effort. L'alcool perturbe l'utilisation de glucides et d'acides aminés par le muscle squelettique et le foie en diminuant la libération hépatique du glucose à partir du glycogène (aide énergétique au cours de l'effort) et en freinant la synthèse de glycogène hépatique et musculaire (base de la récupération après un effort). (27)

On reconnaît les effets favorables d'une consommation régulière et faible de certains alcools (notamment le vin rouge) en réduisant le risque de survenue de coronaropathies par le biais de l'augmentation du HDL-c protecteur.

La consommation excessive d'alcool à long terme entraîne une augmentation de la prévalence de cardiomyopathie et arythmie supra-ventriculaire par une altération de la contraction du ventricule gauche et une hyperexcitabilité cardiaque, tous deux incompatibles avec un effort physique.

Une intoxication alcoolique aiguë augmenterait le risque d'accident vasculaire en raison de modifications de la viscosité sanguine avec hypercoagulabilité transitoire. Ce risque pourrait être accentué après un effort physique (28).

La consommation d'alcool qu'elle soit aiguë ou chronique et l'exercice indépendamment ont des effets de modulation et d'altération du système immunitaire avec une susceptibilité accrue aux infections bactériennes et virales et des difficultés à les combattre.

Ainsi une étude américaine a montré que l'incidence d'infections du tractus respiratoire est plus importante parmi les coureurs à pied qui consomment de l'alcool (29)

La consommation d'alcool en excès peut altérer certaines fonctions cognitives comportementales (désinhibition, agressivité), de jugement (prise de risque, baisse de la vigilance) et psychomotrices (allongement du temps de réaction, altération motricité fine) et engendrer une augmentation du risque d'accident sportif.

Par ailleurs l'alcool favorise l'endormissement mais en allégeant et en fragmentant le sommeil ne permet pas une bonne récupération.

Une étude multicentrique mondiale a montré que la consommation éthylique accrue engendre un risque fracturaire plus important par le biais de la déminéralisation osseuse. Cependant il faut tenir compte du fait que ces patients ont également des comorbidités qui entrent en jeu dans la déminéralisation osseuse (dénutrition, sédentarité...) (30)

b) Tabac :

Le sevrage tabagique est un enjeu majeur de notre société.

Nous n'allons pas revenir en détail sur les effets du tabac et des composants de la cigarette sur la santé.

En ce qui concerne le retentissement sur l'activité physique, on peut observer une augmentation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque ainsi que de l'essoufflement durant l'effort, une altération de la récupération et majoration des douleurs musculaires. (31)

Différentes études ont mis en avant le rôle de l'activité physique dans l'aide au sevrage et le maintien de l'abstinence dans le temps, par le biais de la diminution du syndrome de sevrage et

du craving jusqu'à 20 minutes après la fin de l'exercice, mais aussi la diminution du stress, de la prise de poids, et la majoration de la confiance en soi. (32)

c) Sommeil :

Le sommeil et l'exercice physique ont une influence réciproque impliquant des processus à la fois physiologiques et psychologiques.

Plusieurs études ont mis en avant l'influence de la qualité du sommeil sur la performance physique.

Ainsi une étude multicentrique croate a démontré la relation entre un sommeil de mauvaise qualité et une baisse des capacités physiques durant l'effort. (33)

Réciproquement, on estime que la pratique d'une activité physique régulière est considérée comme bénéfique pour le sommeil tout en dépendant de nombreux facteurs, tels que le sexe, l'âge, le niveau de forme physique, la qualité du sommeil et les caractéristiques de l'exercice (durée, intensité, heure de pratique, environnement).

Sur la base de recommandations pratiques, un entraînement physique modéré de type aérobie pourrait être également prescrit comme un traitement non pharmacologique des troubles du sommeil, tels que l'insomnie et l'apnée du sommeil. (34)

III) Les risques imputés à la pratique sportive

1) Les blessures

Les blessures constituent le principal point noir de la pratique sportive, auxquelles est directement liée l'automédication soit dans le but de traiter ces blessures ou de prévenir leurs survenues.

En tant que sport de contact, le football est pourvoyeur de blessures même si elles sont moindres que dans certains autres sports apparentés comme le rugby ou le football américain.

Selon Junge, Cheung, Edwards, et collaborateurs (35) on recense 2.7 fois plus de blessures lors d'un match de rugby que lors d'un match de football

Un peu moins de deux tiers (58%) des blessures liées à la pratique du football sont occasionnées sans contact et 7% des blessures sont des rechutes d'ancien traumatisme. (36)

Facteurs de risque :

Murphy et collaborateurs ont étudié les facteurs de risque de blessures sur une revue de littérature de 2003. (37) On différencie **les facteurs de risque intrinsèques** comme l'âge, le sexe, la masse musculaire, la souplesse, la fatigue et les **facteurs extrinsèques** comme le niveau de compétition, la technique du joueur, le type d'équipement (chaussures, ajouts d'orthèses), la qualité de l'échauffement, la surface sur laquelle il évolue.

Plusieurs analyses ont montré que le risque de blessure est supérieur lors des matchs par rapport aux entraînements. Les résultats s'accordent aussi sur le fait que le risque de blessures est plus important dans le milieu professionnel. Les deux constats semblent directement liés à l'intensité des efforts. La prise en charge médicale au niveau professionnel constitue d'ailleurs un enjeu

majeur dans l'évolution du football moderne ou les enjeux financiers dépassent souvent le simple enjeu sportif.

L'incidence de blessure augmente également logiquement avec l'âge des sportifs (38) mais varie également selon le sexe. Une étude américaine (39) reporte une incidence de 1.93 blessures/saison/joueuses en comparaison avec une incidence de 6.2 blessures/saison/joueurs chez leurs homologues masculins de la Major League Soccer (USA) (40). Les blessures sont sensiblement similaires dans les deux sexes. Toutefois on observe une incidence sensiblement plus élevée de survenue de lésion du LCA chez ces joueuses. Les particularités anatomiques et physiologiques semblent en mesure d'expliquer ces résultats.

Il est difficile de mettre en évidence une différence d'incidence ou de type de blessures en fonction du rôle occupé sur le terrain hormis pour le poste de gardien de but, qui possède évidemment ses spécificités (41). Ainsi on observe une incidence plus élevée des traumatismes du membre supérieur par rapport aux joueurs de champ.

L'étude menée par Arnason et collaborateurs au sein de l'élite du football islandais a mis en évidence une différence significative de blessures en fonction de la surface d'évolution. Ainsi, il est observé un nombre plus important de blessures musculaires et d'entorses sur les surfaces synthétiques par rapport aux terrains en herbe, proportionnellement aux heures de pratique. (42)

Type de lésions :

Dans le milieu professionnel, les blessures les plus fréquentes sont de loin les lésions musculaires puis les entorses. On recense également les traumatismes crâniens, contusions musculaires, fractures, luxations. La blessure la plus fréquente étant la lésion musculaire intrinsèque de la cuisse et plus précisément des muscles ischio-jambiers. (39) (43) (36) (40)

La pathologie la plus fréquente retrouvée chez les amateurs est l'entorse du genou.

La différence de nature des blessures entre les professionnels et les amateurs peut être expliquée par le rôle de l'entraînement (Ex : renforcement musculaire des ischio-jambiers pour limiter le nombre des entorses du pivot central du genou) mais également les conditions matérielles (terrains plus accidentés, chaussures moins adaptée) et les conditions individuelles de préparation à l'effort (mauvaise hydratation, mauvais échauffement, sommeil insuffisant, nutrition non optimale...)

2) Le Dopage

A) Cadre réglementaire

Loi Herzog (1965)

La première loi française promulguée en matière de lutte contre le dopage, la loi 65-412, date du 1er juin 1965. Elle s'appuie sur une définition : « Le doping est l'administration à un sujet sain, ou l'utilisation par lui-même, ou par quelque moyen que ce soit, d'une substance étrangère à l'organisme, de substances physiologiques en quantité ou par voies anormales et ce dans le seul but d'augmenter artificiellement et de façon déloyale la performance du sujet à l'occasion de sa participation à une compétition. »

Loi Buffet (1999)

Dans les suites de l'affaire Festina, est créé le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage (CPLD).

La loi n° 99-223 du 23 mars 1999 vise en particulier à renforcer la lutte contre le dopage en définissant les acteurs, documents administratifs, lieux et conditions dans lesquels peuvent se dérouler les contrôles ainsi que les sanctions administratives et pénales.

Parallèlement la même année au niveau international est créé l'Agence mondiale antidopage (AMA).

Il s'agit d'une fondation internationale indépendante, chargée de promouvoir, coordonner et superviser la lutte contre le dopage dans le sport. Son bureau principal est à Montréal.

Initialement financée intégralement par le Comité international olympique (CIO), l'AMA est financée à parts égales, depuis 2002, par le CIO et les gouvernements.

Entré en vigueur en 2004, le Code mondial antidopage harmonise les règles liées au dopage dans tous les sports et dans tous les pays. Près de 600 organisations sportives (fédérations sportives internationales, organisations nationales antidopage, Comité international olympique, Comité international paralympique, un certain nombre de ligues professionnelles dans divers pays, etc.) ont adopté le Code à ce jour

Loi Lamour (2006)

La loi n° 2006-4052 du 5 avril 2006 permet au CPLD de passer d'une simple "autorité administrative indépendante" à une « Autorité publique indépendante » et en changeant de nom pour devenir l'Agence française de lutte contre le dopage (AFLD).

Ses missions sont d'organiser des contrôles lors de compétitions françaises et internationales en coordination avec l'Agence mondiale antidopage (AMA) ou avec la fédération internationale compétente.

Elle dispose de l'unique laboratoire accrédité en France auprès de l'Agence mondiale antidopage. Elle a la charge du pouvoir disciplinaire.

Par ailleurs, l'Agence est chargée de délivrer sur le plan national les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques de produits interdits (AUT).

Elle réalise également des opérations de prévention et de recherche.

B) Définitions

On parle de **conduite dopante** lorsqu'à des fins de performance ou simplement pour surmonter un obstacle (réel ou supposé), on a recours à un produit tel que médicament, complément alimentaire ou produit stupéfiant illégal. L'obstacle peut être un examen, un entretien d'embauche, un travail difficile et/ou pénible, une épreuve sportive, etc.

Le dopage, quant à lui, ne concerne que les sportifs qui, dans le cadre de compétitions ou de leur préparation en vue d'une compétition, utilisent des substances ou des méthodes interdites, inscrites sur une liste établie chaque année par l'Agence mondiale antidopage (AMA). Sans autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT), l'utilisation par les sportifs des substances inscrites sur cette liste est interdite.

Principe de responsabilité

Selon le principe de responsabilité objective défini dans le Code mondial antidopage, le sportif est tenu responsable de toute substance interdite qu'il absorbe ou qui lui est administrée et de toute méthode interdite qu'il utilise ou qui lui est appliquée. Quel que soit son niveau de pratique, amateur ou professionnel, lorsqu'un sportif souhaite participer à un événement, il s'expose à un possible contrôle anti-dopage.

Le dopage accidentel

Le ministère des sports met en garde les praticiens et les sportifs contre les risques encourus (notamment le dopage accidentel). Une vigilance particulière est portée sur les produits achetés via Internet notamment les compléments alimentaires, dont la composition peut parfois s'éloigner de ce qui est affiché.

Lorsqu'ils sont malades, les sportifs amateurs ou professionnels peuvent avoir recours, sans le savoir, à un médicament considéré comme dopant. A titre d'exemple, la prise de certains corticoïdes en cas d'état grippal, certains sprays nasaux ou encore des médicaments anti-rhume, qui contiennent de la pseudoéphédrine (utilisé comme décongestionnant), ou encore certains antalgiques comme le Dafalgan codéiné. La codéine n'étant pas une substance interdite, mais se métabolise en morphine qui, elle, est interdite, et peut se retrouver dans les échantillons biologiques.

Lorsque l'état de santé du sportif impose un traitement médical comprenant une ou plusieurs substances ou méthodes interdites, le sportif peut bénéficier d'une Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques (AUT), qui lui permet de se soigner sans risquer de sanction disciplinaire ou pénale.

L'obtention d'une AUT est l'unique moyen de participer à une compétition ou à une manifestation sportive lorsque le sportif est sous traitement composé de substances dopantes tout en étant en règle et sans commettre d'infraction aux règles antidopage. Il n'existe aucun autre document officiel que l'AUT permettant cela.

La demande d'AUT doit être faite à la demande du médecin du sportif et devra être soumise à l'AFLD, ou à l'AMA en cas de compétition internationale. Une fois acceptée, celle-ci devra être présentée par le sportif en cas de contrôle antidopage à la personne responsable du prélèvement.

Dans le cas où l'état du sportif nécessite un traitement chronique en cas d'asthme avéré, par exemple, une AUT ne sera pas nécessaire. Dans ce cas précis où le sportif sera traité par le Salbutamol (substance dopante), une simple déclaration d'usage fera l'affaire. Celle-ci nécessite une procédure beaucoup plus simple que pour une AUT

L'utilisateur peut demander conseil à son médecin, à son pharmacien. Il peut consulter les notices ou le site de l'AFLD où figurent les informations du caractère prohibé ou non du médicament en question.

(44)

IV) L'automédication

1) L'automédication générale

A) Rappel sur l'automédication :

Selon l'OMS, l'automédication consiste dans le fait qu'un individu recoure à un médicament, de sa propre initiative ou de celle d'un proche, dans le but de soigner une affection ou un symptôme qu'il a lui-même identifié, sans avoir recours à un professionnel de santé. (1)

En 2001, le Conseil de l'Ordre des médecins définissait l'automédication comme « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes, pour elles-mêmes ou pour leurs proches, et de leur propre initiative, de médicaments reconnus comme tels et ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM), avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens

Mais on sait que l'automédication relève également de détournement de médicaments sur ordonnance, obtenus soit sur Internet ou soit par réutilisation d'un traitement prescrit auparavant mais non consommé dans son intégralité.

Particularité française :

En France, on distingue trois grandes catégories de produits :

- les médicaments à prescription médicale obligatoire (PMO) qui ne peuvent être délivrés que sur présentation d'une ordonnance rédigée par un professionnel de santé ;
- les médicaments à prescription médicale facultative (PMF) que l'on peut obtenir sans ordonnance (mais qu'un professionnel de santé peut prescrire tout de même) ;
- les produits en vente libre (qui peuvent notamment avoir subi une mesure de déremboursement par la Sécurité sociale).

La très grande majorité des médicaments disponibles sur le marché français (à l'exception des médicaments innovants sous Autorisation Temporaire d'Utilisation – ATU) font l'objet d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) délivrée par l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des Produits de santé (ANSM).

Pour être disponible en automédication, un médicament doit répondre à des critères de sécurité et d'efficacité : être pertinent pour lutter contre des pathologies ne nécessitant pas de consultation médicale et permettre la disparition rapide d'un symptôme.

Les autorités sanitaires (Agence du médicament et ANSM) parlent de « médicaments de médication officinale » lorsqu'il est destiné à soigner des symptômes courants pendant une courte période, qui ne nécessitent pas l'intervention d'un médecin, et doivent être accompagnés des conseils du pharmacien. Ce médicament dispose de plus d'un conditionnement (dosage, durée de traitement) et d'une notice d'information adaptée. Le décret de 2008 autorise la mise

à disposition de certains médicaments devant le comptoir des pharmacies d'officine, en accès direct, dans un espace spécialement dédié à cet effet. La liste de 2008 concerne 217 spécialités pharmaceutiques couvrant 71 domaines thérapeutiques, 12 médicaments à base de plantes et 19 médicaments homéopathiques. (2)

A compter 15 janvier 2020, les médicaments contenant du paracétamol et certains anti-inflammatoires non stéroïdiens (ibuprofène et aspirine) devront tous être placés derrière le comptoir du pharmacien. Cette mesure vise à favoriser le bon usage de ces médicaments d'utilisation courante en renforçant ainsi le rôle de conseil du pharmacien auprès des patients qui souhaitent en disposer sans ordonnance. (3)

D'après l'INSEE (4), la consommation de médicaments représente un chiffre de 32.6 milliards pour une consommation globale de soins et biens médicaux de près de 200 milliards d'euros en 2018.

Elle représente 8,9 % du PIB, soit un niveau similaire à ceux constatés les années précédentes, pour une dépense moyenne de 2 975 euros par habitant

Selon le rapport de l'AFIPA (Agence Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable), la part de médicaments délivrés sans prescriptions représente près de 20% des délivrances effectués en officine. A ces chiffres on doit ajouter la part de l'automédication qui représente la prise de médicaments prescrits antérieurement ou récupérés par d'autres moyens (internet).

Cette pratique est fréquente dans notre société actuelle puisqu'elle concernerait 8 français sur 10, selon les enquêtes menées à l'initiative de l'AFIPA (Agence Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable). Les principaux motifs faisant l'objet d'une automédication sont les douleurs dont les céphalées, la fièvre, les affections respiratoires et digestives. Cette pratique touche aussi la population adolescente. (5)

Cependant la pratique est moins développée que dans certains pays voisins.

L'automédication en France concerne 15% du recours au médicament (chiffres 2014) par rapport au système anglais (plus de 50%) et allemand (45%)

B) Les avantages et risques de cette pratique :

a) Avantages :

-pour le patient : Un gain de temps

L'automédication lui évite de consulter.

-pour le praticien : Un recentrage sur les pathologies intéressantes

L'automédication évite de gérer des cas mineurs

Pour la sécurité sociale : Une rationalisation des coûts

L'automédication implique moins de consultations à rembourser...

(6)

b) Risques :

Evènements indésirables

Effets secondaires, interactions médicamenteuses, errance diagnostic

Dopage accidentel (contrôle positif) :

L'automédication, sans que le sportif puisse s'en rendre compte, peut rendre positif un test anti-dopage. Cet effet insoupçonné par le sportif présente un impact secondaire, car uniquement sportif. Pour autant il est important à souligner et doit être diffusé.

2) L'automédication chez les sportifs

Dans la plupart des cas, ils méconnaissent les dangers pour la santé liés à ces consommations.

Un travail portant sur des plongeurs subaquatiques de loisirs souligne que plus de la moitié

d'entre eux ont pris des médicaments six heures ou moins avant de plonger. Il s'agissait surtout d'antalgiques et de décongestionnant nasaux. (50) (51)

Un travail sur les alpinistes montre une prévalence de l'automédication à 96%.

Les antalgiques simples sont les médicaments les plus utilisés (90%) : paracétamol (82%) et aspirine (66%). Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les médicaments de la sphère digestive sont utilisés réciproquement par 61% et 57% de l'échantillon. La fréquence d'utilisation pour 91% des médicaments est inférieure à une utilisation toutes les cinq courses. Les motifs d'utilisation principaux motivant une automédication sont les céphalées (79%), les douleurs musculo-tendineuses (62%) et la diarrhée (52%) (52)

Une étude descriptive transversale, constate que l'automédication des jeunes sportifs dans le patinage est une pratique courante, avec une prévalence importante (91,9%), qui semble équivalente à celle de la population générale, mais avec une prédominance féminine en termes de fréquence d'utilisation des produits (7,9% des femmes consomment au moins une fois par semaine contre 0% chez les hommes). Cette fréquence d'utilisation augmente aussi avec l'âge. (53)

Un travail réalisé dans le cadre d'une thèse de pharmacie, montre que plus de 99 % des sportifs interrogés (20 à 22 ans, de niveau régional pour la plupart) recourent à l'automédication, essentiellement des antalgiques et des complexes vitaminiques et minéraux. Il est intéressant d'observer que si la moitié d'entre eux considèrent les médecins et pharmaciens comme des conseillers potentiels, près de 30 % les jugent peu disponibles, peu qualifiés ou trop « répressifs ». (54)

En dépit du manque de données, il existe quelques arguments en faveur de comportements différenciés entre sportifs et non sportifs.

Dans une étude française de 2003 qui effectuait des analyses toxicologiques sur des échantillons urinaires dans une population d'adolescents sportifs et non sportifs, la proportion de jeunes

sportifs à prendre du paracétamol était significativement plus élevée que chez leurs pairs non pratiquants (9,8% vs 1,3%). Cette différence était plus grande chez les cyclistes (26,7%) et les sprinteurs (20%). (55)

Il est observé également des différences en fonction du niveau de pratique.

La pratique d'automédication augmente de façon parallèle avec l'élévation du niveau, et donc du nombre d'heures pratiquées.

Une étude française menée à Toulouse en 2011 sur l'automédication pratiquée par 206 rugbymen amateurs interrogés par auto-questionnaires anonymes, constatait que l'automédication était une pratique courante dans cette population et était corrélée au nombre d'heures de pratique et au niveau. Dans cette étude le taux d'automédication des sportifs était de 80%. Les principales substances utilisées sont les analgésiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Les principaux motifs d'utilisation étaient les douleurs musculaires (66%), les céphalées (65.4%) et l'inflammation rhino-pharyngée (53.5%). (56)

Mais paradoxalement, pour traiter les affections du tractus respiratoire supérieur, les athlètes de haut niveau interrogés dans une étude britannique recouraient moins souvent à l'automédication que ceux d'un niveau moindre et, chez les usagers, les élites étaient plus attentives à ne pas prendre de médicaments contenant des stimulants figurant sur la liste des substances prohibées. (57)

3) Médicaments pris en automédication : cas particulier des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Les effets indésirables des AINS sont nombreux, très fréquents parfois graves voire mortels. Etant donné leur très grande utilisation, notamment en France, les AINS font partie des

médicaments les plus dangereux. Il convient de mettre en garde le patient contre les risques d'automédication.

Une étude de 2008, démontre que durant les deux coupes de monde de 2002 et 2006, la prévalence de l'automédication tournait autour des 80 % et que les AINS représentaient plus de 50% des substances utilisées. (45)

Au niveau amateur les quelques rares études disponibles suggèrent, que les sportifs utilisent de leur propre chef, voire abusent, des antalgiques ou des anti-inflammatoires pour lutter contre la douleur afin de poursuivre leur pratique. (1)

Les AINS sont consommés par les athlètes pour diverses raisons :

- poursuivre une activité sportive malgré une lésion traumatique aigue ou de surcharge
- hâter un retour sportif après une lésion
- en prophylaxie

A) Définitions :

Le terme « anti-inflammatoire non stéroïdien » a été introduit dans les années 1960 pour marquer la distinction avec la cortisone et ses dérivés, aux effets iatrogènes parfois tragiques dans leur utilisation faite à cette époque.

Tous les AINS possèdent des propriétés communes : anti-inflammatoires, antalgiques, antipyrétiques et anti-agrégants plaquettaires (les coxibs ne possèdent pas cette dernière propriété).

Le mécanisme d'action principal des AINS est une inhibition de la synthèse des prostaglandines à partir de l'acide arachidonique, par un blocage de la cyclo-oxygénase (COX)

Il existe également un effet d'inhibition de la migration, de l'agrégation et sur la fonction des neutrophiles puis des macrophages.

Il existe deux isoenzymes :

-La COX1 constitutive (reins, estomac, vaisseaux, etc.) a un rôle physiologique. Elle permet la synthèse des prostaglandines (PG) intervenant dans l'estomac (cytoprotection), les reins (maintien du flux sanguin rénal) et la synthèse du thromboxane A₂ plaquettaire (vasoconstriction et agrégation plaquettaire).

Son inhibition est donc responsable des effets indésirables des AINS (toxicité gastrique, diminution du flux sanguin rénal et effet anti-agrégant plaquettaire).

-La COX2 inductible par des médiateurs de la réponse inflammatoire (IL1, TNF α) en cas d'inflammation permet la synthèse des prostaglandines intervenant dans ces réactions.

Son inhibition est responsable des effets pharmacodynamiques des AINS (effet anti-inflammatoire ainsi que les effets analgésiques et antipyrétiques).

Les AINS classiques inhibent les deux formes.

Les Coxibs sont des inhibiteurs dits "sélectifs" de la COX2 aux doses usuelles. Ils ont été présentés comme une nouvelle classe d'AINS agissant préférentiellement sur la synthèse des prostaglandines lors des phénomènes inflammatoires, et donc sans effet indésirable gastrique.

Or, ils n'ont pas montré d'avantages sur ce plan par rapport aux autres AINS et leur efficacité n'est pas supérieure à celle des AINS classiques. En revanche, ils exposent à des effets indésirables cardiovasculaires pouvant être graves (risque d'infarctus du myocarde).

L'augmentation de la fréquence d'infarctus du myocarde et d'AVC a d'ailleurs conduit au retrait mondial en 2004 du rofécoxib.

Enfin, en inhibant préférentiellement la COX2, les Coxibs ne diminuent pas la production de thromboxane. Ils n'ont donc pas d'effet anti-agrégant plaquettaire. (46)

B) Effets :

-Effet anti-inflammatoire : atténuation des phénomènes inflammatoires impliquant les prostaglandines (vasodilatation, œdème, douleur) sans effet sur les processus entraînant des lésions tissulaires chroniques.

-Effet antalgique : atténuation des douleurs d'origine périphérique.

-Effet antipyrétique : diminution de la fièvre et retour à la normale de la température corporelle par abaissement du seuil du thermostat hypothalamique.

L'importance respective de ces trois effets varie avec les produits.

L'effet anti-agrégant plaquettaire résulte de l'inhibition de la formation de thromboxane. Les Coxibs sont dénués d'effet antiplaquettaire à dose usuelle.

Par ailleurs, les AINS sont responsables de très nombreux effets secondaires qui entraînent de nombreux effets indésirables souvent graves :

La principale complication connue étant la **toxicité gastro-intestinale** (dyspepsie, nausées, ulcères, saignements), il est recommandé de préconiser une consommation avec les repas, de respecter la durée d'administration et éventuellement de co-prescrire un inhibiteur de la pompe à proton.

La particularité de la consommation chez le sportif nous fait évoquer le risque de **complications hémorragiques post-traumatiques**, notamment dans le cadre de sport de contact dont fait partie le football. Ce risque peut-être significativement majoré en cas de prise concomitante de traitements comme l'aspirine, les autres anti-agrégants ou les anti-coagulants. (47) (48)

Un effet secondaire moins fréquent peut-être rencontré également chez le sujet sportif. Il s'agit de **l'insuffisance rénale aigüe**, dont l'incidence augmente avec l'âge mais également dans les situations de déshydratation existant dans la pratique sportive.

Les autres atteintes sont cutanées (prurit, éruption, urticaire, syndrome de Lyell ou de Stevens-Johnson), hépatiques (cytolyse, hépatite), allergique...

C) Les utilisations en pratique sportive (63) :

a) lésions ligamentaires

Chez le sujet sportif, on a beaucoup étudié les entorses de cheville. Pour les effets à court terme, on note une diminution précoce de la douleur et de la tuméfaction, une amélioration des amplitudes articulaires de la cheville et une mise en charge plus rapide. Ces effets positifs sont observables jusqu'au septième jour. (49)

Une étude australienne portant également sur des entorses de cheville suivies pendant six mois, confirme un retour plus précoce à l'activité dans le groupe piroxicam 20 mg/j administrés pendant sept jours ; à six mois, cependant, le groupe traité démontre une amplitude articulaire réduite, une laxité antérieure augmentée et un taux de récurrences accru (25%). (50)

b) lésions tendineuses

Une méta-analyse a identifié 37 études cliniques randomisées contrôlées et revues systématiques : seule la douleur à court terme est parfois réduite pour certaines localisations (épaule en particulier). Il n'y a aucun bénéfice à plus long terme et le risque d'effets indésirables augmente avec la durée du traitement. On pourrait même postuler que l'effet antalgique des AINS pourrait permettre au sportif d'augmenter trop précocement les contraintes sur son tendon et, par conséquent, influencer négativement la guérison. (51)

c) Lésions osseuses

Les prostaglandines jouent un rôle important en homéostasie osseuse.

Différentes études menées en Ecosse et en Finlande, ont montré qu'il existe des effets délétères spécifiques chez les patients sous AINS.

Il convient de les éviter en post-opératoires et pour les fractures de stress car en dépit des effets bénéfiques antalgiques et sur la prévention des ossifications hétérotopiques, les risques de retard de consolidation osseuse sont avérés. (52) (53)

d) Lésions musculaires

Lors d'une lésion musculaire, la rupture des fibres sera suivie d'une nécrose des myofibres, de l'apparition d'un hématome et d'une réaction inflammatoire. Une phase de réparation sera engendrée avec phagocytose du matériel nécrotique puis production d'un tissu fibreux. Tout un cortège de cytokines et de facteurs de croissance sera sécrété (TNF- α , FGF, IGF, IL-1 β , Il-6, etc.). La troisième et dernière phase, celle de remodelage, sera constituée par la régénération des fibres musculaires nouvellement formées, la contraction et la réorganisation de la cicatrice fibreuse.

Une étude américaine, a comparé trois groupes d'athlètes, qui avaient pris respectivement des doses maximales préconisées d'ibuprofène (1200mg/j), de paracétamol (4g/j) et un placebo, et n'a pas démontré de différence en termes d'effet antalgique sur les DOMS (delayed onset muscle soreness) en mesurant la concentration de macrophages et neutrophiles sur des biopsies musculaires 24h après un effort excentrique. (54)

Cependant la prise régulière d'AINS, pratique courante dans certains milieux sportifs, permettra d'atteindre des concentrations tissulaires suffisantes pour modifier la réponse locale.

Une autre étude américaine rapporte ainsi que l'administration prolongée de diclofénac, commencée quinze jours avant un effort excentrique inhabituel, a permis de limiter l'augmentation des cytokines et de diminuer la durée d'inconfort liée aux courbatures. (55)

Formes

La plupart des AINS se présentent sous formes de comprimés.

Il existe des AINS sous formes de pommade ou de crème pour une application locale avec une absorption systémique théoriquement faible, des patchs à libération prolongée et contrôlée, et des suppositoires. (71)

Matériel et méthodes

L'objectif de ce travail était d'évaluer de manière quantitative et qualitative la pratique de l'automédication chez les footballeurs amateurs bas-rhinois.

Pour cela, nous avons choisi de réaliser une enquête à partir d'un questionnaire élaboré sur la plateforme électronique GoogleForms®, accessible en ligne via un lien direct. Ce questionnaire s'articulait autour de cinq parties :

- La première partie concernait l'identification du sujet ;
- La seconde comportait des données générales (âge, sexe, anthropométrie, catégorie socio-professionnelle).

Nous avons interrogé les participants sur leur poids et leur taille au moment de l'enquête, et calculer par la suite leur Indice de Masse Corporelle (IMC) selon la formule suivante : $IMC = \text{Poids (en kilo)} / \text{Taille (en m)}^2$.

D'autre part, nous avons demandé au participant de remplir la catégorie correspondant à leur profession selon la nomenclature de l'INSEE des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) de 2003. Celle-ci comporte les catégories suivantes :

- 1) Agriculteurs exploitants
- 2) Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- 3) Cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4) Professions Intermédiaires
- 5) Employés
- 6) Ouvriers
- 7) Retraités

8) Autres personnes sans activité professionnelle

Ce groupe comprend la population au chômage et la population inactive décrite ci-après avec quelques indications sur les CS réservées aux personnes sans activité professionnelle.

Par activité professionnelle, on entend un travail effectué en vue d'un échange marchand (obtention d'un salaire, ou d'un bénéfice sur la vente du produit fabriqué) et dont la nature n'est pas contraire aux lois ou à la moralité publique. La production de biens ou services pour soi-même ou sa famille, les activités bénévoles de toute nature, le travail des détenus, les activités qui, par leur nature ou leur but, sont illégales (mais non les activités légales exercées dans des conditions illégales) ainsi que certaines activités très généralement considérées comme immorales et, de ce fait, mal déclarées dans les enquêtes statistiques, ne sont pas des activités professionnelles. Les chômeurs appartiennent à la population active et sont classés dans les CS d'actifs en fonction de leur dernière situation professionnelle (ou éventuellement de leur situation professionnelle habituelle). Toutefois, les chômeurs n'ayant jamais travaillé, pour lesquels cette règle n'aurait pas de sens, sont classés dans une catégorie à part.

- La troisième détaillait les renseignements médicaux (antécédents personnels médicaux, chirurgicaux, allergies et traitement habituel) et les habitudes de vie (tabac, alcool et sommeil)
- La quatrième partie définissait le profil sportif à savoir le niveau, le poste, le nombre d'heures pratiquées, la pratique d'autres sports et les blessures

Nous avons décidé de limiter l'échantillon de population au département du Bas-Rhin pour sonder un ensemble assez large de club ruraux ou dit "de ville", au niveau amateur hétéroclite (district 9 à national 2). Nous avons regroupé les pratiquants par niveau en fonction de l'équipe au sein du club auquel il était inscrit au moment de la réponse. Nous avons ainsi récolté des sportifs faisant partie d'un total de 45 équipes au sein de 38 clubs différents.

Nous avons séparé les pratiquants en cinq groupes de niveau principaux :

- Le groupe de niveau national (regroupant les divisions N2 et N3)
- Le groupe de niveau régional (regroupant les divisions R1 à R3)
- Le groupe de niveau départemental (regroupant les divisions D1 à D9)
- Le groupe des vétérans (vétérans avec un âge minimum de 35 ans (V1) et super-vétérans avec un âge minimum de 45 ans (V2))
- Le groupe des féminines (de R1 à division de football à huit (F8))

- Enfin, la cinquième partie explorait le rapport à l'automédication et le thème du dopage.

Les questions ont permis de préciser dans quel but, à quelle fréquence, avec quel type de produit, par quel mode d'obtention et le rôle du médecin traitant dans leur pratique d'automédication.

Le thème du dopage a été abordé également. Nous avons questionné les sondés sur le fait qu'ils se soient renseignés ou non sur un possible contrôle anti-dopage positif et le mode d'obtention de cette information.

Critères d'inclusion : La population ciblée était les footballeurs amateurs, majeurs sans limite d'âge supérieure, de sexe masculin ou féminin, ayant une licence en cours de validité pour la saison au sein d'un club bas-rhinois.

Critères d'exclusion :

- Nous avons exclu de ce fait les mineurs, car même s'il s'agit d'une catégorie de population concernée par l'automédication (57) (58), on sait que la pratique y est tout de même réduite. D'autre part la possibilité d'intégrer au questionnaire un consentement parental a été considéré comme un frein supplémentaire à la participation à l'étude.

- Nous n'avons pas inclus les pratiquants non licenciés ou les anciens licenciés car cela permet d'avoir un échantillon avec une pratique sportive régulière, plus quantifiable.

D'autre part il existe des problématiques liées à l'automédication qui prennent moins de place dans la pratique loisir par rapport à la pratique compétitive (recherche de la performance, prévention des blessures...)

En pratique, je me suis déplacé au sein des clubs pour présenter succinctement l'étude à l'issue ou avant certains entraînements collectifs, puis j'ai envoyé les invitations par mail aux sujets intéressés. Je suis également passé par des intermédiaires (président, entraîneurs, secrétaire) afin de récolter le maximum de données. Un rappel a été effectué par mail après un mois puis trois mois en cas de non-réponse initiale.

Les données ont été recueillies en adéquation avec la loi sur la recherche impliquant la personne humaine (Loi Jardé), du règlement général de la protection des données et de la loi informatiques et libertés.

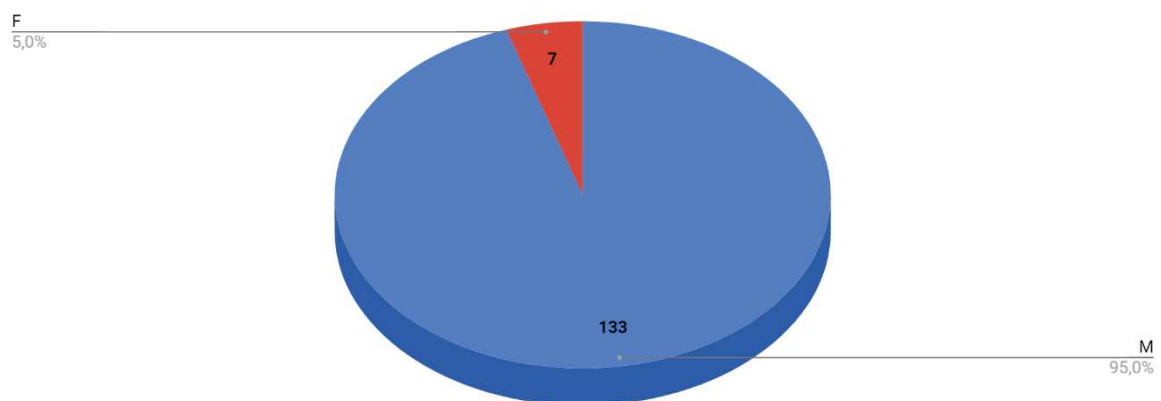
Résultats

Au total, nous avons récolté 140 questionnaires analysables.

Sexe :

Nous avons récolté 140 questionnaires complets représentant 133 hommes et 7 femmes soit respectivement 95% et 5% de l'échantillon.

Répartition des participants selon le sexe
 $n=140$



Données anthropométriques :

L'âge moyen de la population était de 29.8 (+/-8) ans avec une valeur médiane de 28 ans. Le plus jeune avait 18 ans et le plus âgé en avait 58.

La moyenne d'âge chez les femmes était de 26 ans et celle chez les hommes de 30 ans.

Le poids moyen de la population était de 77.4 (+/-10.27) kg avec un poids minimum de 51 et maximum de 118 kg pour une médiane de 76.

La taille moyenne de la population était de 178.5 (+/-7.46) cm avec une taille minimum de 160 et maximum de 197 cm pour une médiane de 179.

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen était de 24.24 (+/-2.54) kg/m² avec un IMC minimum de 19.19 et maximum de 38.53 pour une médiane de 24.09.

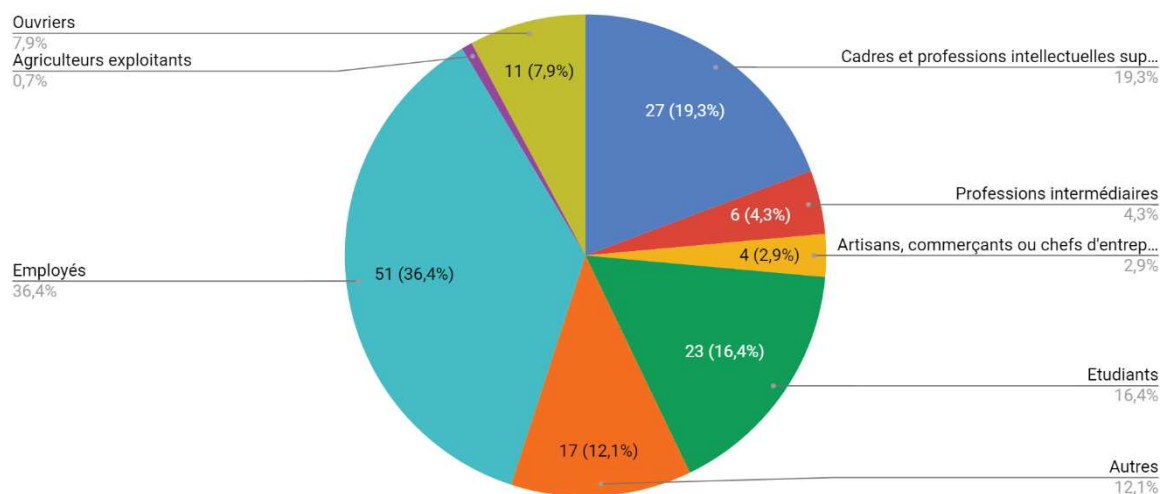
Catégories socio-professionnelles :

Les catégories socio-professionnelles les plus représentées étaient respectivement :

- les employés avec 36.4% (soit 51),
- les cadres et professions intellectuelles supérieures avec 19.3% (soit 27),
- les étudiants avec 16.4% (soit 23),
- les ouvriers avec 7.9% (soit 11),
- les professions intermédiaires avec 4.3% (soit 6),
- les artisans, commerçants ou chefs d'entreprise avec 2.9% (soit 4)
- et enfin les agriculteurs exploitants avec 0.7% (soit 1).

Les autres ont représentés 12.1% (soit 17)

Catégories socio-professionnelles



Antécédents :

Parmi les participants à l'enquête, 36 (26%) ont signalé ne pas avoir d'antécédents médico-chirurgicaux et 31 (22%) n'ont pas renseigné de réponse.

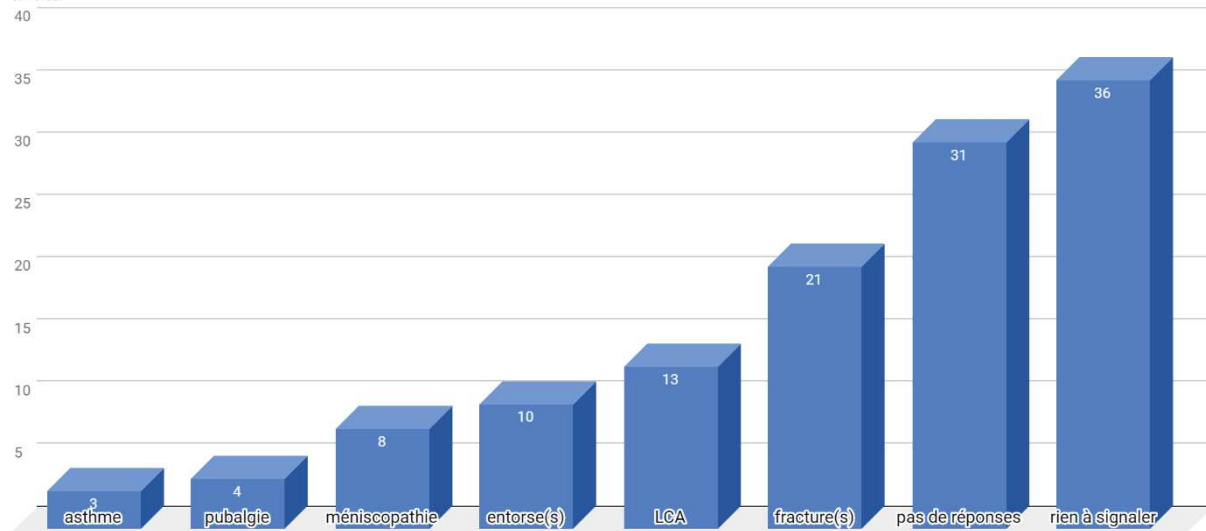
Parmi les réponses, on recense :

- 21 (soit 15%) d'antécédents de fractures/luxations
- 13 (soit 9%) atteinte du pivot interne du genou (essentiellement rupture/ligamentoplastie du ligament croisé antérieur)
- 10 (soit 7%) pathologie de type entorses (cheville, genou, acromio-claviculaire)
- 8 (soit 6%) atteintes méniscales (déchirure, fissure)
- 4 (soit 3%) de pubalgies

Parmi les autres antécédents médicaux recensés, ont été également cités l'asthme (3 soit 2%), la maladie d'Osgood-Schlatter, la discopathie, l'infarctus du myocarde, la migraine, la méningite.

Antécédents médico-chirurgicaux

n=140



Allergies :

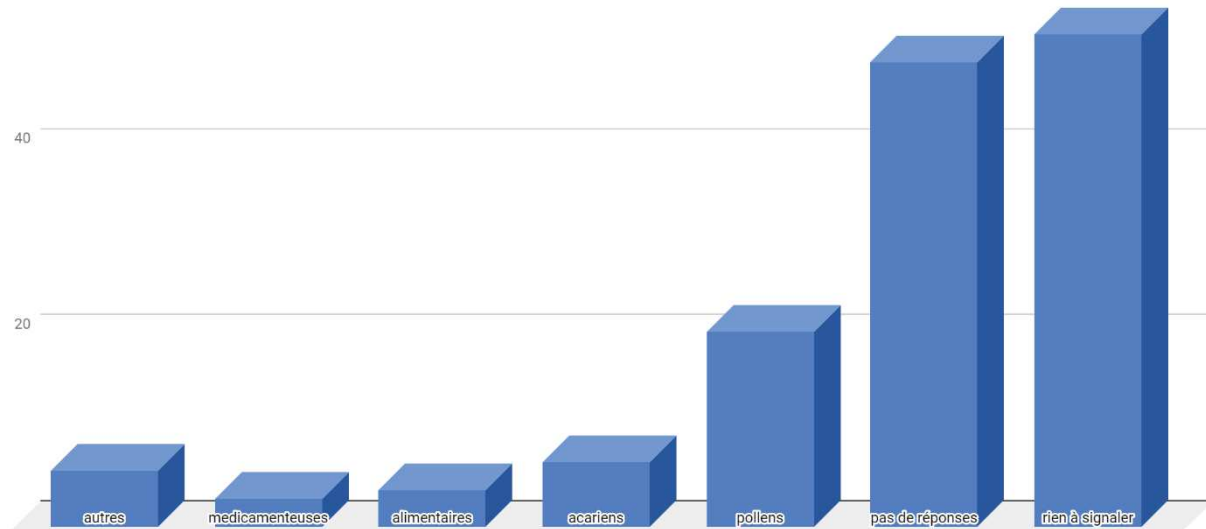
Parmi les participants à l'enquête, 53 (38%) ont signalé ne pas avoir d'allergies et 50 (36%) n'ont pas renseigné de réponse.

Parmi les réponses, on recense :

- 21 (soit 15%) allergies aux pollens de graminées
- 7 (soit 5%) d'allergies aux acariens
- 4 (soit 3%) d'allergies/intolérance alimentaires
- 3 (soit 2%) d'allergies médicamenteuses (principalement Amoxicilline et Augmentin)
- 6 (soit 4%) d'autres allergies (poils d'animaux, chlore, moisissures)

Allergies

n=140



Traitement habituel :

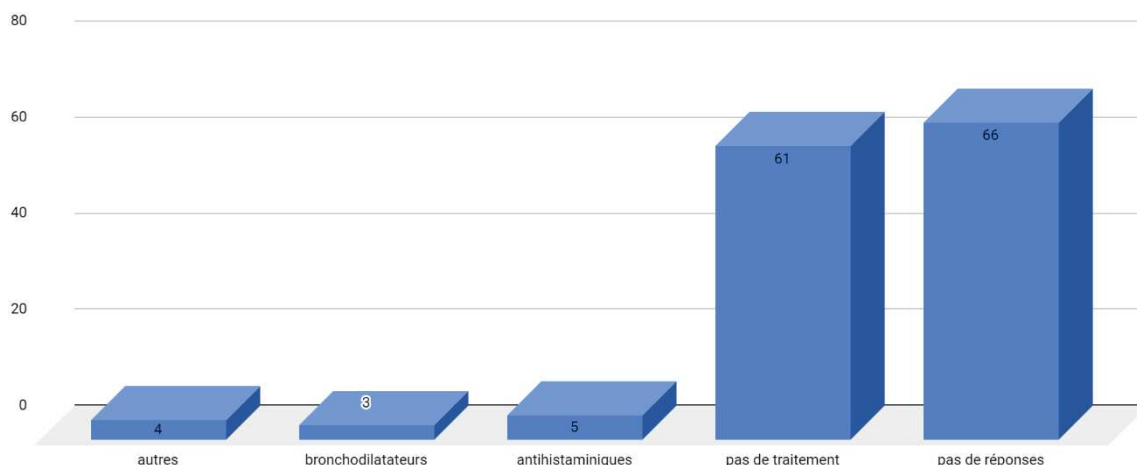
Parmi les participants à l'enquête, 61 (44%) ont signalé ne pas avoir de traitement de fond et 66 (47%) n'ont pas renseigné de réponse.

Parmi les réponses, on recense :

- 5 (soit 4%) patients sous traitement contre les allergies avec des antihistaminiques (xyzall, zyrtec, desloratadine) et des décongestionnants nasaux cortisoniques (nasonex)
- 3 (soit 2%) patients sous traitement contre l'asthme avec des bronchodilatateurs (ventoline, foradil) et glucocorticoïdes inhalés (miflonil)
- 1 patiente sous contraception orale
- 1 patient sous traitement hypo-uricémiant
- 1 patient sous aspirine, triatec, ezetrol, procoralan et eupantol

Traitement de fond

n=140



Tabac :

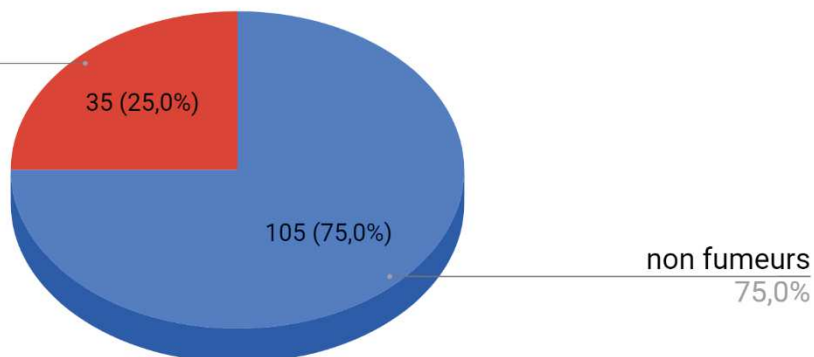
Sur les 140 réponses à la question de la consommation de tabac, 35 (soit **25%**) participants déclaraient fumer régulièrement au moins une cigarette par jour.

La consommation moyenne de la population était de **7.86 (+/-6.34) cigarettes par jour** avec un minimum de 1 et maximum de 25 cigarettes par jour pour une médiane de 7.

Part du tabagisme actif

n=140

fumeurs
25,0%



Par ailleurs, 25% des participants (35) ont déclaré fumer même occasionnellement dans les 2 heures qui précèdent ou suivent les activités sportives.

Alcool :

Sur les 140 réponses à la question de la consommation hebdomadaire en matière d'alcool, 101 (soit **72%**) participants déclaraient consommer au moins une unité d'alcool par semaine.

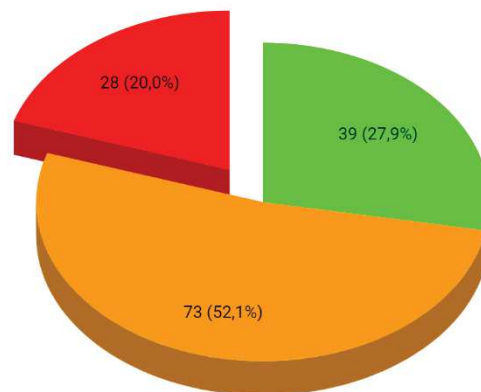
Parmi ceux-ci, 73 (52%) ont une consommation hebdomadaire sous la limite des recommandations et 28 (**20%**) sont au-delà.

La consommation moyenne de la population était de 8.25 (+/-12.65) unités d'alcool par semaine avec un minimum de 1 et maximum de 100 unités d'alcool par semaine pour une médiane de 4.

Répartition des participants suivant la consommation hebdomadaire d'alcool

n=140

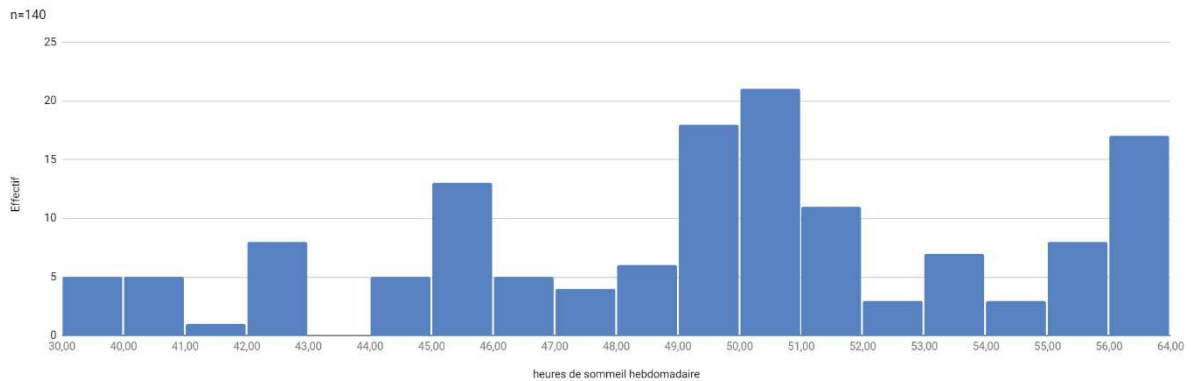
- nulle
- sous les limites de recommandations (10u/semaine)
- au delà des limites de recommandations (>10u/semaine)



Sommeil :

Les participants ont déclaré avoir 48.84 (+/-5.67) heures de sommeil dans une semaine-type avec un minimum de 30 et maximum de 64 heures pour une médiane de 49.5.

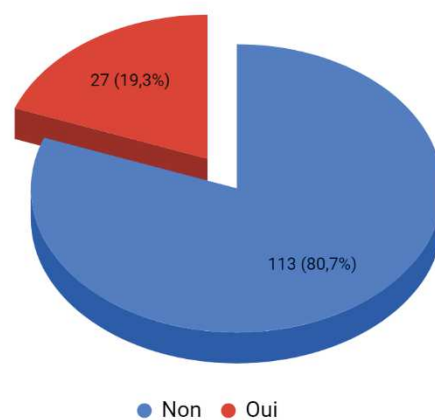
Heures de sommeil moyenne lors d'une semaine-type



Parmi eux 27 (soit 19%) ont déclaré avoir des problèmes de sommeil.

Problème de sommeil

n=140



Niveau sportif :

Nous avons regroupé les pratiquants par niveau en fonction de l'équipe au sein du club auquel il était inscrit au moment de la réponse.

Nous avons ainsi récolté 140 réponses avec un total de 45 équipes au sein de 38 clubs différents.

Nous avons séparé les pratiquants en cinq groupes principaux :

Le groupe de niveau national (regroupant les divisions N2 et N3)

15 sportifs de niveau N2

Aucun en N3

Le groupe de niveau régional (regroupant les divisions R1 à R3)

15 sportifs de niveau R1

4 sportifs de niveau R2

23 sportifs de niveau R3

Avec un total de 42 sportifs pour le groupe

Le groupe de niveau départemental (regroupant les divisions D1 à D9)

22 sportifs de niveau D1

6 sportifs de niveau D2

2 sportifs de niveau D3

12 sportifs de niveau D4

8 sportifs de niveau D5

12 sportifs de niveau D6

1 sportif de niveau D7

1 sportif de niveau D9

Avec un total de 64 sportifs pour le groupe

Le groupe des vétérans (v1 et v2)

7 joueurs évoluant en vétérans avec un âge minimum de 35 ans (V1) et

5 super-vétérans avec un âge minimum de 45 ans (V2)

Pour un total de 12 pour le groupe.

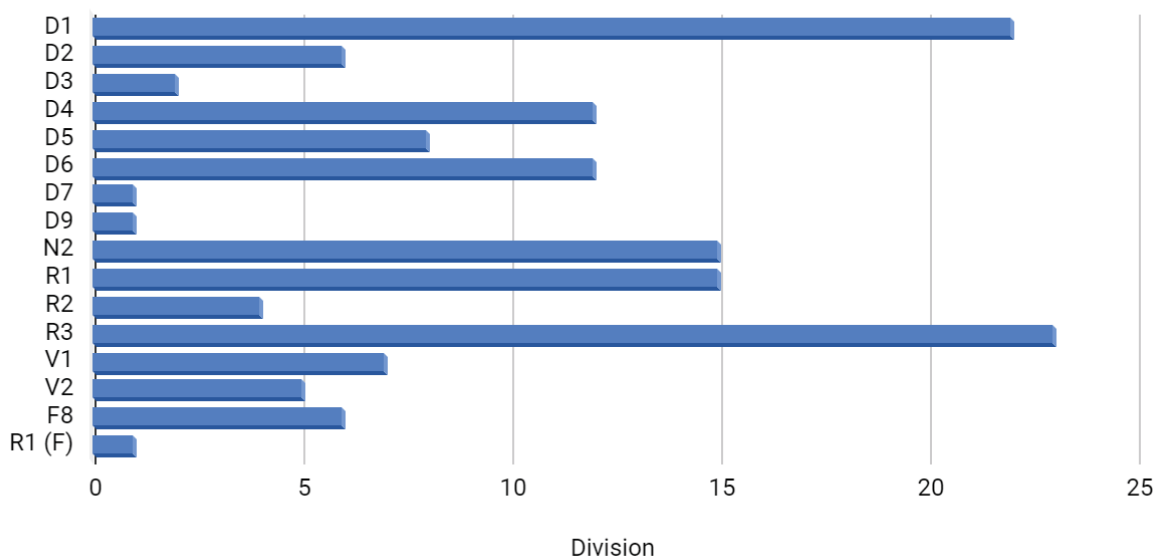
Le groupe des féminines (de R1 à F8)

1 sportive évoluant en R1

6 sportives évoluant en division de football à huit (F8)

Nombre de pratiquants par niveau

n=140



Poste de prédilection :

Le poste le plus représenté était respectivement les milieux avec 39% (soit 54), les défenseurs avec 34% (soit 34), les attaquants avec 20% (soit 28), et enfin les gardiens avec 7% (soit 10).

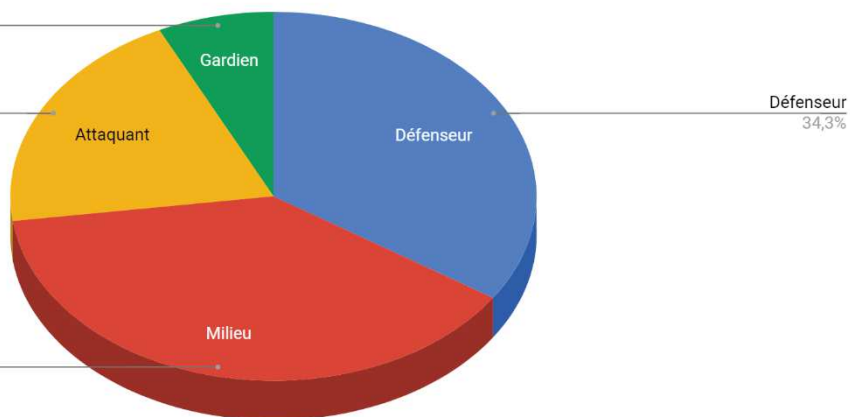
Poste de prédilection

n=140

Gardien
7,1%

Attaquant
20,0%

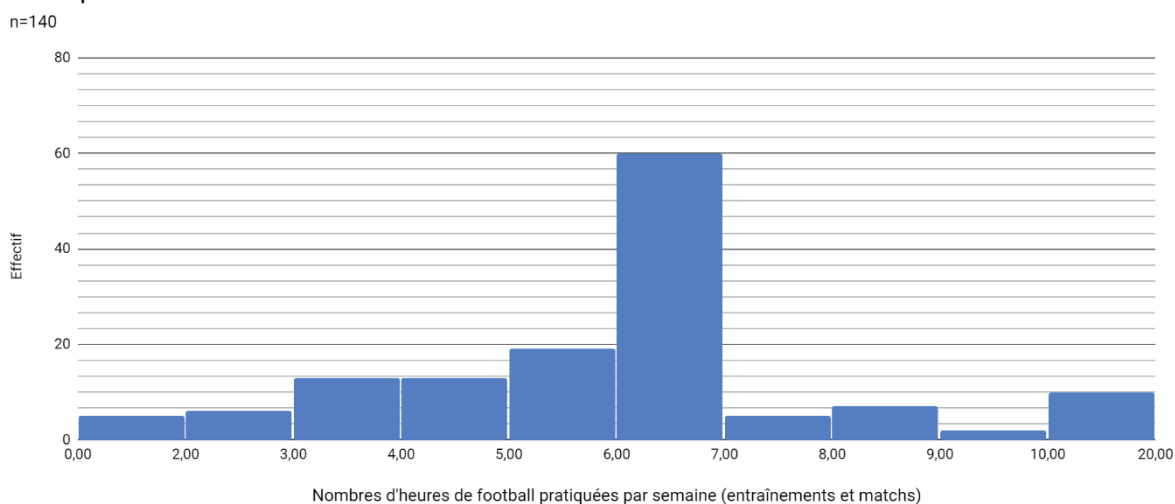
Milieu
38,6%



Pratique sportive :

Les participants ont déclaré pratiquer 5.6 (+/-2.47) heures de football dans une semaine-type avec un minimum de 0 et maximum de 20 heures pour une médiane de 6.

Pratique hebdomadaire de football



62 (soit 44%) ont déclaré pratiquer d'autres sports en parallèle.

Parmi les réponses, on recense :

- 21 (soit 34%) participants pratiquant la course à pied / trail
- 12 (soit 19%) pratiquant la musculation
- 10 (soit 16%) pratiquant d'autres sports tels le handball, volley, ski
- 9 (soit 15%) pratiquant le cyclisme (vtt, cyclisme sur route)
- 4 (soit 6%) pratiquant le tennis
- 3 (soit 5%) pratiquant le badminton
- 2 (soit 3%) pratiquant le cross-fit

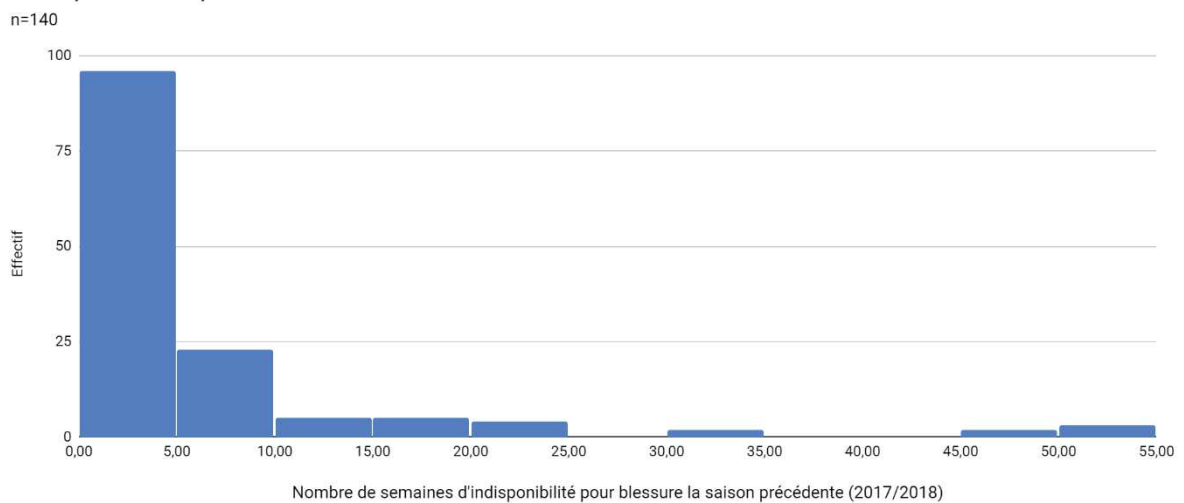
Par ailleurs, 11 (soit 18%) ont déclaré pratiquer d'autres sports sans en préciser la nature.

Blessures

Parmi les 140 réponses des participants, 92 (soit 66%) ont déclaré avoir été indisponible au moins une semaine pour blessure au cours de la saison précédente.

La durée moyenne d'indisponibilité était de 8.76 (+/-11.79) semaines avec un minimum de 1 et maximum de 52 pour une médiane de 4.

Indisponibilité pour blessure



Parmi la nature de blessure ayant causé ces indisponibilités, on recense :

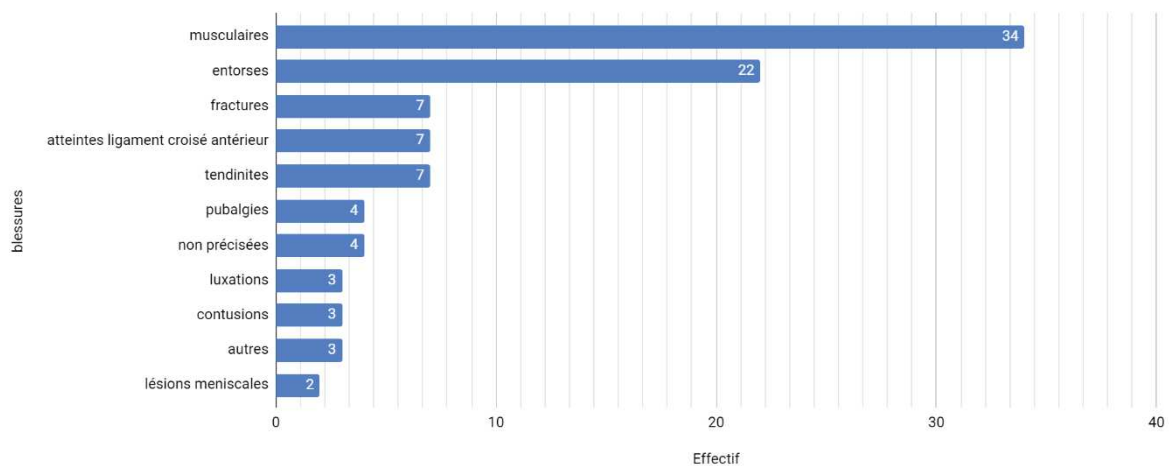
- 34 (soit 35%) de blessures musculaires du type contracture, élongation, déchirure, claquage des ischio-jambiers, quadriceps, triceps sural, adducteur et non précisé
- 22 (soit 23%) d'entorses du genou, de la cheville et non précisée
- 7 (soit 7%) de fractures (clavicule, côtes, pied, poignet)
- 7 (soit 7%) d'atteinte du ligament croisé antérieur
- 7 (soit 7%) de tendinite (achilléenne, rotulienne, non précisée)
- 4 (soit 4%) de pubalgie
- 3 (soit 3%) de luxation/subluxation (acromio-claviculaire et rotulienne)
- 3 (soit 3%) de contusions

- 3 (soit 3%) de blessures autres telles que lumbago, hernie inguinale
- 2 (soit 2%) d'atteinte méniscale du genou

Par ailleurs, 4 (soit 4%) n'ont pas précisé la nature de leur indisponibilité au cours de la saison précédente.

nature des indisponibilités au cours de la saison précédente

n=93

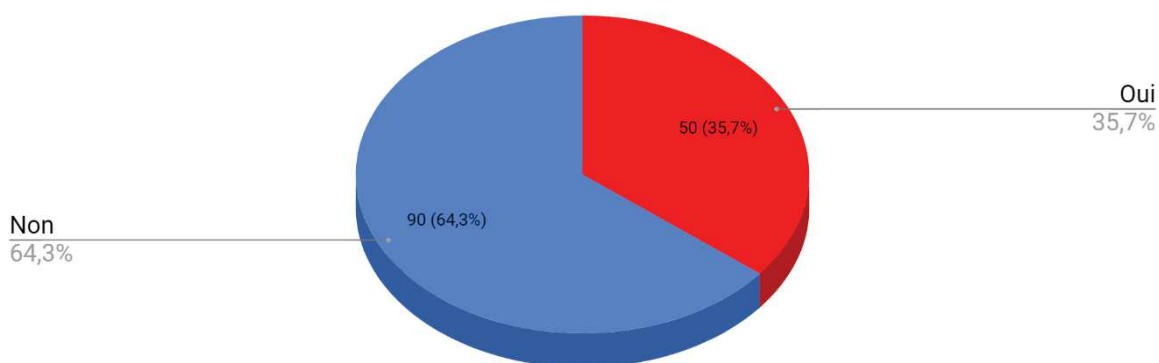


Automédication :

On retrouve 36% (soit 50) des sportifs participants ayant recours **régulièrement** à une médication (médicament, compléments alimentaires, homéopathie, autres) avant, pendant ou au décours de l'activité sportive.

automédication autour de l'activité sportive

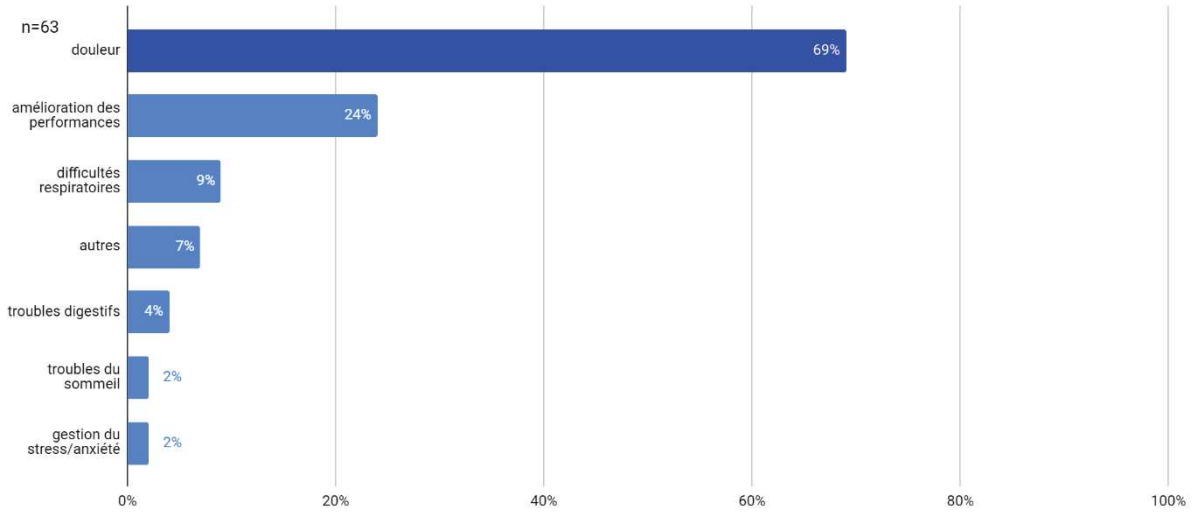
n=140



Parmi les 63 réponses des déclarants, le motif le plus fréquent de la prise de médicaments autour de la pratique sportive est la gestion de la **douleur**.

- 37 (soit 69%) des réponses ont mentionné la gestion de la douleur
- 13 (soit 24%) ont mentionné l'amélioration des performances sportives
- 5 (soit 9%) ont mentionné la gestion des affections respiratoires
- 4 (soit 7%) ont mentionné d'autres motifs comme la récupération musculaire, la gestion des crampes
- 2 (soit 4%) ont mentionné la gestion des troubles digestifs
- 1 (soit 2%) a mentionné la gestion des troubles du sommeil
- 1 (soit 2%) a mentionné la gestion du stress/ anxiété

motif d'automédication

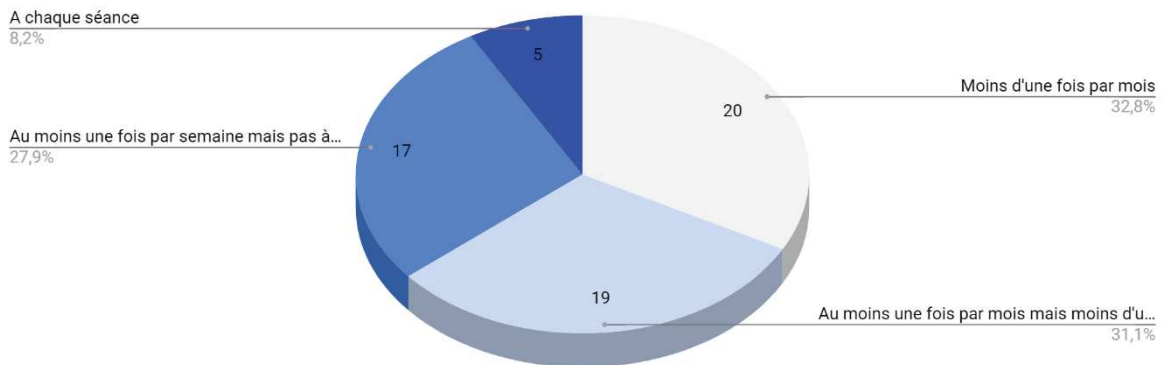


Parmi les sportifs répondants ayant recours à l'automédication (n=61),

- 20 (soit 33%) ont déclaré y recourir moins d'une fois par mois
- 19 (soit 31%) ont déclaré y recourir au moins une fois par mois mais moins d'une fois par semaine
- 17 (soit 28%) ont déclaré y recourir au moins une fois par semaine mais pas à chaque séance
- 5 (8%) ont déclaré y recourir à chaque séance

Fréquence de la pratique d'automédication

n=61



Parmi toutes les spécialités médicales citées (n=40), les produits les plus utilisés sont de loin les anti-inflammatoires non stéroïdien et représentent 52.5% (21).

Spécialités médicales utilisées

n=40

decontracturant
2,5%

acupan
2,5%

prednisolone
2,5%

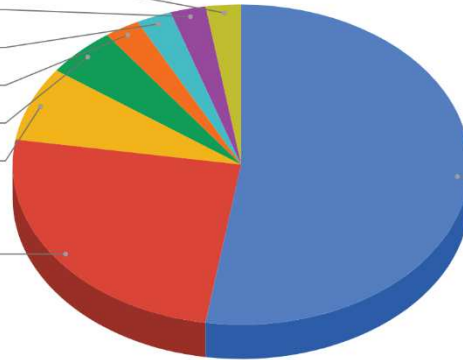
stilnox
2,5%

aspirine
5,0%

beta-2 mimétiques
7,5%

paracétamol
25,0%

AINS
52,5%



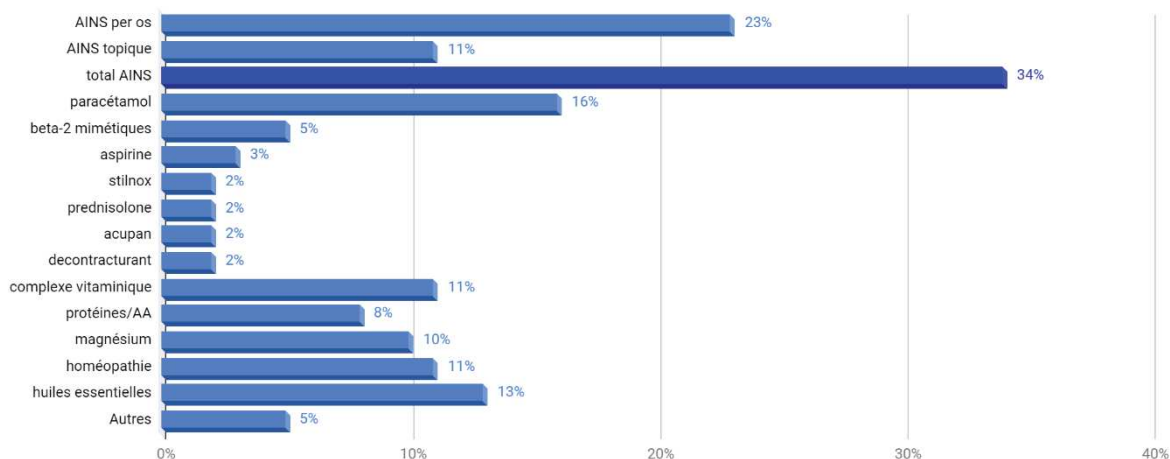
Ainsi, sur les 62 patients répondants pratiquant l'automédication en pratique sportive, 21 ont répondu consommer des AINS (soit 34%). Si on compte l'ensemble des réponses en incluant ceux qui ne pratiquent pas l'automédication, on obtient tout de même 15%.

Parmi les consommateurs d'AINS :

- 14 (soit 23% des patients ayant recours à l'automédication et 10% du total des patients) ont rapporté consommer des AINS per-os, parmi lesquels ont été cités l'ibuprofene, le diclofenac, et le ketoprofene.
- 7 (soit 11% des patients auto-médiqués et 5% du total) ont rapporté utiliser des AINS par voie topique, essentiellement le voltarene (diclofenac) .

Produits utilisés en automédication

n=62

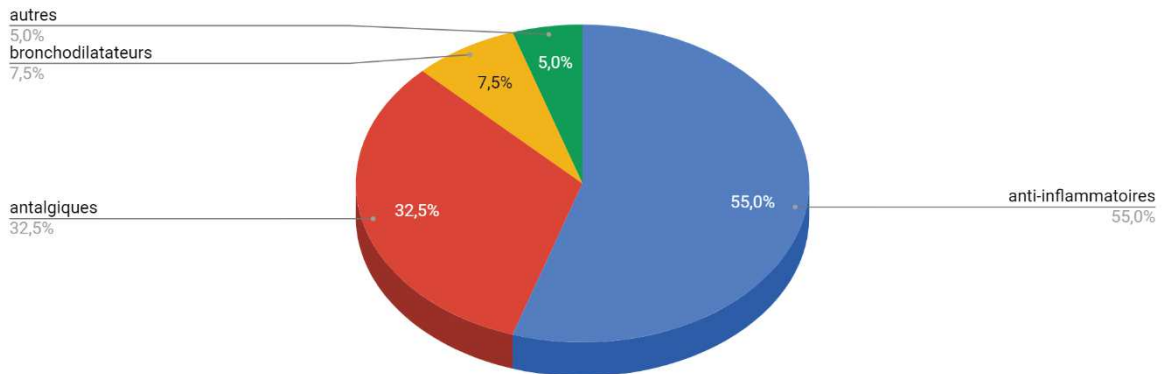


Parmi les molécules citées, le **paracétamol** (doliprane, efferalgan) vient en second avec 16% (10), puis les **bêta-2 mimétiques** (airomir, ventoline et foradil) avec 5% (3), puis l'**aspirine** avec 3% (2), puis sont cités l'acupan, la prednisolone, le stilnox, les décontracturants musculaires (1).

Parmi les classes de médicaments utilisés, les anti-inflammatoires (AINS et prednisolone) représentent 55%, les antalgiques 32.5%, les bronchodilatateurs 7.5% et les autres 5% parmi lesquels ont été cités le stilnox (=zolpidem) et les décontracturants

Part des médicaments utilisés (par classe)

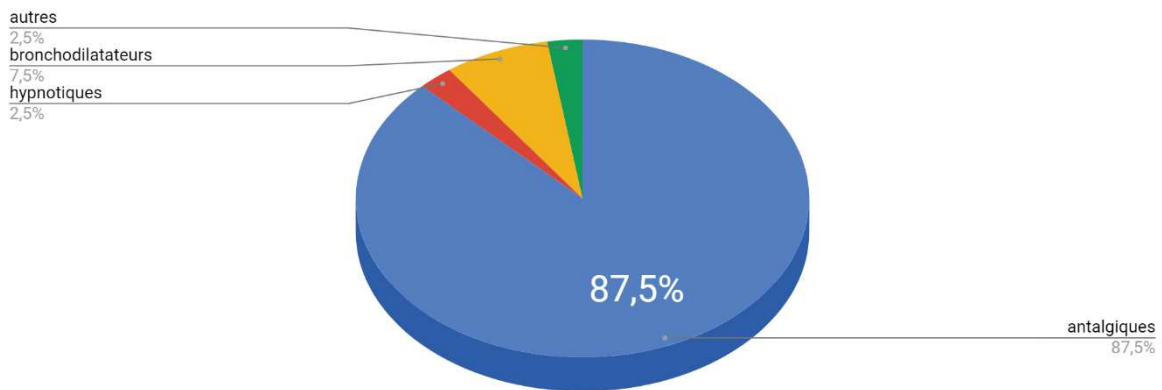
n=62



Considérant que les AINS soient consommés pour leur action antalgique, la classe des médicaments antalgiques représente alors 87.5% du total des médicaments utilisés en automédication par les sportifs sondés.

Part des médicaments utilisés (par classe)

n=62



Les **compléments alimentaires** représentent également une part importante de l'automédication.

On peut y regrouper les complexes vitaminiques, les compléments protéinés/acides aminés, les sels minéraux et oligo-éléments

Ainsi, sur les 62 patients répondants pratiquant l'automédication en pratique sportive, 18 ont répondu consommer des **compléments alimentaires** (soit 29%). Si on compte l'ensemble des réponses en incluant ceux qui ne pratiquent pas l'automédication, on obtient 13%.

Parmi ceux-ci :

- 7 (soit 11%) ont déclaré consommer des complexes vitaminiques
- 6 (soit 10%) ont déclaré prendre du magnésium ou fer
- 5 (soit 8%) ont déclaré consommer des complexes protéinés/acides aminés

La pratique d'automédication regroupe également l'utilisation de l'**homéopathie**, des **huiles essentielles** et autres topiques

Sur les 62 patients répondants pratiquant l'automédication en pratique sportive, 7 ont répondu utiliser l'homéopathie (soit 11%), 8 (soit 13%) utilisent les huiles essentielles et 3 (soit 5%) utilisent d'autres topiques comme l'hemoclar, le cevtalon ou d'autres crème chauffante...

Si on compte l'ensemble des réponses en incluant ceux qui ne pratiquent pas l'automédication, on obtient respectivement 5%, 6% et 2% du total des sondés.

Mode d'obtention :

Parmi les 72 sportifs ayant répondu à la question du mode d'obtention des produits utilisés en automédication :

- 25 (soit 35%) ont déclaré les obtenir sur prescription du médecin traitant
- 19 (soit 26%) auprès de la pharmacie familiale
- 15 (soit 21%) en vente libre (ou internet)
- 8 (soit 11%) en vente en pharmacie d'officine
- 3 (soit 4%) sur prescription d'un autre médecin

- 2 (soit 3%) déclarent les obtenir auprès de leur coéquipier ou de leur kinésithérapeute

Mode d'obtention

n=72

Autres

2,8%

Prescription d'un autre médecin

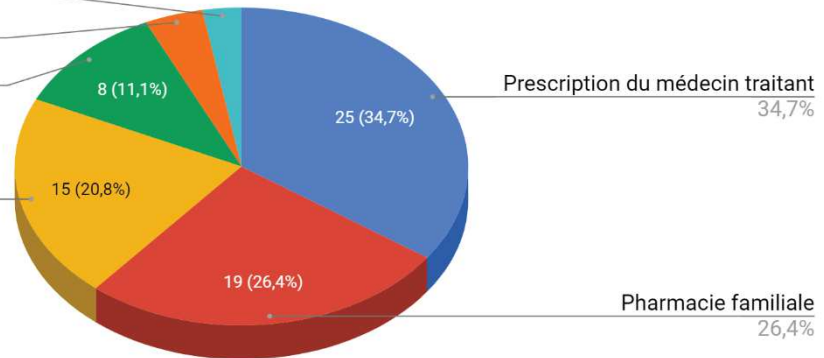
4,2%

Vente en pharmacie

11,1%

Vente libre (internet)

20,8%



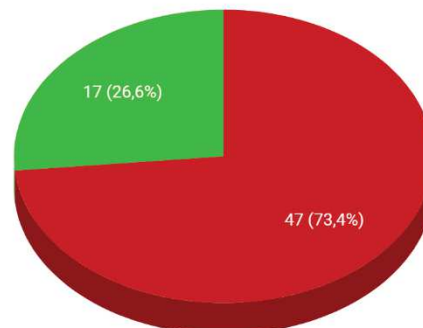
On note que parmi les réponses, 36 sportifs (soit 50%) ont recours à un professionnel de santé, que ce soit leur médecin traitant, un autre médecin ou un pharmacien d'officine.

Parmi les sportifs n'ayant pas eu recours à leur médecin traitant dans l'obtention de leurs produits, seuls 17 (soit 27%) l'ont informé de leur pratique d'automédication (n=64).

Information du médecin traitant sur la pratique d'automédication

n=64

● Non ● Oui



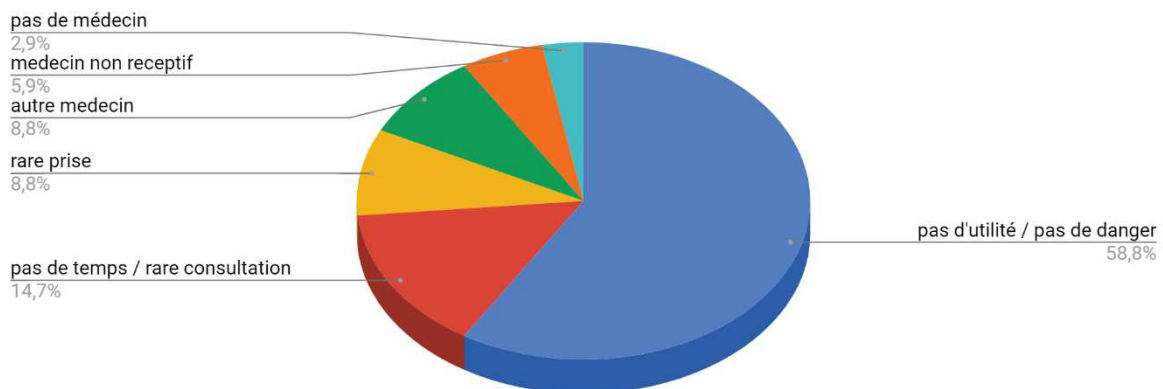
Sur les 47 (soit 73%) de sportifs ayant répondu ne pas avoir informé leur médecin traitant, 13 (soit 28%) n'ont pas précisé leur réponse

Parmi les réponses

- 20 (soit 59%) n'ont pas jugé utile, considérant pas de danger, de besoin d'information de leur pratique
- 5 (soit 15%) n'ont pas le temps ou voit trop rarement leur médecin
- 3 (soit 9%) considère que leur prise médicamenteuse est trop rare pour lui en parler
- 3 (soit 9%) ont un autre référent pour les questions d'automédication (médecin du sport, autre médecin)
- 2 (soit 6%) estiment leur médecin non réceptif, voire non formé pour ces questions-là
- 1 (soit 3%) n'a pas de suivi médical

Motif de non consultation/information du médecin traitant

n=47

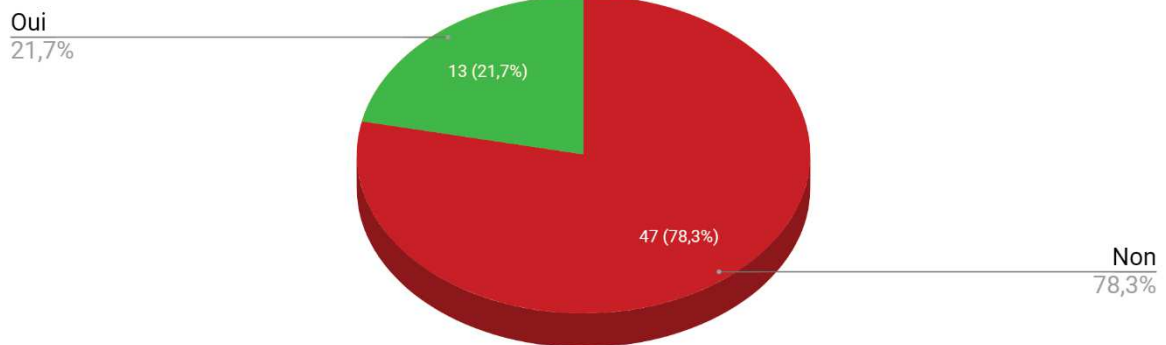


Dopage :

Sur les 60 réponses obtenues, 13 (soit 22%) sportifs déclaraient avoir vérifié l'information selon laquelle le produit qu'ils utilisaient en automédication pouvait leur engendrer ou non un contrôle antidopage positif, lorsqu'ils ne consultaient pas directement leur médecin traitant.

Vérification du caractère dopant ou non des produits utilisés

n=60

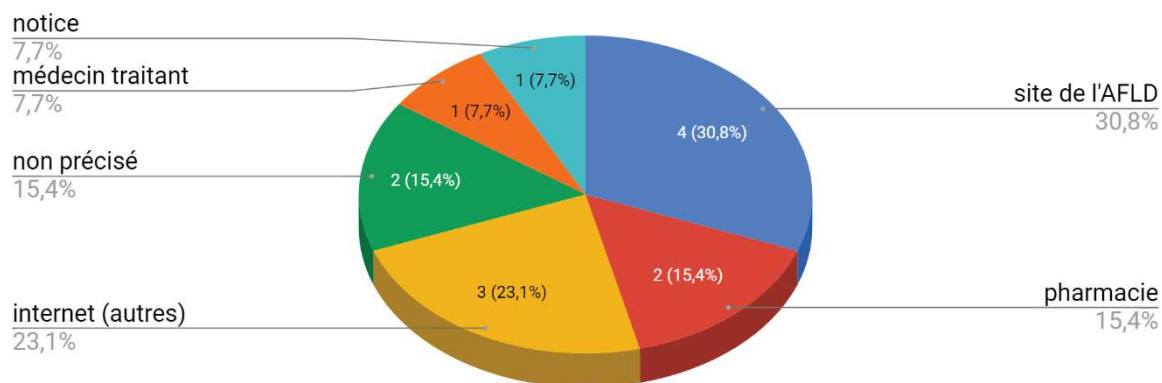


Parmi eux,

- 4 (soit 31%) ont vérifié l'information sur le site de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage
- 3 (soit 23%) ont recherché l'information sur d'autres sources sur internet
- 2 (soit 15%) ont obtenu l'information auprès de leur pharmacien
- 2 (soit 15%) n'ont pas précisé leur réponse
- 1 (soit 8%) a obtenu l'information auprès de son médecin traitant
- 1 (soit 8%) a trouvé l'information sur la notice de son produit

Information sur le risque de dopage accidentel

n=13

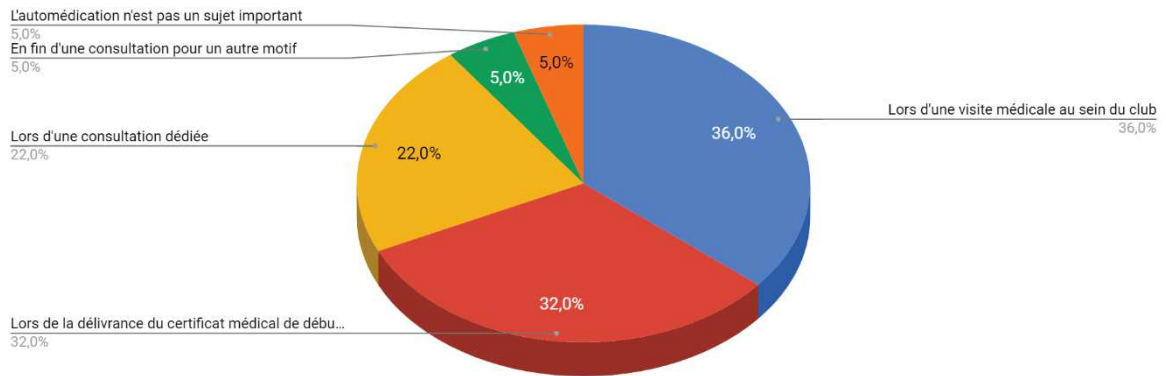


Parmi les 140 sondés le **meilleur moment** pour aborder le sujet de l'**automédication** serait :

- lors d'une visite médicale réalisée au sein du club pour 36% (soit 50)
- lors de la délivrance du certificat médical de début de saison pour 32% (soit 45)
- lors d'une consultation dédiée pour 22% (soit 31)
- en fin d'une consultation pour un autre motif pour 5% (soit 7)
- l'automédication n'est pas un sujet important pour 5% (soit 7)

Le meilleur moment pour aborder le sujet de l'automédication

n=140



Discussion

La prévalence du recours régulier à l'automédication est de 36% parmi les sportifs évalués dans notre étude.

Nous n'avons pas trouvé de corrélation avec l'âge ($p = 0.89$), l'IMC ($p = 0.51$), les catégories socio-professionnelles ($p=0.54$), la consommation tabagique ($p=0.29$), alcoolique ($p=0.91$) et les troubles du sommeil ($p=0.87$), le poste pratiqué (0.61)

Nous avons trouvé une différence importante entre les sexes. En effet, 5 femmes (soit 71%) ont recours à l'automédication, contre 45 hommes (soit 34%). Mais cette différence n'est pas significative en raison du faible effectif chez les sujets féminins (7) ($p=0.097$).

En revanche il existe une différence significative entre les niveaux de pratique des sujets. Ainsi, respectivement 3 (20%) et 8 (19%) sportifs de niveaux national et régional ont recours à l'automédication contre 31 (48.4%) évoluant au niveau départemental ($p<0.04$).

I) Description patient type

Le sportif type qui pratique l'automédication est une femme de 30 ans, employée, athlétique (76 kg, 1m77, IMC à 24). Elle évolue au niveau départemental, au poste d'attaquant.

Le sportif qui ne pratiquant pas l'automédication est un homme de 30 ans, ouvrier, athlétique également (78 kg, 1m79, IMC à 24). Il évolue au niveau régional, au poste de gardien de but.

II) Habitudes de vie

1) Tabac :

Sur les 140 réponses à la question de la consommation de tabac, 35 (25%) participants déclaraient fumer régulièrement au moins une cigarette par jour.

Ce chiffre se rapproche de la prévalence dans la population générale en France mais est en-dessous au niveau de celle de la Région. En effet d'après le Baromètre de Santé Publique de 2018 (26), 32,0% des personnes de 18-75 ans résidant en France métropolitaine déclaraient fumer et 25,4% quotidiennement (30,1% pour la Région Grand Est)

La consommation moyenne des fumeurs quotidiens de notre échantillon était de 7.86 (+/-6.34) cigarettes par jour avec un minimum de 1 et maximum de 25 cigarettes par jour pour une médiane de 7, ce qui reste largement inférieur à la consommation moyenne des fumeurs quotidiens en France (13,0 cigarettes (ou équivalent) par jour)

Il n'est pas constaté de différence significative en nombre de fumeurs quotidiens et en termes de moyenne de consommation tabagique entre les sportifs pratiquant l'automédication et les autres.

Dans le premier groupe de sportifs s'adonnant à cette pratique, 15 (soit 30%) fumeurs quotidiens consommaient 7 cigarettes par jour en moyenne. Dans le second groupe de sportifs non automédiqués, 20 (soit 22%) fumeurs quotidiens consommaient 8 cigarettes par jour en moyenne. (p=0.8)

Par ailleurs, 35 participants (25%) ont déclaré fumer même occasionnellement dans les 2 heures qui précèdent ou suivent les activités sportives.

Cette prévalence assez élevée est alarmante lorsqu'on considère la majoration du risque cardiovasculaire de la combinaison tabac et effort physique.

En effet, le tabagisme engendre une augmentation importante de la consommation d'oxygène myocardique par le biais de la diminution de perméabilité des capillaires et l'augmentation de la pression artérielle systémique et intra-atriale, engendrant un risque de syndrome coronarien aigu accru. (59) D'autre part, fumer une cigarette crée un état vaso-spastique aigu, en particulier coronaire, par le biais du stress oxydatif. (60)

2) Alcool :

En 2017, le travail d'expertise scientifique mené par Santé publique France et l'Institut National du Cancer a permis d'élaborer de nouveaux repères de consommation à moindre risque : si l'on consomme de l'alcool, maximum 10 verres par semaine, maximum 2 verres par jour, et des jours dans la semaine sans consommation. (61)

Ainsi selon le Baromètre de Santé Publique de 2017 en France (26) :

23,6% des personnes de 18-75 ans dépassaient les repères de consommation.

Plus précisément, d'après le Bulletin de santé publique alcool en région Grand-Est de 2017 :

Parmi les adultes âgés de 18-75 ans résidant dans la région Grand Est : un sur 10 (10,4 %) déclarait consommer de l'alcool tous les jours, et 37,8 % déclaraient avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine. En France métropolitaine, ces proportions étaient respectivement de 10,0 % et 40.0%.

Dans notre étude, sur les 140 réponses à la question de la consommation hebdomadaire en matière d'alcool, 101 (soit 72%) participants déclaraient consommer au moins une unité d'alcool par semaine, ce qui est largement au-dessus de la prévalence de consommation hebdomadaire dans la population générale du Grand-Est (37.8%) et française (40,0%).

Parmi ceux-ci, 73 (52%) ont une consommation hebdomadaire sous la limite des recommandations et 28 (20%) sont au-delà. Ce dernier chiffre rejoint la prévalence de 23.6% de français dépassant les repères de consommation établis.

Il n'est pas constaté de différence significative en nombre de consommateurs d'alcool hebdomadaires et en termes de moyenne de consommation éthylique entre les sportifs pratiquant l'automédication et les autres.

Dans le premier groupe de sportifs s'adonnant à cette pratique, on retrouvait 37 (soit 74%) consommateurs hebdomadaires avec une moyenne de 7 unités et demi d'alcool par semaine.

Dans le second groupe de sportifs non automédiqués, on retrouvait 64 (soit 71%) consommateurs hebdomadaires avec une moyenne de 8 unités et demi d'alcool par semaine. (p=0.77)

3) Sommeil :

Les participants ont déclaré avoir 48.84 heures de sommeil dans une semaine-type, soit 6.98 heures de sommeil par nuit en moyenne.

En 2015, un groupe de spécialistes de la Fondation nationale du sommeil aux Etats-Unis a publié de nouvelles recommandations à propos de la durée de sommeil nécessaire à chacun. La durée idéale de sommeil est de 7 à 9 heures pour les jeunes adultes (18 à 25 ans) et les adultes (26 à 64 ans). (62)

Une majorité des participants déclaraient avoir un sommeil hebdomadaire moyen dans le cadre des recommandations (62%). Par ailleurs 52 sportifs dormaient moins que la moyenne hebdomadaire recommandée (37%) et 1 sportif dormait plus que celle-ci (1%).

La durée idéale de sommeil ne présage pas de sa qualité. Ainsi 27 participants (soit 19%) ont déclaré avoir des problèmes de sommeil.

III) Automédication

1) Les motifs :

La douleur représente le motif majoritaire (69%) sur l'ensemble des réponses (n=63) et individuellement dans toutes les catégories de niveau représentées. On remarque également que sa part augmente parmi l'ensemble des motifs lorsque le niveau s'élève. Ainsi la douleur représente 61% des motifs chez les sportifs de niveau départemental, 75% des motifs chez les sportifs de niveau régional et 86% chez les sportifs de niveau national.

Les autres motifs sont l'amélioration des performances sportives (24%), la gestion des affections respiratoires (9%), la récupération musculaire, la gestion des crampes (7%), la gestion des troubles digestifs (4%), la gestion des troubles du sommeil (2%), la gestion du stress/ anxiété (2%)

2) Les produits :

Au même titre, on observe que la part des AINS parmi l'ensemble des produits cités, augmente également avec le niveau pratiqué. Ainsi les AINS représentent respectivement 20% des produits utilisés chez les vétérans, 22% chez les sportifs de niveau départemental, 44% chez les sportifs de niveau régional et 66% chez les sportifs de niveau national.

Sur les 62 patients répondants pratiquant l'automédication en pratique sportive, les antalgiques représentent 87.5% des médicaments cités, si on considère que les AINS soient consommés pour leur action antalgique. Parmi eux, les anti-inflammatoires (AINS et prednisolone) représentent 55%, le paracétamol (doliprane, efferalgan) 25%, l'aspirine 5% et l'acupan 2.5%.

Les autres molécules citées sont les bêta-2 mimétiques (airomir, ventoline et foradil) avec 7.5%, puis le stilnox et les décontracturants musculaires avec 2.5% chacun.

Dans cette étude, les psychotropes représentent moins de 1% des médicaments utilisés en traitement de fond ou automédication. D'autant plus que 19% des sondés ont déclaré avoir des problèmes de sommeil. Or la prévalence de la consommation de benzodiazépines et apparentées dans l'année dans la population générale est très élevée en France (13.4%) selon le rapport de l'ANSM de 2017. (63)

D'autre part, nous n'avons pas posé précisément la question de la consommation de stupéfiants au sein de la rubrique habitude de vie et n'avons pas relevé par ailleurs de mention dans les substances utilisées en automédication. Il est difficile d'en conclure que les sportifs correspondent à une catégorie ne consommant très peu de psychotropes.

Une étude française de 2005 sur les étudiants en faculté de sport a d'ailleurs indiqué une prévalence pour l'usage de cannabis à visée récréative et à visée sportive de respectivement 36% et 12.5%. (64)

En revanche pour ce type d'enquête déclarative on peut estimer qu'il existe un biais de réponse par oubli involontaire voire volontaire concernant ses substances, malgré l'annonce au préalable d'une garantie de l'anonymat.

Les compléments alimentaires représentent également une part importante de l'automédication. Ainsi, sur les 62 patients répondants pratiquant l'automédication en pratique sportive, 18 ont répondu consommer des compléments alimentaires (soit 29%) avec respectivement 11% pour les complexes vitaminiques, 8% pour les compléments protéinés/acides aminés, et 10% pour les sels minéraux et oligo-éléments.

La pratique d'automédication regroupe également l'utilisation de l'homéopathie, des huiles essentielles et autres topiques. Sur les 62 réponses, 7 ont déclaré utiliser l'homéopathie (soit

11%), 8 (soit 13%) utilisent les huiles essentielles et 3 (soit 5%) utilisent d'autres topiques comme l'hémoclar, le cevtalon ou d'autres crème chauffante.

3) La fréquence :

Parmi les sportifs répondants ayant recours à l'automédication (n=61), une minorité (8%) ont déclaré y recourir à chaque séance. Cependant on retrouve une répartition équilibrée entre les sportifs y recourant moins d'une fois par mois (33%), au moins une fois par mois mais moins qu'une fois par semaine (31%) et au moins une fois par semaine mais pas à chaque séance (28%).

4) Mode d'obtention :

Parmi les 72 sportifs ayant répondu à la question du mode d'obtention des produits utilisés en automédication, 36 (soit 50%) n'ont pas eu recours à un professionnel de santé, que ce soit leur médecin traitant (35%), un autre médecin (4%) ou un pharmacien d'officine (11%).

A compter 15 janvier 2020 (65), les médicaments contenant du paracétamol et certains anti-inflammatoires non stéroïdiens (ibuprofène et aspirine) devront tous être placés derrière le comptoir du pharmacien. Cette mesure vise à favoriser le bon usage de ces médicaments d'utilisation courante en renforçant ainsi le rôle de conseil du pharmacien auprès des patients qui souhaitent en disposer sans ordonnance.

Parmi les sportifs n'ayant pas eu recours à leur médecin traitant dans l'obtention de leurs produits, seuls 17 (soit 27%) l'ont informé de leur pratique d'automédication.

IV) Dopage

1) Les produits :

La totalité des sportifs ayant recours à des substances interdites (glucocorticoïdes) ou considérés comme dopantes à des concentrations dépassant le taux autorisé (beta2-mimétiques) se sont procuré ces produits par une prescription de leur médecin traitant (n=4)

Parmi eux, 50% n'ont pas vérifié si ce produit pouvait les amener à un contrôle anti-dopage positif.

D'autre part, on remarque qu'une majorité des sportifs de niveau national s'est renseignée sur la question du potentiel dopant de ces produits (60%) alors que cette interrogation reste faible chez les autres sportifs (18.9%) $p < 0.04$

En revanche il n'y a pas de différence avec l'âge et les catégories socio-professionnelles.

2) Les contrôles anti-dopage :

D'après le rapport annuel 2018 de l'AFLD (66), entre 2016 et 2018, 969 prélèvements ont été effectués chez des footballeurs (967 urinaires + 2 sanguins) avec seulement 2 de positifs (soit 0.2%).

En comparaison avec le cyclisme où sur les 2123 prélèvements totaux (1957 urinaires + 166 sanguins), on a retrouvé 46 positifs (soit 2.2%)

Ce taux minime pose la problématique suivante : le dopage est-il vraiment un problème dans le football ?

En réalité, les footballeurs sont beaucoup moins contrôlés. Les moyens de la lutte anti-dopage étant limités (laboratoires, préleveurs) les contrôles ciblent plus particulièrement les disciplines où l'on estime que la densité d'athlètes ayant recours au dopage est la plus importante (cyclisme, athlétisme, voire rugby)

Entre 2016 et 2018 1,78 % des cyclistes ont été testés totaux mais moins de 0,05% des footballeurs.

A titre d'exemple si on voulait tester 1,78% des footballeurs il faudrait procéder à 39000 tests ce qui ne correspond pas aux moyens techniques et humains actuels.

V) Rôle du médecin traitant

Quand le médecin est-il le plus pertinent pour apporter une information sur l'automédication ? Selon les sportifs sondés, le meilleur moment pour aborder le sujet de l'automédication semble être lors d'une visite médicale organisée au sein du club.

Cette réponse prédominante peut s'inscrire dans les problématiques de manque de temps du sportif ou manque de disponibilité du médecin. D'un point de vue du sportif, cette visite possède un aspect pratique car elle correspond généralement à la période estivale de présaison où le licencié reçoit sa licence de la fédération et la signe. La visite du médecin permet d'établir le certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive dans le même temps.

D'un point de vue du médecin, cela pose plusieurs interrogations concernant le respect du secret médical et le respect du temps d'examen. En effet, ces visites se font généralement au sein des clubs, hors des cabinets de consultation, où la discrétion peut être problématique et le secret médical mis à mal. Il y a également un nombre élevé de sportifs présents au même moment, se succédant les uns après les autres, imposant un rythme élevé au médecin. Le temps d'examen peut être mis à mal et peut amener à des négligences. Il est d'autant plus difficile de trouver le

temps pour la délivrance d'une information préventive que ce soit pour l'automédication, l'intérêt du sevrage tabagique ou le risque de certaines habitudes de vie.

D'autre part, le certificat médical, pendant longtemps établi pour le renouvellement des licences chaque année, est désormais valable pour une période de 3 saisons sous réserve, d'attester avoir répondu « non » à l'ensemble des questions du questionnaire de santé (cf. annexe 2)

Cette mesure spécifique à chaque sport qui fut introduite, à la demande du mouvement sportif, par le décret n° 2016-1387 du 12 octobre 2016, vient encore affaiblir le recours au dialogue avec le médecin (annexe 1)

VI) Limites de l'étude

Nous avons récolté 140 questionnaires analysables, ce qui représente une représentativité de 0.3% des licenciés bas-rhinois totaux.

Dans notre étude, nous avons 7 joueuses (soit 5%). Ce chiffre qui semble montrer une faible représentativité mais nous ne sommes pas loin des proportions de féminines parmi le total des licenciés de la FFF.

Ainsi en 2018 on retrouvait 7.7% de féminines licenciées en France (162 000/2100000) et 8.6% plus précisément dans le Bas-Rhin (4255/49427). (3)

Cette étude est basée sur des données déclaratives, non vérifiables.

La longueur du questionnaire était certainement un frein à notre étude. Dix minutes étaient nécessaires pour le compléter

D'autre part, certaines questions proposaient un trop large choix de réponses multiples, compliquant les analyses statistiques.

VII) Forces de l'étude

Il s'agit d'un travail original, prospectif qui possède un échantillon large et assez exhaustif de la population de footballeurs adultes du Bas-Rhin. Tous les niveaux de football amateur bas-rhinois sont représentés (D9 à N2) en y incluant les catégories féminines et vétérans, avec des sportifs allant de 18 à 58 ans.

Il existe très peu de données concernant l'automédication dans le sport amateur et plus particulièrement dans le football. Ce travail peut servir de point de départ objectif s'une réflexion de prévention au sein des instances (Fédération Française de Football (FFF), Ligue du Grand Est de Football (LGEF))

Conclusions

A l'issue de cette étude descriptive transversale, il est constaté que l'automédication est une pratique courante dans le football amateur bas-rhinois avec une prévalence de 36%.

L'automédication semble plus fréquente chez les sportives, et augmente lorsque le niveau de pratique diminue. Nous n'avons pas mis en évidence de différence en fonction de l'âge, de la taille, du poids et de l'indice de masse corporelle (IMC), des catégories socio-professionnelles ou du poste occupé, d'addiction au tabac, de consommation d'alcool ou de problème de sommeil. En revanche deux portraits types ont pu être observés :

- Le sportif type qui pratique l'automédication est une femme de 30 ans, employée, athlétique (76 kg, 1m77, IMC à 24). Elle évolue au niveau départemental, au poste d'attaquant.
- Le sportif qui ne pratiquant pas l'automédication est un homme de 30 ans, ouvrier, athlétique également (78 kg, 1m79, IMC à 24). Il évolue au niveau régional, au poste de gardien de but.

Par ailleurs, il est constaté une différence importante dans le profil de consommation alcoolique hebdomadaire selon les sexes. Ainsi parmi les sportives, 57% déclaraient consommer de l'alcool au moins une fois par semaine pour une moyenne de 14.25 unités par semaine contre 73% des sportifs avec une consommation moyenne de 8 unités par semaine.

Cette étude montre qu'il existe un risque iatrogène avec un recours important à la classe des AINS qui représente plus de la moitié des produits cités (52.5%) avec une méconnaissance ou une sous-estimation des risques encourus. Les effets secondaires graves imputés à cette classe

sont les complications hémorragiques post-traumatiques, l'ulcère gastro-duodéal et l'insuffisance rénale aigue.

L'autre risque méconnu et pourtant souligné par cette étude, est le dopage accidentel. En effet seuls 22% des sportifs déclaraient avoir vérifié si le produit qu'ils utilisaient en automédication pouvait engendrer un contrôle antidopage positif.

Au regard de ces risques identifiés, le recours au médecin traitant semble insuffisant dans ce contexte d'automédication chez le sportif. Pourtant la plupart des médicaments consommés en automédication sont issus d'une prescription antérieure du médecin traitant (35%).

Le médecin de famille, que l'on associe volontiers à l'image du médecin soigneur et auquel on a recours pour la résolution d'un problème aigu (blessure, maladie), voit sa mission de prévention mise à mal. Les explications trouvées ici sont le manque de temps du sportif, le manque de disponibilité du médecin, la sous-estimation des risques et une défiance sur la formation du médecin en matière de prévention dans le domaine du sport.

D'autres acteurs doivent être impliqués afin de "sécuriser" la pratique de l'automédication. Le message de prévention sera d'autant plus fort s'il obtient une résonance chez les autres acteurs de la prise en charge du patient, tels que les cardiologues, les médecins du sport, les médecins rééducateurs, les chirurgiens orthopédistes mais également les kinésithérapeutes et pharmaciens.

Cette information pourrait être par ailleurs diffusée par la fédération française de football par des messages de prévention (spot publicitaire, information des licenciés par mail ou un fascicule délivré en même temps que la licence) et relayée par les clubs eux-mêmes.

Conclusions

A l'issue de cette étude descriptive transversale, il est constaté que l'automédication est une pratique courante dans le football amateur bas-rhinois avec une prévalence de 36%.

L'automédication semble plus fréquente chez les sportives, et augmente lorsque le niveau de pratique diminue. Nous n'avons pas mis en évidence de différence en fonction de l'âge, de la taille, du poids et de l'indice de masse corporelle (IMC), des catégories socio-professionnelles ou du poste occupé, d'addiction au tabac, de consommation d'alcool ou de problème de sommeil. En revanche deux portraits types ont pu être observés :

- Le sportif type qui pratique l'automédication est une femme de 30 ans, employée, athlétique (76 kg, 1m77, IMC à 24). Elle évolue au niveau départemental, au poste d'attaquant.
- Le sportif qui ne pratiquant pas l'automédication est un homme de 30 ans, ouvrier, athlétique également (78 kg, 1m79, IMC à 24). Il évolue au niveau régional, au poste de gardien de but.

Par ailleurs, il est constaté une différence importante dans le profil de consommation alcoolique hebdomadaire selon les sexes. Ainsi parmi les sportives, 57% déclaraient consommer de l'alcool au moins une fois par semaine pour une moyenne de 14.25 unités par semaine contre 73% des sportifs avec une consommation moyenne de 8 unités par semaine.

Cette étude montre qu'il existe un risque iatrogène avec un recours important à la classe des AINS qui représente plus de la moitié des produits cités (52.5%) avec une méconnaissance ou une sous-estimation des risques encourus. Les effets secondaires graves imputés à cette classe sont les complications hémorragiques post-traumatiques, l'ulcère gastro-duodénal et l'insuffisance rénale aigue.

L'autre risque méconnu et pourtant souligné par cette étude, est le dopage accidentel. En effet seuls 22% des sportifs déclaraient avoir vérifié si le produit qu'ils utilisaient en automédication pouvait engendrer un contrôle antidopage positif.

En regard de ces risques identifiés, le recours au médecin traitant semble insuffisant dans ce contexte d'automédication chez le sportif. Pourtant la plupart des médicaments consommés en automédication sont issus d'une prescription antérieure du médecin traitant (35%).

Le médecin de famille, que l'on associe volontiers à l'image du médecin soigneur et auquel on a recours pour la résolution d'un problème aigu (blessure, maladie), voit sa mission de prévention mise à mal. Les explications trouvées ici sont le manque de temps du sportif, le manque de disponibilité du médecin, la sous-estimation des risques et une défiance sur la formation du médecin en matière de prévention dans le domaine du sport.

D'autres acteurs doivent être impliqués afin de "sécuriser" la pratique de l'automédication. Le message de prévention sera d'autant plus fort s'il obtient une résonance chez les autres acteurs de la prise en charge du patient, tels que les cardiologues, les médecins du sport, les médecins rééducateurs, les chirurgiens orthopédistes mais également les kinésithérapeutes et pharmaciens.

Cette information pourrait être par ailleurs diffusée par la fédération française de football par des messages de prévention (spot publicitaire, information des licenciés par mail ou un fascicule délivré en même temps que la licence) et relayée par les clubs eux-mêmes.

Vu

Strasbourg, le

19/3/20

Le Président du Jury de Thèse
de Médecine de Strasbourg

Professeur **Matthieu LEHLINGER**
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Hôpital de Hautepierre
Service de Rééducation Orthopédique et de Traumatologie
11, rue du Général de Gaulle
67098 STRASBOURG Cedex
Téléphone : 03 88 76 52 83
Fax : 03 88 76 52 83
N° SIRET : 10002464575 - N° ADELI : 671088904



Bibliographie

1. Feucht CL, Patel DR. Analgesics and Anti-inflammatory Medications in Sports: Use and Abuse. *Pediatr Clin North Am.* juin 2010;57(3):751-74.
2. FIFA. Big Count FIFA 2006. 2006.
3. FFF : licences délivrées par sexe France 2018 [Internet]. Statista. [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/662000/nombre-licences-delivrees-fff-football-france/>
4. Source : mission des études et de l'observation statistique (MEOS) du ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative (MSJEPVA). Nombre de licenciés de la Fédération Française de Football (FFF) en 2011 selon leur adresse de résidence.
5. Le site du ministère des Sports [Internet]. [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.sports.gouv.fr/>
6. Le Monde illustré. In: Gallica [Internet]. 1867 [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6372757p>
7. Perny P. L'arrivée des sports en Alsace: De l'éducation physique au culte de la compétition : un enjeu de société à la fin du XIXe siècle. *Rev D'Alsace.* 1 sept 2014;(140):321-60.
8. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>
9. Organisation mondiale de la santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. OMS; 2010.
10. Fagard RH. Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training. *Med Sci Sports Exerc.* juin 2001;33(6 Suppl):S484-492; discussion S493-494.
11. Hagberg JM, Park JJ, Brown MD. The role of exercise training in the treatment of hypertension: an update. *Sports Med Auckl NZ.* sept 2000;30(3):193-206.
12. Leon AS, Sanchez OA. Response of blood lipids to exercise training alone or combined with dietary intervention. *Med Sci Sports Exerc.* juin 2001;33(6 Suppl):S502-515; discussion S528-529.
13. Rankinen T, Pérusse L, Gagnon J, Chagnon YC, Leon AS, Skinner JS, et al. Angiotensin-converting enzyme ID polymorphism and fitness phenotype in the HERITAGE Family Study. *J Appl Physiol Bethesda Md* 1985. mars 2000;88(3):1029-35.
14. Church TS, Barlow CE, Earnest CP, Kampert JB, Priest EL, Blair SN. Associations between cardiorespiratory fitness and C-reactive protein in men. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 1 nov 2002;22(11):1869-76.
15. Mandereau-Bruno L, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) en France en 2015. Disparités territoriales et socio-économiques. *Bull Epidémiol Hebd* 201727-28586-91 [Internet]. [cité 26 févr 2020]; Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/27-28/2017_27-28_3.html

16. Thomas DE, Elliott EJ, Naughton GA. Exercise for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 19 juill 2006;(3):CD002968.
17. Garcia-Aymerich J, Lange P, Benet M, Schnohr P, Antó JM. Regular physical activity modifies smoking-related lung function decline and reduces risk of chronic obstructive pulmonary disease: a population-based cohort study. *Am J Respir Crit Care Med*. 1 mars 2007;175(5):458-63.
18. Garcia-Aymerich J, Lange P, Benet M, Schnohr P, Antó JM. Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a population based cohort study. *Thorax*. sept 2006;61(9):772-8.
19. Boudenot A, Depiesse F., Coste O. Prévention des activités physiques en prévention et en thérapeutique. Éditions Elsevier Masson (2016). ISBN 9782294744648. 518 pp., 34 €. Wwwem-Premiumcomdatarevues07651597unassignS076515971630051X [Internet]. 25 juill 2016 [cité 26 févr 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/1069398/resultatrecherche/2>
20. Recker RR, Davies KM, Hinders SM, Heaney RP, Stegman MR, Kimmel DB. Bone gain in young adult women. *JAMA*. 4 nov 1992;268(17):2403-8.
21. Activité physique : Contextes et effets sur la santé [Internet]. [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80>
22. Friedenreich CM, Orenstein MR. Physical activity and cancer prevention: etiologic evidence and biological mechanisms. *J Nutr*. 2002;132(11 Suppl):3456S-3464S.
23. Monninkhof EM, Peeters PHM, Schuit AJ. Design of the sex hormones and physical exercise (SHAPE) study. *BMC Public Health*. 4 sept 2007;7:232.
24. Friedland RP, Fritsch T, Smyth KA, Koss E, Lerner AJ, Chen CH, et al. Patients with Alzheimer's disease have reduced activities in midlife compared with healthy control-group members. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 13 mars 2001;98(6):3440-5.
25. Laurin D, Verreault R, Lindsay J, MacPherson K, Rockwood K. Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Arch Neurol*. mars 2001;58(3):498-504.
26. Bulletin de santé publique alcool en région Grand-Est. Janvier 2020.
27. El-Sayed MS, Ali N, El-Sayed Ali Z. Interaction between alcohol and exercise: physiological and haematological implications. *Sports Med Auckl NZ*. 2005;35(3):257-69.
28. Klatsky AL. Alcohol and cardiovascular diseases: where do we stand today? *J Intern Med*. sept 2015;278(3):238-50.
29. Heath GW, Ford ES, Craven TE, Macera CA, Jackson KL, Pate RR. Exercise and the incidence of upper respiratory tract infections. *Med Sci Sports Exerc*. févr 1991;23(2):152-7.
30. Kanis JA, Johansson H, Johnell O, Oden A, De Laet C, Eisman JA, et al. Alcohol intake as a risk factor for fracture. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA*. juill 2005;16(7):737-42.

31. Tabagisme, plaisir et dépendance - M. Bellmann, J. Palazzolo - Librairie Eyrolles [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.eyrolles.com/Loisirs/Livre/tabagisme-plaisir-et-dependance-9782705668389/>
32. Vannier A. L'activité physique: une aide au maintien du sevrage tabagique : étude quantitative sur un échantillon de patients sélectionnés par des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [2018-...., France]: Université de Lille; 2018.
33. Štefan L, Sporiš G, Krističević T, Knjaz D. Associations between sleep quality and its domains and insufficient physical activity in a large sample of Croatian young adults: a cross-sectional study. *BMJ Open*. juill 2018;8(7):e021902.
34. Chennaoui M, Arnal PJ, Sauvet F, Léger D. Sleep and exercise: A reciprocal issue? *Sleep Med Rev*. avr 2015;20:59-72.
35. Junge A. Injuries in youth amateur soccer and rugby players--comparison of incidence and characteristics. *Br J Sports Med*. 1 avr 2004;38(2):168-72.
36. Price RJ, Hawkins RD, Hulse MA, Hodson A. The Football Association medical research programme: an audit of injuries in academy youth football. *Br J Sports Med*. août 2004;38(4):466-71.
37. Murphy DF, Connolly D a. J, Beynnon BD. Risk factors for lower extremity injury: a review of the literature. *Br J Sports Med*. févr 2003;37(1):13-29.
38. Herrero H, Salinero JJ, Del Coso J. Injuries Among Spanish Male Amateur Soccer Players: A Retrospective Population Study. *Am J Sports Med*. janv 2014;42(1):78-85.
39. Giza E. Injuries in women's professional soccer. *Br J Sports Med*. 1 avr 2005;39(4):212-6.
40. Morgan BE, Oberlander MA. An examination of injuries in major league soccer. The inaugural season. *Am J Sports Med*. août 2001;29(4):426-30.
41. Hunt M, Fulford S. Amateur soccer: injuries in relation to field position. *Br J Sports Med*. 1 déc 1990;24(4):265-265.
42. Arnason A, Gudmundsson A, Dahl HA, Jóhannsson E. Soccer injuries in Iceland. *Scand J Med Sci Sports*. févr 1996;6(1):40-5.
43. Jones A, Jones G, Greig N, Bower P, Brown J, Hind K, et al. Epidemiology of injury in English Professional Football players: A cohort study. *Phys Ther Sport*. janv 2019;35:18-22.
44. L'AMA publie la liste des substances et méthodes interdites 2020 [Internet]. AFLD. 2019 [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.aflf.fr/lama-publie-la-liste-des-substances-et-methodes-interdites-2020/>
45. Tscholl P, Junge A, Dvorak J. The use of medication and nutritional supplements during FIFA World Cups 2002 and 2006. *Br J Sports Med*. 7 mai 2008;42(9):725-30.
46. Schmedtje JF, Ji YS, Liu WL, DuBois RN, Runge MS. Hypoxia induces cyclooxygenase-2 via the NF-kappaB p65 transcription factor in human vascular endothelial cells. *J Biol Chem*. 3 janv 1997;272(1):601-8.

47. Owens S, Baglin T. Recurrent haematomas of the thigh: a case of von Willebrand's disease presenting to a sports clinic. *Br J Sports Med.* avr 2000;34(2):122-3; discussion 124.
48. Smith BJ, Collina SJ. Pain medications in the locker room: to dispense or not. *Curr Sports Med Rep.* déc 2007;6(6):367-70.
49. Hertel J. The role of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of acute soft tissue injuries. *J Athl Train.* oct 1997;32(4):350-8.
50. Slatyer MA, Hensley MJ, Lopert R. A randomized controlled trial of piroxicam in the management of acute ankle sprain in Australian Regular Army recruits. The Kapooka Ankle Sprain Study. *Am J Sports Med.* août 1997;25(4):544-53.
51. Andres BM, Murrell GAC. Treatment of Tendinopathy: What Works, What Does Not, and What is on the Horizon. *Clin Orthop.* juill 2008;466(7):1539-54.
52. Vuolteenaho K, Moilanen T, Moilanen E. Non-steroidal anti-inflammatory drugs, cyclooxygenase-2 and the bone healing process. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* janv 2008;102(1):10-4.
53. Gaston MS, Simpson AHRW. Inhibition of fracture healing. *J Bone Joint Surg Br.* déc 2007;89(12):1553-60.
54. Peterson JM, Trappe TA, Mylona E, White F, Lambert CP, Evans WJ, et al. Ibuprofen and acetaminophen: effect on muscle inflammation after eccentric exercise. *Med Sci Sports Exerc.* juin 2003;35(6):892-6.
55. O'Grady M, Hackney AC, Schneider K, Bossen E, Steinberg K, Douglas JM, et al. Diclofenac sodium (Voltaren) reduced exercise-induced injury in human skeletal muscle. *Med Sci Sports Exerc.* juill 2000;32(7):1191-6.
56. Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018>
57. Laure P. « Le dopage ne concerne pas les jeunes sportifs ! ». *Empan.* 2003;51(3):27.
58. Laure P, Binsinger C. Doping prevalence among preadolescent athletes: a 4-year follow-up. *Br J Sports Med.* 1 oct 2007;41(10):660-3.
59. Nicolozakes AW, Binkley PF, Leier CV. Hemodynamic Effects of Smoking in Congestive Heart Failure. *Am J Med Sci.* 1 déc 1988;296(6):377-80.
60. Yasue H, Mizuno Y, Harada E. Coronary artery spasm - Clinical features, pathogenesis and treatment. *Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci.* 2019;95(2):53-66.
61. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France organisé par Santé publique France et l'Institut national du cancer [Internet]. [cité 11 févr 2020]. Disponible sur: </liste-des-actualites/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti>

62. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*. mars 2015;1(1):40-3.
63. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
64. Lorente FO, Peretti-Watel P, Grelot L. Cannabis use to enhance sportive and non-sportive performances among French sport students. *Addict Behav*. août 2005;30(7):1382-91.
65. Décret n° 2008-641 du 30 juin 2008 relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines de pharmacie. p. 3.
66. Rapport d'Activité AFLD 2018 [Internet]. [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: https://www.afld.fr/wp-content/uploads/2019/06/AFLD_RA_2018.pdf



LE CERTIFICAT MÉDICAL POUR LE SPORT, ÇA BOUGE !

Vous souhaitez obtenir ou renouveler une licence « compétition » d'une fédération sportive

Vous devez présenter un **certificat médical** de non contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée **en compétition**, datant de moins d'un an, lors de votre demande de première licence.

Un nouveau certificat vous sera demandé tous les 3 ans pour le renouvellement de votre licence.

Vous souhaitez obtenir ou renouveler une licence « loisir » (hors compétition) d'une fédération sportive

Vous devez présenter un **certificat médical** de non contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée, datant de moins d'un an, lors de votre première demande de licence.

La fréquence de présentation d'un nouveau certificat pour le renouvellement de votre licence est déterminée par la fédération concernée.

Vous souhaitez participer à une compétition sportive autorisée par une fédération sportive reconnue par le ministère des Sports

Si vous êtes licencié, vous présentez votre **licence** « compétition », en cours de validité, dans la discipline concernée.
Ex : Je suis licencié de la FFA et je participe à un semi-marathon.

Si vous n'êtes pas licencié, vous présentez un **certificat médical** de non contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée en compétition, datant de moins d'un an.
Ex : Je ne suis pas licencié et je participe à un semi-marathon.

QUE VOULEZ-VOUS FAIRE ?

Vous souhaitez obtenir ou renouveler une licence d'une fédération sportive scolaire (UNSS, UGSEL, USEP)

Vous ne présentez **pas de certificat médical** sauf si vous souhaitez pratiquer une discipline sportive à contraintes particulières. (cf. 🚫)

Vous souhaitez obtenir ou renouveler une licence pour pratiquer une discipline sportive à contraintes particulières (cf. 🚫)

Vous devez présenter un **certificat médical** attestant l'absence de contre-indication à la pratique de la **discipline concernée**, datant de moins d'un an, lors de l'obtention de la première licence puis lors de son renouvellement.



LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ – À COMPTER DU 1^{ER} JUILLET 2017

Le renseignement du questionnaire de santé est obligatoire lorsque la présentation d'un certificat médical n'est pas exigée lors du renouvellement de la licence (à l'exception des fédérations sportives scolaires).

Pour renouveler sa licence, le sportif atteste qu'il a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques du questionnaire. Une réponse positive à une des rubriques entraîne la nécessité de présenter un certificat médical.





ZOOM

LES DISCIPLINES SPORTIVES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

- L'alpinisme ;
- La plongée subaquatique ;
- La spéléologie ;
- Les disciplines sportives, pratiquées en compétition, pour lesquelles le combat peut prendre fin par K-O (ex : boxe anglaise, muay-thaï, kick boxing, savate, sambo combat...)
- Les disciplines sportives comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé (tir, ball-trap, biathlon) ;
- Les disciplines sportives, pratiquées en compétition, comportant l'utilisation de véhicules terrestres à moteur à l'exception du modélisme automobile radioguidé (sport auto, karting et motocyclisme) ;
- Les disciplines sportives aéronautiques pratiquées en compétition à l'exception de l'aéromodélisme (voltige aérienne, giravation, aérostation, vol à voile, vol libre...)
- Le parachutisme ;
- Le rugby (XV, XIII, VII).

Annexe 2 : Licence FFF 17-18 et questionnaire médical.

	JOUEUR / DIRIGEANT	DEMANDE DE LICENCE DE FOOTBALL - SAISON 2017-2018	
Nom du club : N° d'affiliation du club :		A remplir intégralement En cas de première demande, fournir une photo d'identité	
IDENTITÉ NOM : Sexe : M <input type="checkbox"/> / F <input type="checkbox"/> PRENOM : Nationalité : FR <input type="checkbox"/> / UE <input type="checkbox"/> / ETR <input type="checkbox"/> Né(e) le : / / Ville de naissance : Adresse (1) : CP : Ville : Pays de résidence : Email (1) : Téléphones : fixe mobile		ATTENTION NOUVEAUTÉ !!! Si vous avez fourni un certificat médical au cours de la saison 2016/2017, il reste valable pour cette saison à condition de répondre à l'auto-questionnaire médical disponible sur le site fff.fr (https://www.fff.fr/e/l/gq-li.pdf) ou auprès de votre club. Dans tous les autres cas, vous devez fournir le certificat médical ci-dessous. Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance de ce questionnaire et j'atteste avoir : <input type="checkbox"/> Répondu NON à toutes les questions ; dans ce cas vous n'avez pas de formalités médicales supplémentaires. <input type="checkbox"/> Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; dans ce cas veuillez faire remplir le certificat médical ci-dessous.	
CATÉGORIE(S) Demande une ou des licences de types (plusieurs cases peuvent être cochées) : Dirigeant <input type="checkbox"/> Joueur Libre <input type="checkbox"/> Joueur Futsal <input type="checkbox"/> Joueur Entreprise <input type="checkbox"/> Joueur Loisir <input type="checkbox"/>		CERTIFICAT MÉDICAL Je soussigné, Dr (1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous, Pour les joueurs (2): Bénéficiaire (nom, prénom) (1) - ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du football en compétition, - est également apte à pratiquer dans des compétitions de la catégorie d'âge immédiatement supérieure (3)(4). Pour les dirigeants : - ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel. (1) Obligatoire. (2) Rayer les mentions inutiles. (3) Rayer en cas de non aptitude. (4) Uniquement dans les conditions de participation fixées par les Règlements Généraux. (5) Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée).	
DERNIER CLUB QUITTÉ Saison : - Nom du club : Fédération étrangère le cas échéant :		Pour un licencié MINEUR Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette demande à prendre une licence au sein de ce club dans les conditions énumérées dans le présent document (notamment celles relatives aux assurances) ainsi que la création d'un espace personnel. Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes. Représentant légal du demandeur : Nom, prénom : Signature	
ASSURANCES Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance, dans le document fourni au verso de la présente demande, par ma Ligue régionale et mon club : - des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût, - de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer, - de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) : <input type="checkbox"/> Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur. <input type="checkbox"/> Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.		Pour un licencié MAJEUR Le demandeur certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes. Demandeur : Signature	
OFFRES COMMERCIALES Le demandeur est susceptible de recevoir par courrier des offres commerciales de la FFF et de ses partenaires. Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case <input type="checkbox"/> Les coordonnées d'un demandeur dirigeant sont susceptibles d'apparaître sur les annuaires et/ou les sites internet de la FFF, des Ligues ou des Districts. Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case <input type="checkbox"/>		Représentant du CLUB Je certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes et engagent la responsabilité du club. Nom, prénom : Le / / Signature :	

Les données personnelles recueillies font l'objet de traitements informatiques aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Districts, Ligues, à la FFF et, sauf opposition ci-dessus, à nos partenaires. Conformément à la « Loi Informatique et Libertés » (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits et obtenir communication des informations le concernant, en s'adressant à la FFF par mail à « cl.fff@fff.fr » ou par courrier à l'adresse suivante : FFF, Correspondant Informatique et Libertés, 87 boulevard de Grenelle, 75738 Paris Cedex 15.



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT » PRÉALABLE À LA DEMANDE DE LICENCE (Changement de club ou renouvellement)

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Française de Football selon les règles énoncées à l'article 70 des Règlements Généraux de la F.F.F.

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**.

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1 Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À CE JOUR :	OUI	NON
7 Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenue durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS ET QUE VOUS AVIEZ FOURNI UN CERTIFICAT MÉDICAL EN 16/17 :

Pas de certificat médical à fournir.

Simplement attestez, selon les modalités prévues par la F.F.F., sur votre demande de licence (en ligne ou papier), avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

Certificat médical à fournir.

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Annexe 3 : Questionnaire en ligne

Automédication dans le football amateur bas-rhinois

Je vous remercie de m'accorder quelques minutes de votre temps afin de répondre à ce questionnaire.

Les réponses sont anonymisées.

Ce travail fera l'objet d'une thèse de médecine générale s'intéressant à l'automédication des sportifs et à leur rapport avec leur médecin traitant. L'objectif est de faire un état des lieux dans le département.

Je reste à votre disposition pour répondre aux différentes questions.

Salutations sportives et merci par avance.

***Obligatoire**

1. Adresse e-mail *

Mon profil général

2. Age *

3. Sexe *

Plusieurs réponses possibles.

- M
 F

4. Poids (en kilo) *

5. Taille (en cm) *

6. Catégories socio-professionnelles *

Une seule réponse possible.

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants ou chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Etudiants
- Autres

Ma santé

7. Antécédents médicaux

8. Antécédents chirurgicaux

9. Allergies

Mon traitement

10. Traitement habituel

Mes habitudes

Tabac

11. A l'heure actuelle, combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne (pour les non-fumeurs, mettez 0) ? *

12. Vous arrive-t-il même occasionnellement de fumer dans les 2 heures qui précèdent ou suivent les activités sportives ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Alcool

13. Nombre d'unité d'alcool consommée en moyenne par semaine *



Sommeil

14. A l'heure actuelle, combien d'heures de sommeil pensez-vous avoir en moyenne lors d'une semaine-type, week-end compris (attention, il s'agit bien d'heures de sommeil et non d'heures passées au lit) ?
Exemple : 7 heures en semaine et 8h le week-end = 51 heures *

15. Pensez-vous avoir des problèmes de sommeil ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Mon profil sportif

16. Equipe

17. Poste *

Une seule réponse possible.

Gardien

Défenseur

Milieu

Attaquant

18. Nombres d'heures de football pratiquées par semaine (entraînements et matchs) *

19. Pratique d'autres sports *

Une seule réponse possible.

Non

Oui

20. Le(s)quel(s) ? Précisez le nombre d'heures de pratique par semaine

21. Nombre de semaines d'indisponibilité pour blessure la saison précédente (2017/2018) *

22. Pourriez-vous préciser la nature de cette(ces) blessure(s) ?

Automédication



23. Prenez-vous régulièrement une médication (médicament, compléments alimentaires, homéopathie, autres) avant, pendant ou au décours de l'activité sportive ? *

Une seule réponse possible.

Non

Oui

24. Dans quel but ? (plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

Douleur

Amélioration des performances

Trouble du sommeil

Troubles digestifs

Difficultés respiratoires

Gestion du stress/anxiété

Autre : _____

25. A quelle fréquence ?

Une seule réponse possible.

- Moins d'une fois par mois
- Au moins une fois par mois mais moins d'une fois par semaine
- Au moins une fois par semaine mais pas à chaque séance
- A chaque séance

26. Pouvez-vous citer ces produits (nom, présentation, dosage) et préciser pour chacun à quel moment vous les prenez par rapport à vos activités sportives ? Exemple : IBUPROFENE ou ADVIL, 2 comprimés de 200 mg, avant les matchs*

27. Pour le(s) produit(s) en question, pourriez-vous préciser le mode d'obtention ?

Plusieurs réponses possibles.

- Prescription du médecin traitant
- Prescription d'un autre médecin
- Conseils du pharmacien
- Vente libre (internet)
- Pharmacie familiale

Autre : _____

28. Si ce(s) produit(s) n'a(ont) pas fait l'objet d'une prescription de votre médecin traitant, l'avez-vous informé de cette pratique ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

29. Si non, pourquoi ?

30. Si ce(s) produit(s) n'a(ont) pas fait l'objet d'une prescription de votre médecin traitant, avez-vous vérifié s'il(s) pouva(en)t positiver un contrôle antidopage ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

31. Si oui, pourriez-vous préciser comment vous avez obtenu cette information ?

Une seule réponse possible.

- Demande de renseignement auprès de votre médecin traitant
 Après d'un autre médecin
 Après de votre pharmacien
 Sur le site de l'AFLD (Agence Française de Lutte contre le Dopage)
 Autre : _____

32. Quel serait, selon vous, le meilleur moment pour aborder le sujet de l'automédication? *

Une seule réponse possible.

- Lors d'une consultation dédiée
 Lors de la délivrance du certificat médical de début de saison
 En fin d'une consultation pour un autre motif
 Lors d'une visite médicale au sein du club
 L'automédication n'est pas un sujet important
 Autre : _____

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Université

de Strasbourg



Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :
- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : SCHAEFFEN

Prénom : Régis

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente;

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète »:

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance
des suites disciplinaires ou pénales que j'encours
en cas de déclaration erronée ou incomplète.*

Signature originale :

A Strasbourg, le 20/02/20.

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

CONTRAT À FIN DE DIFFUSION D'UN MÉMOIRE

Service commun
de la documentation

Conclu entre :

L'auteur du mémoire ; ci-après :

Nom : *Schaeffer*

Prénom : *Régis*

Adresse :

Intitulé du mémoire : *Discussion de la possibilité d'un traitement
inter-vigilant au long-cours chez la personne âgée.*

Et l'Université de Strasbourg, ci-après :

Représentée par : Monsieur le Docteur Jean-Luc GRIES

Préambule

Soucieuse de donner davantage de reconnaissance aux mémoires réalisés au sein de ses facultés, l'Université entend favoriser leur diffusion sur support papier et sur support électronique, dans le respect des droits de propriété intellectuelle de leurs auteurs.

Les autorisations accordées à l'Université, sur la base du présent contrat, ne sont pas exclusives et l'auteur conserve toute liberté de publier ou de diffuser son travail sous quelque forme autre que ce soit et sous sa propre responsabilité.

Dans cette optique, les parties ont convenu de ce qui suit :

ARTICLE 1 : L'auteur autorise l'Université à effectuer les diffusions suivantes de son mémoire dans le respect de ses droits de propriété intellectuelle :

Adresse postale :
34, boulevard de la Victoire
BP 1037/F
F-67070 Strasbourg Cedex

www.sicd.u-strasbg.fr
www.unistra.fr

	OUI		Impression		NON
	immédiatement	à compter du ¹	autorisée	interdite	
Diffusion en ligne contrôlée (Intranet universitaire, ENT)	X		X		
Diffusion par internet	X		X		

¹ L'attention de l'auteur est attirée sur le fait qu'il reste tenu des engagements de confidentialité qui ont été pris le cas échéant dans le cadre de son travail.

ARTICLE 2 : La présente autorisation de diffusion n'a pas de caractère exclusif. L'auteur conserve par conséquent toutes les possibilités de cession de ses droits et de diffusion concomitante de son mémoire.

ARTICLE 3 : Le support diffusé devra porter le nom de l'auteur et mentionner que ses droits de propriété intellectuelle sont réservés.

ARTICLE 4 : Afin de permettre les opérations de mise en ligne, le cas échéant, l'auteur autorise la reproduction et la représentation, l'adaptation et la

a) Le droit de reproduction comporte le droit de reproduire le mémoire en nombre illimité, sur tout support connu ou inconnu à ce jour, quel que soit le mode d'enregistrement (analogique, numérique ou mécanique) et le type de support (CD-ROM, DVD-ROM, disque dur, disquette, bande, disque ou carte magnétique, mémoire vive ou morte, microfilm, microfiche, papier).

b) Le droit de représentation comporte le droit de diffuser et de communiquer le mémoire au public par l'usage du satellite, du câble, par voie hertzienne ou par réseau numérique ou analogique.

c) Les droits d'adaptation et de modification comportent, le cas échéant, la faculté de modifier la forme et le format du mémoire en fonction des contraintes techniques imposées par l'archivage, le stockage, la sécurité, et la diffusion électronique du mémoire.

ARTICLE 5 : La présente autorisation est consentie pour toute la durée légale de protection de la propriété littéraire et artistique offerte par la loi française à l'auteur, ses ayants droits ou représentants, y compris les prolongations qui pourraient être apportées à cette durée.

ARTICLE 6 : L'auteur certifie que la version électronique de son mémoire remise à l'Université en vue des diffusions autorisées est conforme à la version officielle de son travail remise à ses enseignants.

ARTICLE 7 : L'auteur autorise l'Université à signaler librement l'existence de son mémoire, y compris au moyen de mots-clés et d'un court résumé, sur tout document de toute forme technique et selon toute diffusion.

ARTICLE 8 : L'auteur garantit à l'Université qu'il détient tous les droits nécessaires à la diffusion de son mémoire. En particulier, il certifie avoir obtenu toutes les autorisations écrites nécessaires des titulaires des droits sur les œuvres reproduites, partiellement ou intégralement (textes, illustrations, logos, extraits multimédia, etc...), et s'engage à retirer tout document et toute information pour lesquels il ne les aurait pas obtenues.

ARTICLE 9 : L'auteur s'engage à obtenir une autorisation écrite du chef d'entreprise pour la diffusion du mémoire.

ARTICLE 10 : L'auteur est responsable du contenu de son mémoire, il s'engage à ce titre à décharger l'Université de toute action en responsabilité encourue de ce chef.

Par ailleurs, l'Université se réserve le droit de suspendre la consultation ou d'effacer le mémoire de ses serveurs après avoir pris connaissance du caractère manifestement illicite du contenu en cause.

ARTICLE 11 : La signature du présent contrat n'oblige en aucun cas l'Université à diffuser effectivement le mémoire.

ARTICLE 12 : L'auteur est conscient du fait qu'en l'état des techniques, l'Université ne dispose pas des moyens suffisants pour interdire toute consultation ou copie non autorisée du mémoire. Elle ne peut être tenue pour responsable du fait des agissements illégaux de tiers. L'auteur conserve cependant tous ses droits d'ester en justice afin de protéger son droit de

ARTICLE 13 : L'auteur peut résilier l'autorisation de diffusion à tout moment en avisant l'Université par lettre recommandée avec accusé de réception. Dans ce cas, l'Université retire le mémoire dans un délai raisonnable.

ARTICLE 14 : L'auteur autorise la diffusion de son mémoire à titre gracieux.

ARTICLE 15 : Les autorisations données à l'Université valent tant pour elle que pour tout établissement à caractère universitaire qui lui serait substitué ou avec lequel elle entretiendrait des relations régulières et suivies.

ARTICLE 16 : En cas de changement de législation concernant la diffusion des travaux à caractère universitaire, les parties conviennent dès à présent de maintenir les clauses du présent contrat compatibles avec la nouvelle législation.

ARTICLE 17 : La loi applicable au présent contrat est la loi française. Le tribunal compétent pour juger de tout contentieux lié au présent contrat est le Tribunal de Grande Instance de Strasbourg.

Fait à Strasbourg, le 20/02/20

Pour l'Université de Strasbourg

Signature de l'auteur

