

# AFRO TECHNIQUE MAGAZINE N° 34

LE MAGAZINE TECHNIQUE DE FIBA AFRIQUE - JUILLET - AOUT - SEPTEMBRE 2013



**FIBA**  
AFRICA  
We Are Basketball

**COMPARAISON DES  
REGLES DE FIBA  
ET DU BASKET  
NORD AMERICAIN**

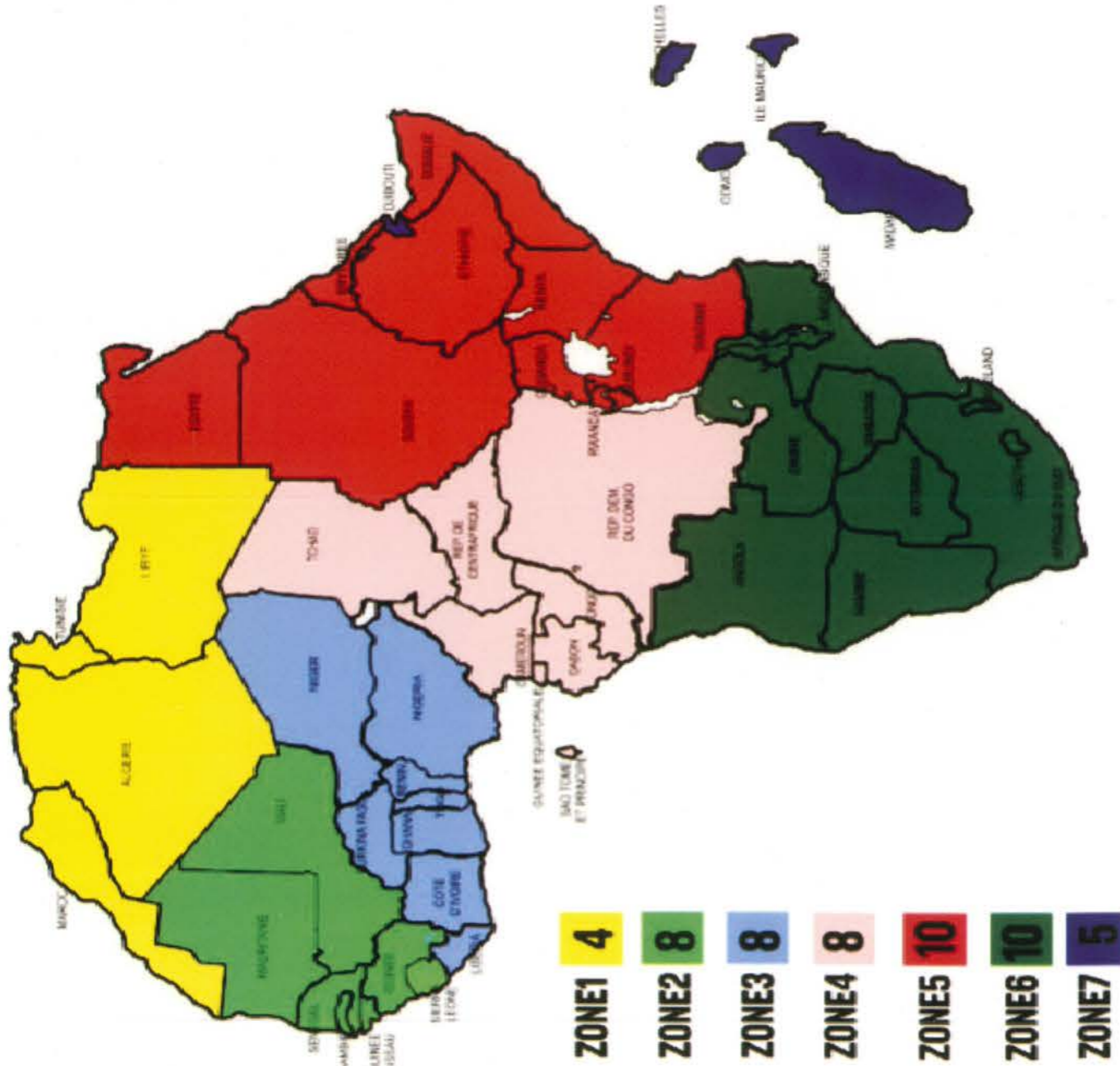


**FIBA**  
AFRICA  
We Are Basketball



**CHAMPIONS CUP FOR WOMEN**  
22 NOV - 01 DEC 2013





**Siège :**  
10, Rue 26 Juillet,  
Le Caire (Egypte)  
Tél : 00(202) 391 0292  
Fax : 00(202) 393 3600

**Secrétariat Général :**  
Im. alpha 2000 7ème Etage  
01 BP 4482 abidjan 01  
Tél : 00(225) 20 21 14 10  
Fax : 00(225) 20 21 14 13  
E-mail : info@fibafrica.com  
Site web :  
www.fibafrica.com

**Directeur de Publication :**  
Dr. Alphonse BILE

**Président du conseil Média :**  
Jean-Michel RAMAROSSON

**Responsable Cellule Communication :**  
Lamine BADIANE

**Rédacteur en Chef :**  
Ali BOUKARI  
E-mail :  
boukar@fibafrica.com

**Comité de rédaction :**  
Yira YACOLUBA,  
NDRI KOUAKOU,  
Abbas DIOP,  
Mathurin N'GUESSAN,  
Dr Eric ALLANGBA

**Collaboration FIBA :**  
tous les instructeurs FIBA  
et FIBA Afrique, les Zones  
de FIBA Afrique

**Infographie :**  
Patrick MBARGA,  
Olivier KAMBIRE,  
Khaled FARID

**Traduction :**  
Elysée DEGANI

**Crédit Photos :**  
Richard SIKABI,  
Régis THALMAS, Eric  
AGNISSAN, FIBA, AFP

**Impression :**  
Le Caire (Egypte)

**Tirage :**  
1000 exemplaires

**Mission :**  
notre objectif est de réaliser  
le développement du Basket-  
ball africain à travers la  
formation de nos officiels,  
notre but est de produire  
des Commissaires techni-  
ques afin d'assurer la  
mise en ou l'application  
des règles de basketball  
en Afrique.

**Périodicité :**  
Trimestriel

FIBA et FIBA Afrique ne  
sont nullement responsa-  
bles pour les opinions  
exprimées dans les arti-  
cles. Les Fédérations na-  
tionales et leurs affiliés  
peuvent reproduire une  
partie ou le magazine en-  
tier pour leur usage interne,  
mais ne doivent vendre  
aucune partie ou le maga-  
zine entier à un publicateur  
extérieur sans l'autorisation  
écrite de la FIBA Afrique.  
Toute information publiée  
dans ce magazine est produ-  
ite à titre de nouvelles  
uniquement et ne  
saurait être utilisée pour  
violer toute disposition lé-  
gale nationale ou interna-  
tionale.

Copyright 2013

**EDITORIAL**

Nous tendons progressivement vers la fin de l'année 2013 et je suis particulièrement heureux de l'évolution positive dans la réalisation de nos activités.

En effet nous venons de boucler la plus grande partie de nos compétitions et stages de formation et nous disons sans ambages que cette année encore le succès sera au bout de nos efforts.

Malgré les péripéties de tous ordres, nous sommes parvenus à organiser avec succès les AfroBasket men et Women 2013 de même que les championnats d'Afrique des U16 garçons et filles.

Comme à chaque éditions, il nous a été donné de constater que nos différents compétitions ont gagné en audience. Les différents pays qualifiés proposent des matches de haut niveau. Ce qui nous permet de fonder l'espoir de voir très bientôt une équipe africaine se hisser dans le carré d'As à une coupe du monde ou aux Jeux Olympiques.

En marge des compétitions et conformément à sa politique de reconnaissance et d'hommage aux anciennes gloires du basketball africain, FIBA Afrique a organisé une cérémonie de décoration lors de l'AfroBasket qui a eu lieu du 20 au 31 Août 2013 à Abidjan en Côte d'Ivoire. Au cours de cette cérémonie, plusieurs distinctions honorifiques ont été décernées aux athlètes, cadres techniques et dirigeants qui ont fait de la promotion du basketball leur combat quotidien. Dans cette même logique, nous avons organisé une cérémonie similaire le 26 Septembre 2013 à Maputo lors de l'AfroBasket Women.

Nous sommes conscients que beaucoup de personnes ont participé à la promotion du basketball et ce de diverses manières. Mais il est difficile de décerner des distinctions à tout ce monde lors d'une seule cérémonie. Mais nous tenons à relever que rien ne nous arrêtera dans cette volonté de reconnaître et valoriser les anciennes gloires chaque fois que l'occasion se présentera.

À cet effet nous encourageons toutes les fédérations nationales à s'inscrire dans cette perspective en réactualisant constamment les listes des acteurs de développement du basketball dans leurs pays respectifs.

Dr Alphonse BILE  
Secrétaire Général



**SOMMAIRE**

**BON A SAVOIR**  
4  
Chapitre 3 dispositions administratives

**ARBITRAGE**  
5-10  
Comparaison des règles de basket nord américain  
Relations arbitres-entraîneurs

**BULLETIN DES ENTRAINEURS**  
11-13  
Le problème de la formation des jeunes (6-8-12 ans et 13-18 ans) et pédagogie de l'entraîneur  
La planification de l'entraînement

**BULLETIN MEDICAL**  
14-20  
Pathologies ORL en milieu sportif : cas du basketball  
Santé bucco dentaire et performances sportives  
Le pied d'athlètes

**GESTION ADMINISTRATIVE**  
21-24  
Le leadership au sein des organisations sportives  
Comprendre le temps

**TRIBUNE LIBRE**  
25  
Formation des officiels et cadres techniques de basketball enjeux et perspectives

**QUESTIONS- REponses**  
26







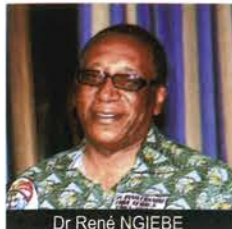






## BULLETIN MEDICAL

## PATHOLOGIES ORL EN MILIEU SPORTIF : CAS DU BASKETBALL



Dr René NGIEBE

Basketteurs et Basketteuses évoluant au haut niveau doivent faire face à des contraintes de diverses natures... Leur vie au quotidien est rythmée par les périodes "entraînement- compétition-voyages-entraînement-compétition..." avec quelques moments de loisirs.

Le Basketball n'est pas potentiellement un sport à risque. Le risque peut néanmoins se situer ailleurs que sur le parquet...

Les déplacements en avion représentent un facteur de risque relativement élevé avec un vol long, dans une atmosphère fraîche, sèche, viciée...

L'impact de la climatisation dans les lieux d'hébergement n'est pas à négliger...

Basketball, Sport de Salle, l'humidité ambiante est aussi facteur de risque...

Fluctuations climatiques, pollution atmosphérique, allergies..., stress constituent " l'environnement " de nos sportifs. Une prise en charge particulière et un suivi attentif des pathologies rencontrées s'avèrent indispensables surtout lorsque l'on sait que, selon certaines études, l'immunité des sportifs subit des variations notables à cause de ces activités intenses, les rendant dès lors assez vulnérables.

Localisée dans la Sphère des Voies Respiratoires Supérieures, la pathologie ORL est très invalidante pour la pratique du Basketball et est une des causes majeures d'absentéisme sur le terrain, après les traumatismes sportifs: les consultations ORL représentent en effet un pourcentage élevé avoisinant quelquefois celles des pathologies traumatiques en milieu sportif. S'il est avéré que les consultations de l'appareil locomoteur dominant, notamment avec l'entorse de la cheville, pathologie n°1 au Basketball, les consultations ORL sont le 2ème motif de consultations spontanées.

## CE QU'IL FAUT SA VOIR

Céphalées-rhume-otalgie-otorrhée-vertiges-acouphènes-épistaxis- asthénie... amènent à la consultation ORL régulièrement et assez souvent.

Outre les problèmes inflammatoires des oreilles, nez, gorge, sinus... (Otite, rhinite, rhinopharyngite, angine, sinusite...) dont peuvent souffrir les Sportifs comme tout être humain, la traumatologie sportive au Basketball fait état notamment d'épistaxis, de fractures du nez, de fractures du larynx, d'hématome péricondral avec des oreilles en "feuille de chou", d'abrasion de la peau du pavillon...

A titre illustratif, suite par exemple, à un "coup de coude" volontaire ou involontaire, le Basketteur (euse) peut souffrir de certaines lésions dont :

## Fracture de la pommette:

Une fracture tripartite impliquant le maxillaire, l'os malaire et l'os frontal, ce qui entraîne un "œil au beurre noir". Les tissus autour de l'œil et de la pommette sont enflés et l'éminence de la pommette peut être aplatie.

Bilan ophtalmologique et orl; radiographie en incidence de Blondeau; réduction et fixation chirurgicale des traits de fracture; repos medico- sportif „constituent la conduite-à-tenir.

## Fracture du nez:

Vu son relief proéminent, le nez est très exposé aux traumatismes qui peuvent obstruer les voies respiratoires nasales. Épistaxis (saignement du nez), œdème, ecchymose des tissus mous autour du nez peuvent accompagner la fracture du nez. Déviation de l'os propre du nez, déviation du septum nasal... peuvent aussi être notées.

Maîtriser l'épistaxis le cas échéant avec un tampon cellulosique dans chaque narine; drainage de l'hématome septal; radiographie; réduction de la fracture au 7ème-10ème jour du traumatisme après que l'œdème se soit estompé...; port d'un masque protecteur...est la conduite-à-tenir préconisée.

## Epistaxis:

À cause d'un traumatisme ou d'un mouchage trop fort, un saignement du nez peut survenir. Bilan ORL; compression du nez entre deux doigts pendant une dizaine de minutes; méchage du nez avec un pansement cellulosique;

cautérisation chimique ou le cas échéant électrocautérisation; surveillance des facteurs de coagulation et des plaquettes...

Constituent la principale conduite-à- tenir.

Par ailleurs, on peut signaler également des pathologies telles ;

## Barotraumatisme de l'oreille moyenne et des sinus:

Les facteurs prédisposant au barotraumatisme sont l'inflammation des muqueuses nasales due à l'infection des voies respiratoires supérieures, à l'allergie, à la rhinite vasomotrice, à la déviation de la cloison nasale dont le Basketball peut en être un des grands pourvoyeurs.

Pour rappel, l'oreille comprend trois parties: l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne.

L'oreille moyenne est une chambre remplie d'air reliée au nez et à la gorge par un canal appelé Trompe d'Eustache.

La pathophysiologie du barotraumatisme est basée sur la Loi de Boyle: lorsque la pression barotraumatique augmente, le volume d'air diminue... Les cavités contenant des gaz (sinus-oreilles-dents) sont affectées.

Des variations de pression sont ainsi notées lors des voyages en avion, au décollage et à l'atterrissage provoquant des douleurs dans les sinus et les oreilles, à cause d'un dysfonctionnement de la Trompe d'Eustache.

Lors d'un rhume, d'une sinusite ou d'une otite, l'inflammation des Trompes d'Eustache bloque la circulation de l'air et les tympans et les sinus peuvent en subir le contrecoup: c'est l'otite ou la si-



Nagnouma Coulibaly (Mali) blessée à l'épaule

nusite barotraumatique.

La classification établie par Haines et Harris (Stade I à Stade V) permet d'en évaluer l'importance.

Globalement, on peut noter en cas de barotraumatisme:

## Plaintes

- Céphalées
- Vertiges
- Acouphènes et Sensation d'oreilles bouchées (plénitude auriculaire)
- Rhinorrhée
- Obstruction nasale
- Eternuement

## Symptômes :

- Oalgies pressionnelles
- Acouphènes @ Otorragies
- Rupture tympanique

## Conseils préventifs :

- ne pas prendre l'avion « enrhumé »
- consulter son Médecin ou un orl
- débuter un traitement afin de ne pas voyager le nez « bouché »
- lavage d'oreilles pour tout bouchon de cérumen
- bien s'hydrater lors d'un vol long courrier.

Bâiller; mâcher chewing-gum ou bonbon; valsalva; décongestionnants; antihistaminiques...; consultation spécialisée ORL...constituent la conduite-à-tenir en ne perdant pas de vue la Liste des Interdictions de l'AMA pour les substances pouvant induire un test antidopage positif...

## Rhinite:

Rhinite allergique ou rhinite vasomotrice,



Dr Arsène Angama – Médecin de l'équipe de Côte d'Ivoire administrant des soins à joueur blessé

le nez congestionné et bouché rend la respiration difficile avec au bout une fatigue accentuée, susceptible de perturber le déroulement de l'entraînement et nuire à la performance en compétition, pour ce sport d'adresse qu'est le Basketball.

Rhinorrhée, éternuements, larmoiements, brûlures des yeux (libération d'histamine) sont notés...

Désinfectants nasaux; décongestionnants; antihistaminiques...doivent se trouver à portée de main.

## Angine :

Douleur à la gorge irradiant quelquefois à l'oreille, difficulté à avaler aliments et liquides, fièvre, asthénie...sont présentes.

À la veille d'une compétition, lorsqu'une angine survient, il est préférable de donner systématiquement des antibiotiques pour éviter toute complication éventuelle car la récupération de la condition physique pourrait prendre quelques jours et le programme établi en serait perturbé.

## CE QU'IL FAUT RETENIR:

• Dans nos contrées africaines, la saison sèche avec la "poussière" ou la saison des pluies avec "l'humidité accrue" accentuent la survenue des pathologies ORL.

• Une otite, un rhume, une angine...mal soignés peuvent éloigner le Basketteur ou la Basketteuse des parquets pendant plusieurs jours...

• Le traitement de ces pathologies doit tenir compte des substances et méthodes interdites par le Code Mondial Antidopage et, au besoin recourir au préalable à une demande d'autorisation à des fins d'usage thérapeutique...

• Une gifle ou un coup sur l'oreille, volontaire ou non, au cours de la pratique sportive, peut avoir de graves conséquences sur le tympan (déchirure du tympan-douleur intense-saignement-bourdonnements d'oreilles-vertiges-surdité...)

• Un coup sur la gorge (larynx ou trachée) peut entraîner suffocation de l'athlète et est une urgence de terrain à adresser au Spécialiste ORL...

• Un coup sur la face peut entraîner une fracture du nez qui sera réduite par le Spécialiste ORL: le Basketteur ou la Basketteuse pourrait reprendre la compétition avec un masque de protection...

• Le Basketteur ou la Basketteuse qui a des problèmes ORL non correctement ou insuffisamment pris en charge peut avoir une surprise peu agréable lors des voyages en avion (sensation de plénitude des oreilles, douleur extrême, surdité, vertiges...) au décollage et surtout à l'atterrissage...

## RECOMMANDATIONS

- Éviter de prendre l'avion "enrhumé"...
- Consulter son Médecin ou un Spécialiste ORL et débuter un traitement ad hoc afin de ne pas voyager le nez "bouché" ou avec une otite...
- Porter un masque de protection en cas de fracture du nez...
- Se protéger éventuellement les oreilles avec un serre-tête ou une protection en mousse de vinyl pendant la pratique sportive...
- Éviter de laisser la tuméfaction indolore du pavillon de l'oreille évoluer vers une oreille en "feuille de chou"...
- Éviter de prendre des médicaments sans tenir compte de la Liste des Interdictions de l'AMA
- Recourir au besoin au préalable à une AUT (autorisation à des fins d'usage thérapeutique)...

## COMMENTAIRES

Médecin des Equipes Nationales féminines de Basketball de la RDC de 1980 à 2002, Médecin du Sport et ORL (déformation), nos statistiques pour ces , Equipes relèvent que les pathologies ORL représentaient en moyenne 37% des pathologies répertoriées dans nos consultations dont 10% concernaient les oreilles, 17% le nez et les sinus, 3% de barotraumatisme et 7% diverses contusions et fractures OPN dans la sphère ORL.

## CONCLUSIONS

La fréquence élevée des pathologies ORL et leur caractère invalidant étant avérés; une visite médicale de non contre-indication sérieuse incluant l'avis du Spécialiste ORL, un suivi médical effectué avec application, une couverture éventuelle AUT notamment pour les corticoïdes..., bref une prise en charge particulière des pathologies ORL est de mise.

En cas de suspicion de trouble de la sphère ORL, il ne faudrait pas hésiter à confier nos Basketteurs et Basketteuses au Spécialiste ORL.



# SANTÉ BUCCO DENTAIRE ET PERFORMANCES SPORTIVES

## INTRODUCTION

L'odontostomatologie du sport est une adaptation de l'odontostomatologie aux risques que le sport peut faire courir à la santé bucco-dentaire du sportif et un suivi de la santé bucco-dentaire afin de ne pas perturber les performances des sportifs. Il y a de nombreuses années que les médecins-dentistes sportifs eux-mêmes pour la plupart s'intéressent aux problèmes bucco-dentaires spécifiques aux sportifs. Ainsi la médecine du sport comprend maintenant parmi tout un ensemble de disciplines médicales et d'attitudes préventives, la médecine dentaire. Celle-ci a pour objectif d'informer et d'orienter les sportifs de tous niveaux sur les problèmes dentaires pouvant résulter de leur activité. Le maintien d'une denture saine est d'une importance capitale pour le corps entier ; l'on soupçonne en outre les inflammations ou les infections dentaires d'avoir une influence négative sur la santé et, partant, sur les performances du sportif.

En effet, il est trop peu connu que les contre-performances sportives peuvent avoir une origine bucco-dentaire. Et pourtant cela s'est vu même au plus haut niveau (jeux olympiques, championnat du monde). C'est pourquoi on ne peut plus ignorer la nécessité du contrôle et de la surveillance bucco-dentaire, dans le cadre médico-sportif, fait par des spécialistes. Il semblerait maintenant anachronique de ne s'intéresser qu'aux appareils locomoteur, respiratoire, circulatoire... et de négliger le « manducateur », tout aussi indispensable, à bien des points de vue. Outre donc cet aspect préventif, les problèmes bucco-dentaires des sportifs peuvent se situer dans deux principaux domaines : celui de la traumatologie et celui de la physiologie.

## I-RAPPEL ANATOMIQUE

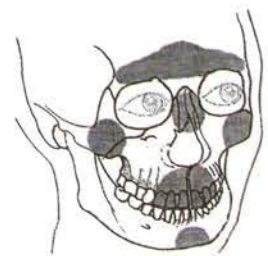
Avant toute approche plus profonde en rapport avec les pathologies du complexe oro-dento-maxillo-facial, il convient d'en connaître l'anatomie qui sera décrite de façon didactique à travers une organisation en trois parties distinctes pour des raisons de compréhension.

## A- LA SPHERE MAXILLO FACIALE

L'architecture du massif facial s'organise autour de structures résistantes réalisant les piliers et poutres du massif facial (figure 1). Un système vertical comprend deux piliers antérieurs (naso-ethmoïdo-frontal), deux piliers latéraux (malaire et zygomatique) et deux piliers postérieurs (ptérygoïdiens). Le système horizontal comprend une poutre supérieure frontale, une poutre moyenne sous orbitaire et malaire et une poutre inférieure maxillaire. A ces structures résistantes s'associent des structures fragiles papyracées représentées par les parois profondes de l'orbite et les parois et cloisonnements des sinus. Les fractures du massif facial s'organisent autour de cette architecture.

Les piliers et poutres, destinés à amortir les sollicitations habituelles des forces masticatrices, résistent bien aux impacts verticaux. Les forces horizontales (impacts antéro-postérieurs+++ et latéraux) entraînent des fractures horizontales, perpendiculaires aux piliers. On pourrait comparer ces piliers aux pieds d'une table qui résistent bien aux forces d'appui mais très mal aux forces latérales.

Pour ne pas compromettre l'esthétique et la fonction masticatrice la thérapeutique devra rétablir le jeu des piliers et des poutres. Les structures papyracées sont le siège de fractures plus complexes en mosaïque avec enfoncement. La fréquence des chocs antéro-postérieurs rend particulièrement vulnérables les parties saillantes de la face. Le menton, la pyramide nasale et la glabelle ont été dénommés "pare choc" de la face, en fait ce sont de ces zones les plus exposées qui se comportent comme de véritables coins enfonçant les structures sous-jacentes



La face présente :  
 - Quatre pare-chocs médians= frontal, nez, maxillaire supérieur, mandibule  
 - Deux pare-chocs latéraux = zygomatiques,  
 Le maxillaire supérieur de par sa position en saillie, est le pare-choc principal du massif facial

Figure 1 : les pare-chocs de la face

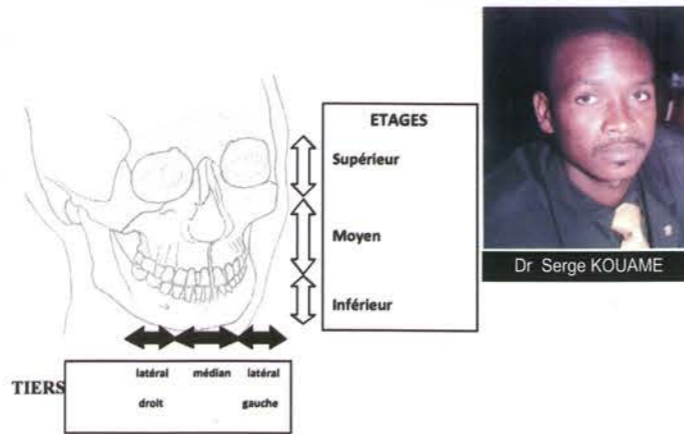


Figure 2 : les étages et secteurs de la face

La face peut ainsi être divisée en trois étages horizontaux et trois secteurs verticaux :

- l'étage supérieur naso-ethmoïdo-frontal marque la frontière avec l'endocrâne (étage antérieure de la base du crâne). Les lésions de cet étage sont très souvent associées à une brèche ostéo-méningée qu'il faudra soupçonner de principe.
- l'étage moyen comprend le maxillaire au centre et les zygomatiques (malaires) en dehors.
- l'étage inférieur représenté par la mandibule.
- un tiers vertical médian
- deux tiers verticaux latéraux droit et gauche

Il faut également souligner que la mandibule et le maxillaire portent les dents (et les germes dentaires chez l'enfant) dont les rapports anatomiques définissent l'occlusion dentaire. En cas de déplacement, rétablir l'articulé normal est une obligation thérapeutique. Par ailleurs, les fractures de la partie dentée sont par définition des fractures ouvertes. En effet la muqueuse est adhérente au rebord alvéolo-dentaire et toute fracture est responsable d'une déchirure muqueuse.

La mandibule s'articule avec la base du crâne par les deux articulations temporo-mandibulaires (ATM). Les fractures sont fréquentes et souvent méconnues.

## B- LA SPHERE BUCCALE

La bouche permet de communiquer, de s'alimenter. Elle est également le reflet de la personnalité. Il faut savoir que toutes pathologies des constituants de la cavité buccale peuvent avoir une incidence sur l'individu car la bouche est le carrefour des échanges du corps humain. Ces pathologies sont susceptibles d'atteindre toutes les parties de la cavité buccale que voici :



Figure 3 : la cavité buccale

## C- L'ORGANE DENTAIRE

Maillon essentiel de l'équilibre de la cavité buccale et de la santé bucco-dentaire, l'organe dentaire constitue également le plus souvent la principale source de tous les désagréments bucco-dentaires. La compréhension de la symptomatologie infectieuse et surtout douloureuse liée à la dent, passe par une connaissance anatomique de cet important organe ainsi que de tous les autres éléments qui l'entourent. (Figure 4)

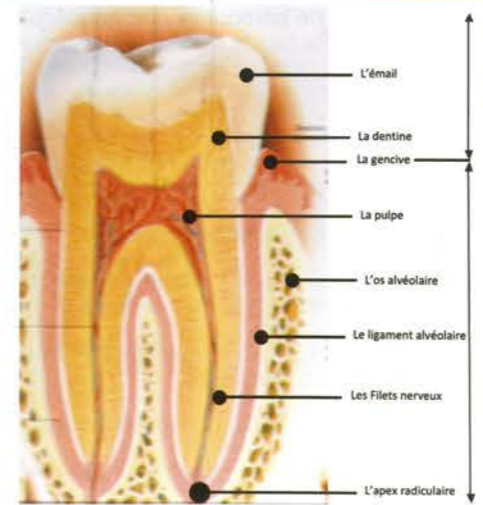


Figure 4 : Schéma de l'organe dentaire

Au terme de ce chapitre fondamental sur la connaissance anatomique des différentes composantes de la sphère oro-dento-maxillo-facial, il devient donc aisé de décrire les pathologies spécifiques liées à chaque structure.

## II- ODONTO STOMATOLOGIE DU SPORT

- L'odontostomatologie du sport va se rapporter :
- d'une part aux différents traumatismes maxillo-faciaux dus à la pratique du sport et
  - d'autre part aux différentes lésions bucco-dentaires existantes de façon courante et qui peuvent être accentuées par la pratique sportive.

## A- LES TRAUMATISMES DENTO-MAXILLO-FACIAUX

Toutes les disciplines sportives n'ont pas la même fréquence d'accidents bucco-dentaires ; le classement varie selon les auteurs mais on retrouve rugby, handball, boxe, basketball, cyclisme, gymnastique, ski, sports équestres, etc. La traumatologie de la tête arrive en troisième position dans le classement des pathologies les plus fréquentes de la pratique sportive derrière les membres inférieurs et supérieurs. Le massif facial est impliqué en moyenne dans 10% des traumatismes sportifs avec des variations allant de 40% pour la boxe à 3% pour le parachutisme. La fracture de la mandibule atteint 12% des accidents faciaux, les accidents bucco dentaires en représentent 2,5%.

La traumatologie dento-maxillo-faciale dépend de plusieurs facteurs :

- Anatomiques (rapports intermaxillaires et inter-dentaires...)
- Histologiques (défaut de minéralisation des os, porosité des tissus dentaires...)
- Individuels (fatigue, agressivité, maladresse, négligences de règles et consignes de jeu...)
- Généraux (accessoires de sport, environnement de pratique, climat, actions de supporteurs..)

Les traumatismes affectent les supports osseux (figure 5, figure 6, figure 7) et l'organe dentaire (figure 8). Par ailleurs, précisons que ces traumatismes peuvent parfois s'accompagner de blessures au niveau des parties molles (lèvres, joues, langue, arcades sourcilières, etc.).

### • Les traumatismes osseux

Les fractures de Lefort (figure 5) sont des fractures horizontales du maxillaire :

- Lefort I : le trait de fracture passe au dessus des apex dentaires, par la partie inférieure des ptérygoïdes et le bord inférieur de la cloison nasale
- Lefort III : le trait latéral chemine par la partie moyenne des os propres du nez, l'apophyse montante de du maxillaire supérieur, le sinus maxillaire, les ptérygoïdes. Le trait médian sectionne la cloison nasale
- Lefort III : le traits au nombre de quatre, coupent les os propres du nez, l'apophyse orbitaire du frontal, l'os lacrymal, l'os planum, les ptérygoïdes pour le premier ; la face latérale de l'orbite pour le deuxième ; le zygoma pour le troisième ; la cloison nasale, l'ethmoïde et le vomer pour le quatrième.

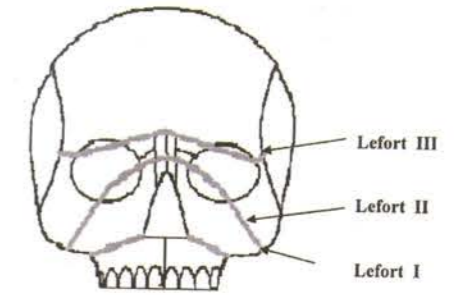


Figure 5 : fractures maxillaires de Lefort

La disjonction intermaxillaire (figure 6) est une fracture maxillaire dans le sens sagittal (d'avant en arrière)

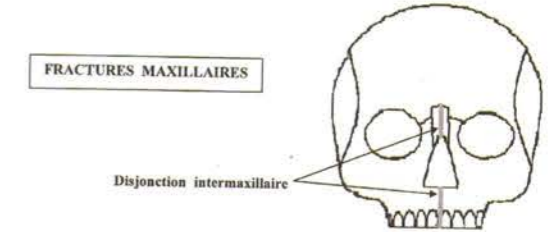


Figure 6 : disjonction intermaxillaires

Les fractures mandibulaires (figure 7) se distinguent en :

- Fractures symphysaires et parasymphysaires comportant un trait médian ou paramédian unilatéral parfois bilatéral
- Fracture de la branche horizontale avec un trait souvent oblique de haut en bas et d'avant en arrière entre canine et deuxième molaire
- Fracture de la branche montante en trait de fracture horizontal
- Fracture de l'angle dont le trait est grossièrement la bissectrice de l'angle, passant souvent par une dent de sagesse incluse
- Fracture du condyle articulaire ou extra articulaire
- Fracture du coroné

Précisons que l'on peut observer des tableaux cliniques qui associent plusieurs types de traits de fractures.

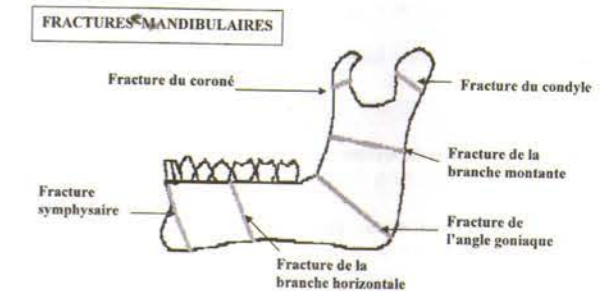


Figure 7 : les fractures mandibulaires

Dans les sports d'équipe, ces accidents osseux du massif facial sont fortuits, principalement dus à une agressivité de certains joueurs. Par contre dans les sports de combat, les contacts sont volontaires. Les déplacements des fragments sont fonction de la nature du choc et des insertions musculaires.

Un rapide bilan des fonctions vitales (perte de connaissance, chute de la langue, vomissements, mydriase unilatérale, hémorragies) s'impose avant le bilan des lésions de la face. Les fonctions ventilatoire et cardiaque demande une attention primordiale avant l'examen des traumatismes.

### •Les traumatismes dentaires

Les lésions dentaires affectent l'organe dentaire et son attache ; elles peuvent être isolée ou multiples. Elles affectent le plus souvent les incisives supérieures (figure 8).

La lésion dentaire isolée est rare, les tissus voisins sont atteints, notamment les lèvres supérieures fréquemment écrasées entre les dents et la cause du trauma. La langue est souvent sujette à des morsures lors des chocs. Les fractures alvéolaires sont fréquentes lors des luxations (expulsion plus ou moins complète de la dent). Les fractures alvéolaires ont un pronostic favorable après réduction et immobilisation.

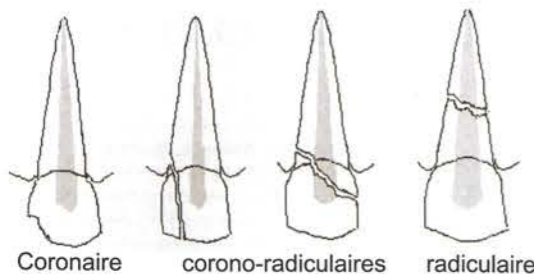


Figure 8 : fractures dentaires

**B- LES LESIONS INFECTIEUSES INTRA BUCCALES CHEZ LE SPORTIF**

Dans ce chapitre les lésions qui seront décrites vont concerner tous les tissus de la cavité buccale y compris les dents à proprement parlé. Soulignons par ailleurs que certaines pathologies buccales affectent les muqueuses linguale, jugale et labiale peuvent se transmettre par des objets mis en bouche. Une éviction temporaire du porteur de ces lésions et une hygiène correcte du matériel doivent éviter la propagation de ces pathologies.

**• Bouche sèche**

Les efforts sportifs prolongés provoquent une respiration essentiellement buccale qui inhibe la salivation. On observe alors un assèchement des muqueuses buccales. Enfin, des états émotionnels la veille ou lors des épreuves importantes peuvent aussi conduire à une sécheresse buccale.

La sécheresse buccale est une sensation ressentie par une majorité de sportifs. Souvent liée à l'anxiété, elle se manifeste aussi du fait de la déperdition hydrique lors des efforts physiques. Le sportif a besoin d'un apport important d'eau, très supérieur aux 1,5 litres de moyenne journalière. Ce besoin est fonction des facteurs climatiques (température, vent, humidité) et des spécificités sportives.

La respiration buccale assèche les muqueuses dont le tabagisme peut avoir déjà amoindri les défenses. Des médicaments (tranquillisants, diurétiques, anti-inflammatoires,...) collaborent aussi au phénomène de la bouche sèche.

Par ailleurs, la salive joue un rôle essentiel dans la tenue en bouche des prothèses et orthèses ; la sécheresse salivaire remet en cause, dans le domaine sportif, le port de protections dento-maxillaires ( Il est à noter qu'en altitude, en hypoxie, le débit salivaire est augmenté).

Cette diminution de la salive a pour conséquence un abaissement des défenses bucco-dentaire :

- Au niveau mécanique par la disparition du nettoyage grâce au flux salivaire
- Au niveau chimique par la réduction du taux des enzymes ayant un pouvoir tampon

Les maladies parodontales et les caries sont alors favorisées ainsi que l'évolution des affections focales.

**•Les maladies parodontales (parodontopathies)**

Les maladies parodontales sont définies comme les maladies des tissus de soutien de l'organe dentaire. Ces affections vont s'attaquer à l'os alvéolaire (de façon préférentielle) et l'attache de l'organe dentaire au niveau de l'os (desmodonte). L'évolution de ce phénomène qui peut être progressive du fait d'une hygiène buccale déficiente, va connaître chez le sportif une ampleur fulgurante et une précocité inhabituelle.

En effet, des études ont mis en évidence une fréquence importante d'alvéolyses précoces chez plus d'un tiers des sportifs de haut niveau. Il s'agit de résorption, de vieillissement prématuré des tissus de soutien de l'organe dentaire. (Figure 9)



Poche parodontale d'environ 3 à 4 mm de profondeur due à la perte d'attache gingivale  
Résorption de l'os alvéolaire (alvéolyse)

Figure 9 : Installation de la maladie parodontale

Outre les facteurs habituels de parodontolyses consécutifs à un mauvais état buccal (tartre), chez le sportif, interviennent des étiologies particulières telles que le stress de la compétition, les prises de médicaments (diurétiques, tranquillisants,...), les habitudes alimentaires (beaucoup de glucides), les mauvaises hygiènes bucco-dentaires, la respiration buccale, les avulsions multiples, les dysharmonies dento-dentaires, les parafunctions (bruxisme, surcharge occlusales) et le tabagisme.

**• les lésions infectieuses de l'organe dentaire :**

la carie dentaire

La carie dentaire est la base du foyer dentaire infectieux. Le processus carieux est subordonné à plusieurs facteurs :

- la résistance structurelle de l'émail
- la composition de la salive, élément protecteur de la dent
- l'alimentation, notamment les glucides
- la plaque dentaire

La carie est une maladie bactérienne qui détruit les tissus minéralisés de la dent. (Figure 10)

Elle débute par une attaque de l'émail (étape 1). La lésion progresse vers la pulpe par cavitation de la dentine (étape 2). La pénétration microbienne dans les tubulis dentinaire amène la carie vers une phase aigue avec inflammation de la pulpe par les toxines microbiennes (étape 3). L'évolution terminale de cette infection dentaire non traitée est la formation de granulome (kyste) au niveau des apex dentaires (étape 4). Ces kystes dans leurs phases de réchauffement sont à l'origine des abcès et plus loin des cellulites d'origine dentaire.

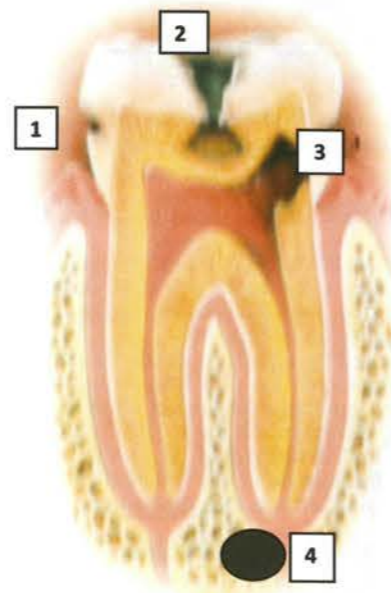


Figure 10 : Les étapes de l'évolution du processus carieux

**•Les infections focales**

La pulpe de la dent se compose d'un nerf, d'une artériole et d'une veinule au sein d'un tissu conjonctif. Des agressions septiques par ouverture de la chambre pulpaire ont pour conséquence, à plus ou moins long terme, une mortification pulpaire créant ainsi, un foyer infectieux. Ces foyers dentaires déversent leurs produits septiques dans la circulation générale, en quantité minimes, mais de façon prolongée, engendrant un état septicémique latent qui se traduit par des manifestations secondaires localisées à un organe distant du foyer primitif

Ainsi l'infection focale est une infection secondaire qui peut provenir d'un foyer primaire parfois très éloigné du foyer secondaire. Les infections dentaires apicales sont souvent à l'origine de ces infections secondaires. Leurs conséquences se manifestent à distance dans les différents appareils du corps humains (figure 11) :

- Cardiaque (endocardites, affections vasculaires ou myocardiques)
- Respiratoire (asthme, pleurésie)
- Urinaire (néphrites)
- Digestif (gastrites septiques)
- Locomoteur (tendinites, arthrites, myosites)
- Ophthalmique (conjonctivite, névrites, iritis)
- Cutanée (dermatoses, eczéma, pelade)

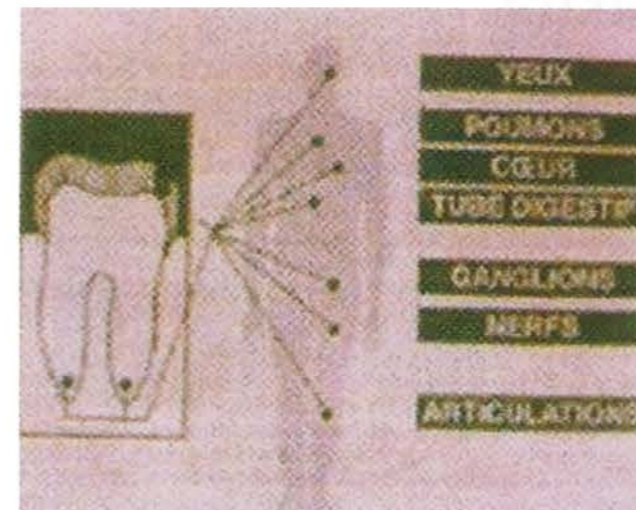


Figure 11 : infections focales

Un niveau souvent atteint et très préoccupant pour le sportif est constitué par les muscles et les tendons. Les foyers infectieux dentaires jouent le rôle d'épine irritatives, de causes déclenchantes dans ces troubles musculo-tendineux. La théorie allergique pourrait être retenue dans ces cas.

Au terme de ce chapitre sur les infections intra buccales, soulignons que ces pathologies vont perturber l'organisme du sportif en lui demandant une réponse de ses moyens de défenses et en lui faisant assimiler des médicaments

**III- IMPACTS DES MALADIES BUCCO-DENTAIRES SUR LA PERFORMANCE SPORTIVE**

D'après une étude du Dr PAYEN à l'INSEP (Paris), portant sur 212 sportifs de haut niveau, un problème dentaire occasionna une contre-performance, au niveau national ou international, chez 14,6% de la population interrogée (soit plus de 1 sur 7) et perturba leur entraînement pendant plus d'une semaine chez 20,7% (soit 1 sur 5).

Soulignons par ailleurs que les douleurs de la sphère orale ont un caractère anxiogène. Apparaissant sur un terrain où le stress de l'effort est conséquent, elles prennent une importance qui contrarie toute cette belle machine qu'est le corps de l'athlète. Il est ainsi très dommage d'annihiler toute une préparation physique et psychologique de plusieurs mois, voire plusieurs années, pour une simple négligence de surveillance bucco-dentaire.

A côté de ces contre-performances d'origine bucco-dentaire, la remise en état d'un état buccal (pathologies infectieuses, correction d'occlusion...) est un facteur non négligeable d'une amélioration des performances sportives.

En effet, le stress permanent lors des compétitions sportives peut être à la longue source de l'apparition du Syndrome Articulo-Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur (SADAM). Ainsi l'équilibrage de l'occlusion par meulages sélectifs et/ou port de gouttières soit de relaxation ou de repositionnement articulaire contribue à la résolution de cette pathologie complexe dont le diagnostic différentiel est peu évident. Il s'en suivra de toute évidence une amélioration des performances sportives qui ont baissées du fait de ces douleurs permanentes et irradiantes au niveau des muscles et des articulations de la sphère maxillo-faciale.

En effet, des travaux de BARRET (1993) ont montré que le rétablissement d'une occlusion optimale par le port d'une gouttière pouvait permettre une augmentation de la force musculaire. L'étude réalisée sur différents muscles chez 25 sujets a donné les résultats suivants :

| Muscles             | Sans gouttière | Avec gouttière |
|---------------------|----------------|----------------|
| Biceps gauche       | 3              | 13             |
| Biceps droit        | 4              | 15             |
| Delhoïde gauche     | 2              | 10             |
| Delhoïde droit      | 5              | 13             |
| Serrage main gauche | 13             | 66             |
| Serrage main droit  | 20             | 75             |

D'autres publications ont également prouvé que ces gouttières amélioreraient des perforaient des performances dans diverses disciplines (basketball, haltérophilie, football...) et même chez les chevaux.

**IV- CONDUITE A TENIR**

**• Les protections dento-maxillaires**

Nous distinguons les protections extra orales et les protections intra orales.

La protection dento-maxillaire doit en se posant sur le par choc facial qu'est le maxillaire supérieur en général, éviter les lésions des parties molles, des dents, du squelette facial et des articulations temporo-mandibulaires.

Elle devra répondre à des principes :

- Isoler les lèvres des dents
- Protéger les dents maxillaires contre les chocs directs
- Amortir les contacts occlusaux
- Solidariser les deux maxillaires

Ces principes s'accompagnent d'impératifs fonctionnels ; la protection doit permettre au sportif :

- De respirer par la bouche, même mandibule bloquée
- D'avaler (salive, boissons)
- De parler

Enfin stabilité et rétention doivent être excellentes pour ne pas créer d'effets iatrogènes et faciliter l'intégration de la protection dans le système somatognathique.

**• Le détartrage**

Il faut signaler que l'état de santé de la gencive (parodonte) peut avoir un impact sur les risques liés aux composants du système cardio-vasculaire. En effet lors d'un congrès de l'Américan Hearth Association à Orlando (Etats Unis), l'intervention du docteur Tai-wanais Zu-Yin Chen a permis d'obtenir des données concrètes. Ambitieuse, son étude a duré huit ans, pendant lesquels 100 000 personnes ont été suivies. Et les résultats sont édifiants : le docteur Zu-Yin Chen a en effet démontré qu'un détartrage réalisé régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par an, permettait de réduire de 24% le risque d'infarctus du myocarde et de 13% celui d'un accident vasculaire cérébral (AVC).

**•Hygiène dentaire**

Le brossage bien fait, à la fréquence nécessaire a pour but le maintien de dents saines et l'élimination de la plaque dentaire. La brosse à dents manuelle ou électrique doit être à poils souples en fibres synthétiques et maniable. Un brossage deux fois par jour n'est pas suffisant. Il est impératif de se brosser après chaque repas.

**CONCLUSION**

De tout ce qui précède, il apparait qu'il faut, mieux encore informer et motiver les sportifs pour que leur surveillance bucco-dentaire ne soit pas négligée soit de leur fait ou de celui de l'organisme déficients en la matière.

En effet, faire du sport a un retentissement sur les paramètres de la sphère buccale dont il faut tenir compte en odontologie.

La première intervention pour réduire les risques doit se faire au niveau des règles de chaque discipline sportive. Là, est le rôle primordial d'une commission médicale fédérale : celui de conseiller.

Il faut que l'encadrement technique puisse être averti par des praticiens compétents des conséquences sur la santé des athlètes. Il doit être le premier à motiver son sportif de la nécessité d'un bon état bucco-dentaire et lui faire entrevoir les risques d'accidents. Trop peu de fédérations sportives obligent leurs pratiquants à porter des protections dento-maxillaires alors que les risques encourus sont grands.

Autre niveau de prévention : les installations sportives. Les équipements doivent être l'objet d'une attention particulière : poteaux à protéger, tables ou chaises trop proches de l'aire de jeu, panneaux publicitaires mal placés...

Enfin, la prévention individuelle concerne le pratiquant lui-même et le matériel sportif personnel doit être bien entretenu et surtout adapté au sujet.

## LE PIED D'ATHLETES



Dr Eric ALLANGBA

Parmi les désagréments dont sont victimes les sportifs, "le pied d'athlète" ou encore "athlètes foots" en anglais, occupent le haut du pavé.

Il s'agit de lésions cutanées dues à des champignons microscopiques que l'on appelle dermatophytes. Ces lésions s'observent en général au niveau des 3ème

et 4ème espaces inter-orteils du pied.

Le pied d'athlète se manifeste au début par des sensations de démangeaisons, localisées aux derniers espaces inter-orteils du pied. Très vite, la peau du pli inter-orteil devient blanchâtre, parfois verdâtre ou même noirâtre.

Elle s'effrite et s'enlève facilement car fragilisée. On dit qu'elle desquame. Il se dégage également une odeur nauséabonde.

L'apparition au fond du pli d'une fissure rouge vif, suintante et douloureuse, signe la surinfection de la lésion.

Les complications sont caractérisées par l'extension des lésions aux autres espaces inter-orteils, au dos et à la plante du pied. Ce tableau peut se compliquer d'une atteinte des ongles (onychomycose), plus longue et plus difficile à traiter. Ces lésions peuvent gêner considérablement la marche et surtout les activités sportives.

Pour mieux lutter contre cette mycose, il est intéressant d'en



Plante des pieds

connaître le mode de survenue. Le ruissellement de la sueur sur la peau et son évaporation, permettent d'éliminer en grande partie la chaleur produite par l'organisme à l'effort. Dans des conditions d'activités physiques minimales, de même qu'à de très basses températures, il persiste toujours une fine transpiration qui s'évapore aussitôt, sans mouiller la peau. C'est la perspiration. Elle permet de maintenir la peau fraîche et hydratée. Elle représente environ jusqu'à 1,5 litres en perte d'eau journalière !

La pratique sportive régulière, les entraînements, les compétitions de même que les phénomènes de mode, imposent le port de chaussures de sport fantaisistes, fermées, en matière synthétique, pendant une période plus ou moins longue de la journée. L'accumulation et la stagnation de la sueur, au niveau des pieds, dans les chaussures, provoquent des phénomènes de macération, favorisant ainsi le développement de colonies de champignons et de microbes.

Ces colonies s'attaquent alors à une peau déjà fragilisée par la macération.

C'est le point de départ du pied d'athlète.

Le diagnostic de certitude est obtenu à partir de l'examen au laboratoire d'un prélèvement au niveau des lésions.

Le traitement quant à lui est simple et n'attend pas les résultats du laboratoire pour être mis en route.

Il se résume en l'application locale de crèmes antifongiques et antiseptiques pendant 4 à 6 semaines. Il est également possible de faire des bains de pieds. Le traitement doit être assez long pour éviter les récurrences.

Un traitement par voie orale est également possible afin de détruire un éventuel foyer digestif. Actuellement il existe des médicaments assez efficaces qui ne requièrent qu'une seule application du produit pour le traitement ! La désinfection du matériel de sport ne doit pas être oubliée. Il s'agit des chaussures, des chaussettes, des tapis de bain, des serviettes, etc.

Plus importantes sont les mesures de prévention.

Celles-ci consistent à lutter contre tous les facteurs qui entretiennent une ambiance chaude et humide au niveau des pieds. Ceci afin de combattre les phénomènes de macération. Ainsi, dès la fin de l'activité sportive, les chaussures doivent être retirées et placées à sécher dans un endroit sec et aéré. Les pieds doivent être lavés à l'eau et au savon. Il est également conseillé de bien les sécher avant de se rechausser.

Le port de chaussures de bain est fortement recommandé lorsque l'on utilise des douches communes. Il faut privilégier le port de sandales ou de chaussures bien aérées en dehors des activités sportives. Le contact prolongé des pieds avec les matières synthétiques est à éviter autant que possible.

Il faut toujours mettre des chaussettes, de préférence en coton, avant le port de chaussures fermées, ces chaussettes doivent être régulièrement changées et nettoyées. Les effets de sport (chaussures, chaussettes, vêtements, serviettes et autres accessoires) ne sont pas d'usage collectif mais bien d'usage strictement personnel ! Il est à noter que les tapis ou surfaces de sports où l'activité se pratique les pieds nus, sont de grandes pourvoyeuses de pieds d'athlètes. Elles méritent d'être nettoyées régulièrement !

Enfin, pour terminer, voici une astuce qui permet de lutter efficacement contre les mauvaises odeurs. Il suffit de saupoudrer généreusement, de temps en temps, l'intérieure des chaussures de sport, à l'aide d'une poudre antifongique disponible en pharmacie ou d'y introduire un morceau de charbon tout simplement, et... Adieu les odeurs !



Ongles



Héroès Circiné

## GESTION ADMINISTRATIVE

### LE LEADERSHIP AU SEIN DES ORGANISATIONS SPORTIVES



Nouredine TABOUBI Arbitre Honoraire FIBA &amp; de la Fédération Française de Basketball. Professeur à l'Institut Supérieur du Sport et de l'Éducation Physique de l'Université de Tunis

Le leadership doit être présent dans chaque situation afin que les choses puissent bien se faire. Les leaders donnent des directives et aident chacun à se diriger vers les buts fixés. Bien que les différences entre la gestion et le leadership s'expliquent de diverses manières, un consensus général établit que le leadership a trait à la capacité d'un homme ou d'une femme à influencer les autres à poursuivre les objectifs organisationnels. Cela signifie que, même si tous les dirigeants devraient être capables de diriger, tous les leaders ne deviendront pas des dirigeants. En effet, le leadership n'est pas forcément lié à l'occupation d'une fonction spécifique au sein de l'organisation.

L'expérience, les tentatives et les erreurs, l'épanouissement et le développement personnels sont autant de facteurs qui contribuent au processus de création d'un leader ; cela ne se fait pas du jour au lendemain.

Le sport offre d'innombrables occasions d'utiliser et de développer des capacités de leadership, que ce soit pour les athlètes, les spectateurs, les arbitres, les techniciens, les organisateurs, les professionnels de la santé, les formateurs et les entraîneurs.

Les leaders sont vus comme performants lorsqu'eux-mêmes et les membres du groupe auquel ils appartiennent ont la sensation que leurs besoins sont comblés. La relation est donc basée sur un échange équitable. Afin de parvenir à ce résultat, vous devrez développer les compétences spécifiques aux responsabilités sportives qui vous incombent et appliquer aisément ces compétences à toutes les situations, aussi bien agréables que difficiles. Cela implique que, pour être un leader performant, vous devrez être « centré sur la tâche », c'est-à-dire être capable d'obtenir que le travail soit fait.

Vous devrez également être « axé sur le processus », c'est-à-dire être concentré sur l'établissement de relations interpersonnelles saines. Les leaders centrés sur la tâche se concentrent sur ce qui est requis pour son exécution, comme les ressources nécessaires et les activités qui doivent être réalisées. Les leaders axés sur le processus se concentrent, eux, sur la manière dont la tâche est réalisée et sur la cohésion du groupe. Vous devez traiter les gens décemment tout en parvenant à les inciter à être performants dans leur travail. L'un ne va pas sans l'autre.

#### NATURE DU LEADERSHIP

Le leadership peut être défini, au sens large, comme la capacité à influencer le comportement d'autrui. En tant que leader, vous devez motiver, donner des directives et déléguer les responsabilités et l'autorité aux bénévoles. Vous devez leur lancer le défi d'exécuter le travail, de résoudre les problèmes et de prendre des décisions pour parvenir à leurs buts et objectifs. En retour, vous serez respecté pour votre engagement, votre travail, votre sagesse, votre personnalité, votre impartialité et votre considération d'autrui.

Malheureusement, être un leader reconnu dans une situation ne garantit pas forcément la même réussite dans un autre contexte. La situation en elle-même a un rapport direct avec les types de leaders qui vont émerger et le succès qu'ils vont remporter. L'efficacité d'un leadership semble résulter d'au moins trois facteurs complexes : l'individu, les besoins des personnes dirigées et les conditions de l'environnement immédiat.

#### • L'individu :

Les qualités individuelles ayant un impact direct sur l'efficacité d'un leader sont :

• **âge et expérience** : les compétences sont souvent accrues avec l'âge et l'expérience.



Présentation de mode de gestion de la fédération tunisienne de basketball – congrès Mi-mandat Nov.2012 (Caire –Egypte)

Dans certaines cultures, le seul fait d'être plus âgé suffit à prouver que vous êtes un bon leader ;

• **compétences techniques** : si la tâche requiert des aptitudes techniques, les personnes compétentes en la matière seront souvent considérées comme des leaders ;

• **style** : un bon leader est capable d'adapter le style de son leadership à la situation. Il est également capable de passer d'un leader « centré sur la tâche » à un leader « axé sur le processus » suivant le cas ; 2

• **pouvoir au sein de l'organisation** : les personnes occupant des postes à responsabilité sont souvent considérées comme des leaders. Il est évidemment plus facile d'influencer les gens si vous vous situez en haut de l'organisation plutôt qu'en bas ;

• **qualités personnelles** : les bons leaders sont stables, patients, empathiques, justes, équitables et ont des capacités à bien communiquer.

• **Les besoins des personnes dirigées** : Pour pouvoir être un bon leader vous devrez être capable de comprendre les besoins de ceux que vous allez diriger. La personnalité, les caractéristiques, le caractère et le comportement des personnes dirigées ont un impact important sur l'efficacité de leur leader. Les caractéristiques suivantes ont des répercussions sur le leadership :

#### • besoin d'affiliation :

le besoin de faire partie d'un groupe variera d'une personne à l'autre. Vous devrez travailler de manière variée avec des personnes différentes ;

#### • besoin de réussite :

le besoin d'accomplir la tâche requise et l'importance que représente le besoin de réussite variera d'une personne à l'autre. Vous devrez le prendre en considération au moment de l'attribution des tâches ;

• **récompenses privilégiées** : les individus sont motivés par des choses diverses. En tant que leader, vous devrez savoir ce qui stimule chaque personne que vous dirigez ;

• **besoin d'indépendance** : certains individus ne vous demanderont pas plus que des commentaires réguliers et peut-être une certaine assurance. D'autres auront besoin de discuter de chaque détail avec vous ;

• **soumission à l'autorité** : certains individus n'aiment pas être dirigés tandis que d'autres vous demandent

de les surveiller de près et de garder un œil sur leur travail ;

- tolérance de l'ambiguïté : tandis que vous devrez donner des consignes claires et concises à certains individus, d'autres se plairont à travailler dans des situations en perpétuel changement.

Le rapport entre les caractéristiques des personnes dirigées et votre efficacité en tant que leader est, entre autres, déterminé par le fait que certains types d'individus répondent à certains styles de leadership. À titre d'exemple, une personne dont les caractéristiques sont les suivantes sera mieux dirigée par un leader « centré sur la tâche » :

- faibles besoins d'affiliation ;
- importants besoins de réussite ;
- préférence pour des récompenses matérielles ;
- fort besoin d'indépendance ;
- grande soumission à l'autorité ;
- faible degré de tolérance de l'ambiguïté.

À l'inverse, une personne dont les caractéristiques sont les suivantes sera mieux dirigée par un leader « axé sur le processus » :

- grands besoins d'affiliation ;
- faibles besoins de réussite ;
- préférence pour des récompenses intrinsèques ;
- faible besoin d'indépendance ;
- faible soumission à l'autorité ;
- haut degré de tolérance de l'ambiguïté.

En réalité, la plupart des gens ont besoin d'un mélange des deux, en fonction de la tâche et de la situation.

#### • Conditions de l'environnement immédiat :

La situation à laquelle vous devez faire face en tant que leader est le troisième facteur qui a une incidence sur votre émergence et votre efficacité.

#### Voici quelques exemples de facteurs environnementaux :

- nature de la tâche : la tâche est-elle nouvelle, standard, complexe ou simple ?
- niveau de stress :
  - quel est le degré d'importance de la tâche pour l'organisation ?
  - Quelles sont les conséquences si la tâche n'est pas accomplie ou si une erreur est commise ?
- définition des rôles : chaque personne a-t-elle un rôle clairement défini ou les collaborateurs doivent-ils endosser des rôles en fonction des circonstances ?
- taille du groupe : y a-t-il assez ou trop de personnes dans le groupe pour travailler de manière efficace ?
- contraintes de temps : le temps imparti pour accomplir la tâche est-il suffisant ou trop important (entraînant une perte de temps) ?
- dépendance de la tâche : à quel point l'accomplissement de la tâche dépend-il de la réalisation d'autres tâches et de personnes extérieures au groupe ?

Un leader « centré sur la tâche » excellera lorsque la nature de la tâche est structurée, le niveau de stress élevé, les rôles clairement définis, le groupe de grande taille et les délais serrés. Un leader « axé sur le processus » excellera, lui, lorsque les caractéristiques seront plus proches du tableau inverse.

La première responsabilité qui vous incombe, en tant que leader, est la gestion des ressources humaines du groupe, en fonction des contraintes de la situation. Cela nécessite une solide communication ainsi qu'un climat de confiance et d'honnêteté. Vous devez aussi avoir conscience de vos qualités personnelles et de celles du groupe. Les individus sont stimulés par la satisfaction et le sentiment d'accomplissement qui découlent de l'activité.

Reconnaître quels individus seront les plus adaptés à chaque situation avant de déléguer en conséquence est le meilleur moyen de réussir en tant que leader.

#### • Qualités du leadership :

Il n'existe pas de liste recensant tous les comportements appropriés en matière de leadership dans des situations données.

Cependant, les suggestions suivantes peuvent vous aider à améliorer vos compétences en la matière :

- Soyez conscients de vos propres compétences et des motivations qui influent sur votre leadership.
- Ayez conscience des caractéristiques et des intérêts des personnes que vous dirigez.
- Soyez flexible ; adaptez votre style à chaque situation.

- Ne soyez pas omniprésent ; permettez aux autres d'intervenir lorsque la situation l'exige.
- Reconnaissez que ce ne sont pas forcément les efforts que vous avez fournis mais bien l'assimilation du groupe et la situation particulière qui ont contribué à votre succès.

- Sachez que donner des ordres et faire en sorte qu'ils soient exécutés ne relèvent pas du leadership.

En effet, cela occulte une dimension importante appelée influence.

- La délégation est importante pour l'investissement des autres et la motivation est nécessaire pour garder ceux que vous voulez diriger.

- Essayez d'identifier les facteurs clés qui auront une incidence sur vos tentatives d'influencer les gens, dans chaque situation.

- Mettez au point un plan directeur de votre approche en matière de leadership pour atteindre vos buts et vos objectifs de manière constante.

- Formez les leaders de demain et permettez-leur de se forger une expérience.

#### OUTILS

Pour un leadership efficace, posez-vous les questions suivantes :

- Quels sont les privilèges dont bénéficie une personne occupant un poste à responsabilité au sein de votre organisation ?
- Quelles sont les responsabilités qui découlent de ce poste ?
- Quelles compétences doit posséder une personne pour être un leader efficace dans votre organisation ?
- Selon vous, quelles caractéristiques importantes doit avoir une personne occupant un tel poste ?

#### QUESTIONS

1. Quelle personne représente pour vous un bon leader au sein de votre organisation ?
2. Qu'est-ce qui fait de cette personne un bon leader ?



**CHAMPIONS CUP FOR WOMEN**  
22 NOV - 01 DEC 2013

## COMPRENDRE LE TEMPS

- Le temps est notre bien le plus précieux et tout le monde doit, dans une certaine mesure gérer son temps, que ce soit à la maison ou au travail.
- La façon dont on organise son temps joue énormément sur notre productivité au travail, sur nos loisirs et sur notre épanouissement dans la vie.
- Le rapport au temps varie selon les individus.
- La perception du temps et son utilisation varient d'un continent à l'autre.
- Les différences sont généralement perceptibles au niveau de la moyenne quotidienne ou hebdomadaire d'heures de travail, de l'importance accordée à la ponctualité ou du temps consacré aux loisirs.
- Notre rapport au temps est en perpétuelle mutation. Celle-ci est liée aux progrès technologiques des secteurs de travail, des voyages et de la communication.
- La modernisation permet d'accroître la quantité quotidienne de travail mais augmente la pression imposée au niveau des emplois du temps.

Chaque jour, définissez les priorités de vos tâches et revoyez votre emploi du temps.

Beaucoup d'entreprises pensent encore que la quantité de travail est directement liée au nombre d'heures effectuées.

En fait, passé un certain nombre d'heures, nous ne sommes plus aussi efficaces et productifs.

Choisissez une tâche difficile et traitez-en immédiatement une petite partie.

Sur le trajet pour vous rendre à votre travail, passez en revue la journée à venir.

Déléguiez systématiquement les tâches qu'il ne serait pas rentable d'effectuer vous-même.

Si vous voulez améliorer la manière dont vous utilisez votre temps, vous devez tout d'abord tenir au quotidien un journal de bord consacré à chaque activité.

Découpez votre journée de travail en tranches de 30 minutes.

Analysez votre journal de bord pour évaluer votre efficacité au travail.

Prévoyez des moments de réflexion dans votre emploi du temps. Évaluez le temps d'exécution d'une tâche, puis confirmez-le une fois la tâche accomplie.

Évaluez le temps d'exécution d'une tâche, puis confirmez-le une fois la tâche accomplie.

Évaluez le temps d'exécution d'une tâche, puis confirmez-le une fois la tâche accomplie.

Évaluez le temps d'exécution d'une tâche, puis confirmez-le une fois la tâche accomplie.

Évaluez le temps d'exécution d'une tâche, puis confirmez-le une fois la tâche accomplie.

Évaluez le temps d'exécution d'une tâche, puis confirmez-le une fois la tâche accomplie.

Évaluez le temps d'exécution d'une tâche, puis confirmez-le une fois la tâche accomplie.

Évaluez le temps d'exécution d'une tâche, puis confirmez-le une fois la tâche accomplie.

Évaluez le temps d'exécution d'une tâche, puis confirmez-le une fois la tâche accomplie.

Évaluez le temps d'exécution d'une tâche, puis confirmez-le une fois la tâche accomplie.

Évaluez le temps d'exécution d'une tâche, puis confirmez-le une fois la tâche accomplie.

Évaluez le temps d'exécution d'une tâche, puis confirmez-le une fois la tâche accomplie.

Évaluez le temps d'exécution d'une tâche, puis confirmez-le une fois la tâche accomplie.

Évaluez le temps d'exécution d'une tâche, puis confirmez-le une fois la tâche accomplie.

Évaluez le temps d'exécution d'une tâche, puis confirmez-le une fois la tâche accomplie.

Évaluez le temps d'exécution d'une tâche, puis confirmez-le une fois la tâche accomplie.

Évaluez le temps d'exécution d'une tâche, puis confirmez-le une fois la tâche accomplie.

- Vous devez absolument planifier les tâches les plus difficiles pour vous aux moments de vos pics positifs d'énergie mentale et physique.
- Proposez les horaires variables afin d'accroître la productivité dans l'entreprise.

#### Utiliser un agenda

- Le plus classique est l'agenda en papier mais il existe aujourd'hui des outils de plus en plus sophistiqués.
- Pour se servir d'un agenda, il faut une certaine discipline.
- Si vous ne tenez pas vous-même votre agenda, prévenez immédiatement la personne qui s'en charge dès que vous prenez un rendez-vous.
- Veillez à ce qu'il soit à jour et consultez-le régulièrement.
- Choisissez un agenda qui vous paraît pratique et agréable à utiliser.

Conservez un stylo avec votre agenda, cela vous évitera d'avoir à en chercher un.

Utilisez des couleurs différentes selon l'importance des tâches.

- Établir une liste récapitulative où vous inscrivez toutes vos tâches, quelle que soit leur importance et leur date d'échéance.
- Une liste donne mieux qu'un planning quotidien une vision globale de la situation.
- Cette liste doit contenir toutes vos tâches A, B et C.
- Faites-la évoluer en barrant les tâches accomplies et y ajoutant les nouvelles et en modifiant au besoin vos priorités.
- Employez des codes par tâches de même nature (Ex. : une croix pour les courriers, un surlignage pour les réunions).
- Fixez des échéances réalistes. Une échéance doit vous aider à vous organiser, et ne pas être source de stress.

Lorsque vous ne pouvez absolument pas déléguer une tâche qui vous rebute, essayez de l'effectuer lorsque vous êtes dans un état d'esprit positif.

Ne planifiez pas sur plus d'un an.

Lorsque vous ne pouvez absolument pas déléguer une tâche qui vous rebute, essayez de l'effectuer lorsque vous êtes dans un état d'esprit positif.

Lorsque vous ne pouvez absolument pas déléguer une tâche qui vous rebute, essayez de l'effectuer lorsque vous êtes dans un état d'esprit positif.

Lorsque vous ne pouvez absolument pas déléguer une tâche qui vous rebute, essayez de l'effectuer lorsque vous êtes dans un état d'esprit positif.

Lorsque vous ne pouvez absolument pas déléguer une tâche qui vous rebute, essayez de l'effectuer lorsque vous êtes dans un état d'esprit positif.

Lorsque vous ne pouvez absolument pas déléguer une tâche qui vous rebute, essayez de l'effectuer lorsque vous êtes dans un état d'esprit positif.

Lorsque vous ne pouvez absolument pas déléguer une tâche qui vous rebute, essayez de l'effectuer lorsque vous êtes dans un état d'esprit positif.

Lorsque vous ne pouvez absolument pas déléguer une tâche qui vous rebute, essayez de l'effectuer lorsque vous êtes dans un état d'esprit positif.

Lorsque vous ne pouvez absolument pas déléguer une tâche qui vous rebute, essayez de l'effectuer lorsque vous êtes dans un état d'esprit positif.

Lorsque vous ne pouvez absolument pas déléguer une tâche qui vous rebute, essayez de l'effectuer lorsque vous êtes dans un état d'esprit positif.

Lorsque vous ne pouvez absolument pas déléguer une tâche qui vous rebute, essayez de l'effectuer lorsque vous êtes dans un état d'esprit positif.

Lorsque vous ne pouvez absolument pas déléguer une tâche qui vous rebute, essayez de l'effectuer lorsque vous êtes dans un état d'esprit positif.

Lorsque vous ne pouvez absolument pas déléguer une tâche qui vous rebute, essayez de l'effectuer lorsque vous êtes dans un état d'esprit positif.

Lorsque vous ne pouvez absolument pas déléguer une tâche qui vous rebute, essayez de l'effectuer lorsque vous êtes dans un état d'esprit positif.

Lorsque vous ne pouvez absolument pas déléguer une tâche qui vous rebute, essayez de l'effectuer lorsque vous êtes dans un état d'esprit positif.

## VRAI OU FAUX

## QUESTIONS

1-Dans les deux dernières minutes de jeu dans le 4ème quart-temps, A2 commet une violation des 3-secondes. L'Équipe A demande et obtient un temps mort. A reprise du jeu, la remise en jeu qui en résulte doit-elle s'effectuer dans le prolongement de la ligne médiane, à l'opposée de la table de marque?

2-Vingt minutes avant que le match ne débute, les deux entraîneurs se mettent d'accord pour échanger les paniers qu'ils attaqueront au début du premier quart-temps, mais continuent d'occuper les bancs qui leur sont assignés conformément au règlement. Les officiels devront-ils permettre cet échange?

3-Dans les deux dernières minutes de jeu du 4ème quart-temps, l'équipe A joue en zone pendant 5 secondes, quand B4 détourne la balle de sa trajectoire. Un temps mort est alors accordé à l'équipe A. A la remise en jeu dans le prolongement de la ligne médiane qui s'en suit, la balle est passée à A2, qui est dans la zone arrière de l'équipe A. L'équipe A devra-t-elle avoir dès lors droit seulement à 3 secondes pour porter la balle dans la zone avant?

4-Sur un seul lancer franc accordé à A3, la balle est en air sur le shoot lorsqu'une double faute se produit entre A4 et B4. La balle ensuite n'entre pas dans le panier sur la tentative de lancer franc. Le jeu devra-t-il reprendre avec une remise en jeu dans le prolongement de la ligne du lancer franc pour l'équipe B?

5-A5 est désigné sur la feuille de marque comme capitaine de l'équipe A. A10 entre dans le jeu comme remplaçant d'A5 et prend la place d'A5 comme capitaine. Tandis que A5 ne joue pas c'est à dire n'est pas sur l'aire de jeu, l'entraîneur A reçoit une sanction pour faute disqualifiant. L'équipe A n'a pas désigné d'entraîneur assistant. A10 devra-t-il assumer la responsabilité d'entraîneur de l'équipe A?

6-Vers la fin du 1er quart-temps, A3 libère un shoot au panier. Après avoir libéré le shoot mais avant que les deux pieds de A3 ne retouchent le sol ou le plancher, une faute est commise sur A3 par B3, après quoi le signal retentit pour mettre fin au quart-temps. Le shoot au panier est réussi et il est accordé à A3 un lancer franc. L'entraîneur B demande un temps mort avant que la balle ne soit rendue à A3 pour le lancer franc. Le temps mort devra-t-il être accordé?

7- Dans deux dernières minutes de jeu du 4ème quart-temps, une violation de marcher est commise par A5, qui se situe dans la zone avant de l'équipe A. Une substitution est accordée soit à l'équipe A ou à l'équipe B. Le jeu devra-t-il reprendre avec une remise en jeu à partir du prolongement de ligne centrale à l'opposée de la table de marque?

8- Il est accordé à l'équipe A une balle de remise en jeu d'entre-deux. Après que la balle soit rendue à A2 pour la remise en jeu, l'entraîneur A est accusé de faute technique. L'équipe B peut-elle avoir droit à la prochaine possession alternée de remise en jeu?

9- Il est accordé à A4 deux lancers francs. Le dernier lancer franc est réussi. Après le dernier lancer franc mais avant que la balle ne soit rendue à l'équipe B pour la remise en jeu, l'équipe A demande un temps mort. Le temps mort devra-t-il être accordé?

10- Tandis qu'A3 est en action de shoot à distance mais avant que la balle ne quitte les mains de A3, une double faute est commise par A4 et B4. La balle devient immédiatement morte. Des lancers francs devront-ils être accordés à A3?

## REPONSES

1-Non, mais si toutefois un temps mort devrait être accordé à l'équipe B, la remise en jeu qui s'en suit devrait s'effectuer dans le prolongement de la ligne centrale à l'opposée de la table de marque.

2-Oui.

3-Non. La balle est déjà d'avance dans la zone avant à cause de la remise en jeu effectuée à partir du prolongement de la ligne médiane. L'équipe A devra avoir un nouveau temps de 8 secondes.

4-Oui, c'est une situation spéciale. Dans la détermination de comment le jeu devra reprendre, la pénalité normale de la double faute pour la violation du lancer franc doit être déterminée.

5-Non, A5 devra devenir le nouvel entraîneur de l'équipe A parce que A5 est le joueur qui a été désigné comme capitaine sur la feuille officielle de marque.

6-Non, le quart a pris fin et par conséquent un intervalle de jeu a commencé. Un temps mort ne peut être accordé pendant intervalle de temps de jeu.

7-Non, la remise en jeu devra s'effectuer à partir de la ligne de côté ou de fonds près de l'endroit où la violation de marcher s'est produite.

8-Non, si la faute est commise pendant la remise en jeu de possession alternée, l'équipe ayant droit à cette remise en jeu continue de bénéficier de la prochaine remise en jeu de possession alternée.

9-Oui

10-Non



Match Cameroun vs Togo, AfroBasket 2011 - Madagascar



CARLOS MORAIS MVP AFROBASKET MEN 2013



**FIBA**  
**AFRICA**

We Are Basketball