

Le Dr Robert McDougall et les Roughriders de la Saskatchewan

Depuis l'an 2000, le Dr Robert McDougall, rhumatologue, travaille comme médecin d'équipe pour les Roughriders de la Saskatchewan, à Régina. Dans la présente entrevue, le Dr McDougall nous fait part de ses pensées sur la rhumatologie et la médecine sportive, et de ses expériences de travail avec l'équipe bien-aimée de la LCF.®



Le Dr McDougall observe une joute des *Roughriders* au stade Mosaic de Taylor Field.

À quand remonte votre intérêt pour la médecine sportive? Qu'est-ce qui, au cours de votre formation, vous a conduit à choisir la rhumatologie comme spécialité?

Je me souviens que, dès le début de mes études de médecine, je m'intéressais à la médecine sportive. J'ai toujours pratiqué des sports à un niveau compétitif et la médecine sportive me paraissait une avenue intéressante. Toutefois, je n'avais pas la moindre idée de ce que cela représentait ou de comment m'y prendre pour y arriver. À la faculté de médecine de l'*University of Saskatchewan*, il existait un programme de mentorat. Au cours des premières semaines, j'avais rencontré

mon mentor, un neurochirurgien, et il m'avait posé la question classique « Où comptes-tu te diriger, comme étudiant en médecine de première année? ». J'avais répondu que je m'intéressais à la médecine sportive et il m'avait regardé avec une expression amusée et un peu blasée, qui voulait dire « comme un million d'autres étudiants en médecine ». C'était mon premier contact avec le concept de médecine sportive et ma première rebuffade. Incidemment, ce fut notre seule rencontre.

En vérité, j'ai toujours pensé pratiquer la médecine sportive d'une façon ou d'une autre. Au cours des divers stages, en médecine, on se visualise parfois dans telle ou telle spécialité pour finir par se rendre compte que ce n'est pas la direction que l'on souhaite prendre. J'ai pensé à l'orthopédie mais cela m'est apparu moins stimulant que la médecine interne. J'ai trouvé mes stages de rhumatologie très intéressants et très attirants sur le plan intellectuel. En particulier, la dimension musculosquelettique de la rhumatologie me permettait de renouer avec mon intérêt pour la médecine sportive. Finalement, au cours de mon internat à Régina, j'ai fait un stage optionnel à Saskatoon auprès d'un groupe de rhumatologues très talentueux, composé du Dr Don Mitchell (décédé), du Dr Earle DeCoteau, du Dr Ken Blocka et du Dr John Sibley (décédé). Je dois dire que ces quatre médecins ont confirmé mon intérêt pour la rhumatologie.

Votre formation médicale vous a-t-elle encouragé à vous diriger vers la médecine sportive?

Au cours de ma formation, les directeurs de programme étaient réticents mais, voyant mon insistance, ils m'ont autorisé à m'adonner à la médecine sportive durant mes stages optionnels, aussi bien durant mes années à l'école de médecine que durant mon internat. Alors que je poursuivais ma formation générale de médecine interne à l'*University of Calgary*, on m'a également permis de faire mes stages optionnels en médecine sportive. Tout cela s'est avéré déterminant pour moi, et je remercie les directeurs de programme d'avoir, pour la plupart, compris que c'était la route que je devais suivre. À Calgary, en particulier, cela allait bien au-delà de ce que d'autres programmes de formation en médecine interne auraient accepté.

Quel a été votre premier contact avec le monde du sport professionnel?

À la faculté de médecine, nous devons effectuer un stage en médecine sociale et préventive. Après beaucoup de négociations j'ai pu organiser un stage mettant l'accent sur la prévention des blessures en médecine sportive. J'avais écrit à plusieurs équipes de baseball des ligues majeures, et j'avais reçu une réponse positive des *Royals* de Kansas City. J'ai participé au camp d'entraînement du printemps 1985 en Floride. Cela m'a permis de tisser des liens et on m'a demandé de revenir comme invité aux camps d'entraînement du printemps de 1987 à 1991, pour travailler avec l'équipe médicale. J'avais là une extraordinaire occasion de travailler avec une organisation professionnelle de première classe : les *Royals* de Kansas City. J'ai appris à connaître l'univers complexe de la médecine sportive ainsi qu'à travailler avec une équipe sportive professionnelle et avec ses athlètes.

Vous êtes le médecin des *Roughriders* de la Saskatchewan depuis l'an 2000. Quels ont été les points forts de votre travail avec l'équipe?

C'est difficile de choisir mais je dirais que c'est un peu comme en rhumatologie : la résolution des cas complexes constitue la meilleure récompense. En rhumatologie, nous travaillons souvent très fort sur des cas chroniques, et parfois sur des cas très aigus et très graves. Bien entendu, lorsque ces patients s'améliorent, c'est très satisfaisant. De la même façon, en médecine sportive, nous voyons souvent des athlètes qui ont subi des blessures graves, pouvant mettre fin à leur carrière, et leur retour au jeu constitue un point fort.

À mes yeux, travailler comme médecin d'équipe pour les *Roughriders* de la Saskatchewan est le meilleur poste qu'on puisse avoir dans la LCF. Tout simplement parce qu'il s'agit du club le plus connu au pays. Partout où nous allons, les fans du club sont nombreux. Et encore plus ici, bien entendu. Je reconnais à quel point je suis chanceux de faire partie de cette organisation : cela constitue un point fort en soi.

Vous avez reçu beaucoup d'attention des médias lorsque l'un des joueurs des *Roughriders* s'est révélé être porteur du VIH. Décrivez-nous cette expérience et ce qu'elle vous a appris.

Ce que j'ai appris de cette expérience, c'est qu'il faut s'attendre à tout. Les athlètes sont plus humains qu'on ne les dépeint et le fait qu'un athlète soit séropositif n'est pas surprenant en soi. Toutefois, c'est bien la dernière chose dont je m'attendais à devoir m'occuper en médecine sportive, et surtout au niveau national. Le club m'a demandé de m'adresser aux médias et de répondre aux questions d'ordre médical. Faire face à huit ou dix caméras et à une foule de questions de la part des médias nationaux, c'était absolument irréel. Nous, rhumatologues, travaillons dans un relatif anonymat. Nous ne sommes pas des spécialistes très en vue, comme les neurochirurgiens ou les chirurgiens cardiovasculaires, et



Dr McDougall assiste à une pratique récente des *Roughriders*.

*À mes yeux, travailler comme médecin d'équipe pour les *Roughriders* de la Saskatchewan est le meilleur poste qu'on puisse avoir dans la LCF. Tout simplement parce qu'il s'agit du club le plus connu au pays. Partout où nous allons, les fans du club sont nombreux.*

nous n'avons nul désir de le devenir. Toutefois, la plupart des programmes de formation en rhumatologie, nous préparent à répondre aux questions de façon concise, exacte et fondée sur des preuves, et cela m'a été très utile. Avant cette expérience, je croyais que le public était très au courant de la problématique du VIH, surtout depuis l'histoire de Magic

Johnson, qui avait été très publicisée. Je crois avoir appris qu'il est très important d'informer le public tant sur le VIH que sur les problématiques qui relèvent de divers autres secteurs de la médecine.

Les responsabilités d'un médecin d'équipe différentes en partie de celles d'un médecin traitant des patients individuellement?

Lorsque nous soignons des patients individuellement au bureau, d'une certaine façon, tout est très simple. Il existe une relation médecin-patient. Un membre de la famille pourra par moments intervenir, et parfois la relation sera plus tendue (par exemple lorsqu'il sera question de compensations pour un accident de travail ou de toute question impliquant des tiers), mais à la base, nous voyons notre patient et notre rôle est de le soutenir.

En médecine sportive, la relation est quelque peu différente. Vous avez des responsabilités envers l'organisation pour laquelle vous travaillez (l'équipe) mais d'autre part vous avez des responsabilités envers l'athlète et vous ne pouvez pas fonctionner indépendamment de lui. Comme c'est l'athlète que vous soignez, il doit être tenu parfaitement informé des événements. Toutefois, par moments, il existe aussi des informations sur les projets actuels et futurs de l'organisation concernant ce joueur, et celui-ci n'a pas à avoir accès à cette information. De son côté, l'athlète comme patient peut avoir des antécédents médicaux qui lui sont personnels, qui n'ont rien à voir avec son sport, et dans ce cas l'organisation n'a pas à le savoir. Les relations peuvent

En médecine sportive, la relation est quelque peu différente. Vous avez des responsabilités envers l'organisation pour laquelle vous travaillez (l'équipe) mais d'autre part vous avez des responsabilités envers l'athlète et vous ne pouvez pas fonctionner indépendamment de lui.

devenir compliquées. Je crois donc qu'il existe une triade de responsabilités : l'organisation pour laquelle vous travaillez, l'athlète et, finalement, vous-même en tant que médecin. Avant tout, votre responsabilité comme médecin est de prendre la bonne décision médicale.



Dr McDougall évalue une blessure du secondaire Mike McCullough sur le terrain.

Quels aspects de la formation de rhumatologue vous ont le plus aidé à prendre en charge les problèmes de santé des athlètes professionnels?

Finalement, la décision de devenir rhumatologue aura été facile à prendre. J'ai choisi cette spécialité médicale à cause du défi intellectuel et clinique présenté par les cas difficiles. Le prochain défi consistait à définir comment je voulais vivre ma vie de médecin, et comment je pouvais y incorporer mon intérêt pour la médecine sportive. Il est certain que la dimension de formation musculosquelettique de la rhumatologie m'a été particulièrement utile. Je crois que la plupart des rhumatologues seraient d'accord pour dire que sur le plan de l'examen musculosquelettique complet, aucune autre spécialité ne fait une évaluation aussi approfondie. De mon point de vue, tout cela repose sur le fait que dans la formation des rhumatologues, l'évaluation clinique est hautement prioritaire. Il m'est apparu clair que de choisir la rhumatologie serait un atout en médecine sportive plutôt qu'un handicap. La formation en médecine interne des rhumatologues s'avère également très utile, puisque la médecine sportive requiert que l'on s'occupe de tous les aspects de la santé des athlètes, et pas seulement des blessures.

Je crois que beaucoup de gens diraient que la rhumatologie et la médecine sportive ne vont pas ensemble, et j'ai même des collègues qui se demandent ce qu'un rhumatologue peut bien faire à travailler pour les *Roughriders* de la Saskatchewan. Je crois que les gens ne réalisent pas très bien ce que fait un rhumatologue. La plupart ne comprennent pas l'étendue de la formation et de l'expérience que possède un rhumatologue. En fait, personne ne devrait se surprendre de ce qu'un rhumatologue pratique la médecine sportive, je crois qu'il s'agit d'un mariage parfaitement naturel.

Quel conseil donneriez-vous à un médecin qui songerait à devenir médecin pour une équipe sportive?

Il y a des récompenses, mais il y a également beaucoup d'éléments à considérer. Je crois qu'il est important de bien y penser et d'évaluer les pour et les contre d'une telle décision. Cela consomme énormément de temps, et il faut consentir des sacrifices personnels et familiaux. Il y a également des sacrifices financiers et professionnels. Comme dans d'autres aspects de la vie professionnelle, il y a des éléments politiques, peut-être plus que je ne l'aurais cru. À certains moments, l'engagement auprès d'une équipe professionnelle est très exigeant, et il faut décider, en fin de compte, si cela en vaut la peine. Il y a des récompenses et des avantages mais avant tout, ils consistent à pouvoir faire quelque chose qu'on aime et qu'on a vraiment envie de faire.

Je crois qu'il est important de réaliser que, particulièrement au Canada, nous pouvons organiser notre pratique médicale comme nous le désirons. Je pense que chacun devrait consacrer une partie de sa pratique à quelque chose de satisfaisant qui corresponde à un intérêt particulier. Je crois que cela stimule vos facultés dans votre pratique de la rhumatologie également.

Prenez-vous encore plaisir à regarder une simple partie de football ou bien vous retrouvez-vous en train de réfléchir – d'analyser le jeu des joueurs et leurs habiletés sur le terrain?

Je pense que je ferais cela de toute façon, parce que si vous êtes un véritable mordru de sport, vous ne pouvez regarder sans analyser. Je vous dirais que quand je vois des blessures à la télévision, j'observe le mécanisme de la blessure et je tente de prédire le diagnostic. Est-ce une blessure du ligament croisé antérieur, une blessure du cartilage, y a-t-il commotion cérébrale? J'imagine que je regarde les parties d'un point de vue différent. Lorsque vous voyez des athlètes de l'intérieur, de leur perspective vous voyez à quel point ils travaillent fort; et pendant que les fans crient leur colère, je pense au côté plus humain de l'athlète. Il y a du bon et du mauvais.

Allez-vous continuer à pratiquer la médecine sportive?

Je crois que oui. J'ai toujours eu des liens avec la médecine sportive à un niveau ou à un autre et, en plus de mon travail avec les *Roughriders* de la Saskatchewan, un certain pourcentage de ma pratique consiste à voir d'autres athlètes. Mais, en fin de compte, je suis très heureux de vivre à Regina, dans ma province, la Saskatchewan. Je suis heureux de pratiquer la rhumatologie. Si la médecine sportive n'était pas un choix offert ici à Regina, je ne crois pas que je partirais. Si j'avais à choisir l'une ou l'autre, ce serait dommage mais je sacrifierais la médecine sportive puisque, en fin de compte, je suis rhumatologue avant tout.



Dr McDougall et l'entraîneur professionnel Ivan Gutfriend (à droite), lors d'une partie récente des *Roughriders*.

Je crois que la plupart des rhumatologues seraient d'accord pour dire que sur le plan de l'examen musculosquelettique complet, aucune autre spécialité ne fait une évaluation aussi approfondie... Il m'est apparu clair que de choisir la rhumatologie serait un atout en médecine sportive plutôt qu'un handicap. La formation en médecine interne des rhumatologues s'avère également très utile, puisque la médecine sportive nécessite de s'occuper de tous les aspects de la santé des athlètes, et pas seulement des blessures.

Le Dr Murray Urowitz et les Maple Leafs de Toronto

Entre 1972 et 1989, le rhumatologue Murray Urowitz passait ses mercredi et samedi soirs au Maple Leaf Gardens, en qualité de médecin de l'équipe des Maple Leafs de Toronto. Dans l'entrevue qui suit, le Dr Urowitz partage avec nous ses souvenirs et il présente sa vision des réalités que vit le médecin d'une équipe sportive.

Comment êtes-vous devenu médecin des Maple Leafs? Combien de temps avez-vous occupé cette fonction?

J'ai commencé avec les Maple Leafs parce que je travaillais initialement dans la même unité que le Dr Hugh Smythe, qui a une relation de longue date avec les Maple Leafs, tant sur le plan familial que sur le plan professionnel. Son père était le fondateur de l'organisation des Maple Leafs et du Maple Leaf Gardens. Le Dr Smythe s'est donc trouvé rapidement impliqué dans l'organisation comme médecin de l'équipe.

Nous travaillions ensemble et, lorsque le temps est venu pour lui de se retirer, il a suggéré que je le remplace, ce qui m'a permis de réaliser un rêve d'enfance!

C'était vraiment génial... pour moi, qui avais grandi au Canada, le hockey c'était quelque chose d'énorme. Très jeune, je jouais au hockey et même si je n'avais pas beaucoup de talent dans ce domaine, j'avais beaucoup de plaisir! J'adorais aussi regarder le hockey, j'étais un mordu!

Et voilà que je pouvais m'impliquer dans ce sport que j'adorais...

Les Maple Leafs disposaient d'une intéressante équipe de médecins. J'étais là comme interniste généraliste et nous avions un orthopédiste (au début le Dr David Hastings, ensuite le Dr Earl Bogoch), et un plasticien, le Dr Leith Douglas, qui s'occupait de toutes les lacérations. Comme nous assistions tous les trois à chaque partie, nous nous côtoyions beaucoup et sommes devenus une sorte d'équipe dans l'équipe. Ce qui veut dire que de 1972 à 1989, j'étais au Maple Leaf Gardens tous les mercredi et samedi soirs.



De gauche à droite : Dr Murray Urowitz, Dr Leith Douglas et Dr Dave Hastings.

Quelles étaient vos responsabilités comme médecin de l'équipe?

Je m'occupais de la santé générale de l'équipe. J'effectuais les examens physiques avant les camps d'entraînement, je soignais les problèmes de santé des joueurs au cours de l'année et je devais aussi m'occuper de tout problème de santé survenant au Maple Leaf Gardens durant une partie.

De quelle façon votre interaction avec les joueurs différait-elle

de l'interaction avec les patients vus en clinique? Les athlètes sont-ils plus exigeants ou plus difficiles que les autres patients?

J'ai toujours fait beaucoup de choses différentes au cours de ma carrière. Je ne me suis jamais concentré sur un seul secteur. Sur le plan universitaire, je suis rhumatologue. Je fais de la clinique, je dirige un vaste programme de recherche et j'ai toujours enseigné la médecine.

Dans le domaine du hockey, je jouais le rôle de médecin généraliste, puisque je devais non seulement évaluer les problèmes articulaires mais aussi tout autre problème médical des joueurs. Donc, c'était nouveau pour moi. J'ai appris une foule de choses sur le conditionnement, la préparation aux camps d'entraînement, c'était une pratique différente de ma pratique universitaire. C'était aussi différent parce qu'on apprenait vraiment à connaître nos « patients ». On les connaissait très bien, on les voyait souvent, tant dans leur vie personnelle que professionnelle. C'était une expérience très nouvelle pour moi.

J'étais très proche de plusieurs des joueurs, comme Darryl Sittler et Lanny MacDonald, ce n'était pas seulement une relation médecin-patient.



De gauche à droite : Dr Simon McGrail (ENT), Dr Dave Hastings, Dr Leith Douglas et Dr Murray Urowitz au Maple Leaf Gardens en 1984.

Quels ont été les moments les plus marquants de votre carrière comme médecin des *Maple Leafs*?

Malheureusement, si vous jetez un coup d'œil aux statistiques, vous verrez que, du temps où j'étais là, nous n'avons jamais gagné la Coupe Stanley, nous ne nous sommes même pas rendus en finale, mais pas loin... jusqu'en quart de finale et une fois en demi-finale. Mon meilleur souvenir, c'est simplement de m'être impliqué dans le hockey, que j'adore encore maintenant comme sport, et auprès des joueurs. Cela faisait partie de la vie de notre famille.

Qu'est-ce qui fait un bon médecin d'équipe sportive?

C'est comme dans n'importe quoi, il faut aimer le travail, faute de quoi on ne le fera pas bien. C'était un engagement. Cela revenait deux soirs par semaine... vous et votre famille devez accepter ça. D'autre part, vous devez devenir compétent dans les domaines importants pour ce travail. Dans le cas du hockey, il s'agissait de la santé générale de personnes dont le travail est physiquement éreintant. Ils jouaient deux ou trois jours par semaine et pratiquaient les autres jours. Comme vous le savez, le hockey est un sport très physique. Donc, vous devez être très au courant des problèmes rencontrés dans ce genre de travail.

De plus, il s'agit de jeunes athlètes masculins et donc il faut être familier avec les problèmes que peuvent rencontrer, en général dans la vie, des jeunes gens dans la vingtaine. Ils sont en train de prendre leur vie en main. Ils commencent à s'engager dans des relations durables et ce sont des gens qui, très tôt dans leur vie, font plus d'argent que ce qu'eux ou leur famille aurait jamais pu imaginer. Donc, de temps en temps, ils se mettent dans le pétrin ou encore ils viennent vous demander conseil. Vous devez donc être au courant de tous ces problèmes. J'ai dû apprendre beaucoup de choses : jusqu'à ce

moment de ma carrière, je ne savais rien ni des travaux physiquement éreintants ni de la prise en charge de jeunes gens subitement riches.

À quoi devrait réfléchir un rhumatologue approché pour devenir médecin pour une équipe sportive professionnelle?

Les rhumatologues devraient en principe faire de bons médecins généralistes pour une équipe sportive, puisqu'ils disposent à la fois d'une grande expérience des problèmes articulaires et des connaissances médicales générales nécessaires pour bien prendre soin de l'équipe. Il ne faut pas s'attendre à ce que ce travail soit votre source principale de revenus, ce qui serait probablement impossible. Mais si vous adorez le sport, si vous avez envie de vous engager, si vous êtes prêt à vous y lancer à fond, vous en tirerez de grandes satisfactions.



De gauche à droite : Dr Leith Douglas, Dr Ernie Lewis, Dr Murray Urowitz et Dr Dave Hastings.

Le Dr Hugh Smythe : Toute une carrière auprès des Leafs!

Entre 1950 et 1969, le rhumatologue Hugh Smythe œuvrait à titre de médecin de l'équipe des Maple Leafs de Toronto. Dans son entrevue, le Dr Smythe partage ses souvenirs de l'époque où il traitait ses athlètes préférés du temple de la renommée. Il y décrit également les changements qu'a connus la médecine sportive depuis le temps où il travaillait pour les Leafs.

Quel parcours vous a amené à devenir médecin auprès des Maple Leafs?

Cela peut sembler étrange, mais j'ai vraiment commencé au bas de l'échelle, au début de l'adolescence, comme préposé aux bâtons ou comme mascotte. Lors des arrêts de jeu, il fallait que je fasse vite pour que Bingo Kampman (le n° 7) et Syl Apps (le n° 10) aient leur bâton pour ainsi dire en même temps. Cela m'a valu l'inscription de mon nom sur la Coupe Stanley, avec l'équipe de 1942, coupe que l'équipe a d'ailleurs fini par remporter après avoir tiré de l'arrière 3-0.

Cela signifie aussi que je passais beaucoup de temps dans la chambre des joueurs; c'est ainsi que j'ai appris à respecter les entraîneurs et les physiothérapeutes, tout en tissant des liens avec l'équipe au grand complet. Ces liens ont bien sûr évolué au fil des années passées à titre de médecin de l'équipe, de 1950 à 1969.

Je n'ai rien appris de très utile sur la médecine sportive lorsque j'étudiais à la faculté de médecine. Et mon association avec l'équipe était considérée comme une incartade sans conséquence par les médecins de la faculté qui étaient attachés *Toronto General Hospital*.

Quelles sont les différences et les ressemblances entre les rapports que vous aviez avec les joueurs et ceux que vous aviez avec vos patients de la clinique?

Compte tenu de toutes les pressions auxquelles ils étaient soumis et de toutes les « tentations » auxquelles leur célébrité les exposait, les joueurs présentaient peu de problèmes. En fait, dans bien des cas, les problèmes venaient davantage de leurs conseillers. Dans plusieurs équipes (à l'exception des *Leafs*), on s'attendait à un « jeu robuste » de la part des joueurs. Mon père avait pour sa part établi quelques règles. Ainsi, après une blessure, un joueur n'avait pas l'autorisation de patiner tant que les médecins n'avaient pas confirmé qu'il était suffisamment rétabli. Raison : les entraîneurs essayaient toujours de ramener les joueurs au jeu rapidement. Et typiquement, en tentant par exemple, de protéger un genou blessé, le joueur risquait de s'étirer l'aîne du côté opposé. Mon père savait aussi ce que ses meilleurs joueurs pouvaient faire, mais il trouvait intéressant de vérifier comment se débrouilleraient les autres face à de nouveaux défis au moment des éliminatoires. À ce propos, durant les éliminatoires, la pression était toujours plus forte. Les joueurs pouvaient patiner malgré une blessure, si nous pouvions les rassurer et les traiter de manière à éviter des séquelles permanentes par la suite.

L'un des médecins était chirurgien, mais jusqu'à la fin des années 1960, les chirurgiens-orthopédistes ne pouvaient pas être médecins des équipes. Ils savaient quels joueurs étaient plus susceptibles de

subir des blessures aux genoux, au dos ou à la tête et ils voulaient être sûrs d'avoir accès aux meilleurs experts en cas de besoin.

J'ai eu des occasions uniques de gagner la confiance de l'équipe parce que j'étais devenu un peu comme un meuble dans la chambre des joueurs. Bobby Baun a été impliqué dans de nombreuses collisions, mais il s'est rarement plaint. Une fois, je l'ai vu se diriger vers la douche et l'un de ses genoux fléchissait vers l'intérieur à chaque pas – il avait une déchirure complète du ligament latéral interne du genou. Lorsque je lui ai demandé comment il se sentait, il m'a dit « bien ». Ils avaient tous des seuils de douleur élevés, mais des seuils variables pour ce qui était de ce plaindre.

Au cours des années 1960, de nouveaux problèmes ont surgi à mesure que les agents des joueurs sont devenus plus influents. Ils ont interféré avec le choix des traitements et des experts. Bobby Orr n'a pas été extrêmement bien conseillé lors de ses blessures au genou. Ma carrière à titre de médecin de l'équipe a pris fin lorsque Alan Eagleson m'a dit : « Smythe, tu es en conflit d'intérêt » — c'était un expert en la matière. Mes successeurs n'ont plus eu accès à la chambre des joueurs, sauf sur invitation. C'est peut-être pour cela que les *Maple Leafs* n'ont plus jamais gagné la Coupe Stanley.

Quels sont vos meilleurs souvenirs de l'époque où vous étiez médecin des Maple Leafs?

Ils sont nombreux. Certains parmi les plus dramatiques devront toujours rester secrets.

Je me rappelle, au début, avoir observé Ted Kennedy et Gordie Howe après qu'ils aient subi des commotions. Nous nous inquiétions du risque d'hématome sous-dural et j'ai vérifié leur état toutes les deux heures jusqu'au lendemain : Ted, dans une chambre d'hôtel de Boston et Gordie, au *Private Patients Pavilion* du *Toronto General Hospital*. À l'époque, les commotions étaient beaucoup moins fréquentes que maintenant. Explication : de nos jours, avec les casques protecteurs, ce sont les blessures au cou qui sont plus communes. Les symptômes de traumatismes cervicaux incluent les céphalées, les pertes d'équilibre et autres symptômes semblables à ceux des commotions, mais ils persistent ou récidivent en l'absence de diagnostic et de traitement appropriés. Aucune pièce d'équipement si remboursée soit-elle ne permet de protéger le cou ou le genou.

Rien n'arrêtait Maurice Richard (le « *Rocket* ») lorsqu'il filait vers les buts, traînant derrière lui les plus solides défenseurs, mais il avait une peur bleue des piqûres. À une occasion, je me rappelle lui avoir fait rapidement cinq points de suture à la tête, sans anesthésie locale, en profitant du relatif engourdissement qui survient peu après une

blesse parce qu'il valait mieux minimiser l'incident et régler tout ça rapidement, sans prolonger l'intervention indûment ni hésiter de quelque manière que ce soit. Les peurs irrationnelles n'étaient pas rares chez ces colosses, et en particulier, la peur de l'avion.

La plupart des fans se rappelleront que Bobby Baun a compté un but vainqueur en période supplémentaire contre Détroit avec une « cheville » ou un « pied » brisé, selon les rapports cités. La blessure était une fracture sans déplacement du péroné, à environ trois pouces (7,5 cm) au-dessus de la cheville. Ces fractures guérissent toujours et on ne s'inquiétait pas d'un handicap permanent. C'était simplement un problème de douleur, facile à contrôler au moyen d'anesthésiques locaux. Deux nuits plus tard, il a joué à nouveau avec un anesthésique local, lorsque les Leafs ont gagné leur deuxième et dernière Coupe Stanley.

Red Kelly a aussi joué lors de cette dernière partie avec l'aide d'une anesthésie locale. Il s'était étiré le ligament latéral interne du genou. Du point de vue de la masse et de la résistance tout était intact, mais ce ligament est doté d'un mince faisceau antérieur qui est en général étiré. Avec un genou bloqué en pleine extension, Kelly ne ressentait ni douleur ni instabilité ligamentaires lorsqu'une pression était appliquée. C'est la palpation qui a révélé une intense douleur localisée, soulagée au moyen d'une injection. Une fois l'effet de l'anesthésie passé, la douleur s'est de nouveau manifestée avec une relative intensité, mais la victoire et la Coupe ont été un baume souverain.

À cette époque, les médicaments ou autres substances ne posaient pas de problème dans cette équipe. Mon père était fortement opposé à toute mesure visant à rehausser le rendement des joueurs. Lors d'une série de la Coupe Stanley, il y avait une bonbonne d'oxygène juste à côté du banc des joueurs de Détroit pour les aider à récupérer plus rapidement après un effort extrême. Et mon père ne s'est pas gêné pour y faire référence lorsqu'il haranguait ses joueurs à la deuxième pause. « Ils savent qu'ils sont finis : ils ne sont pas assez hommes pour nous battre sans leur petit supplément d'air. Tout ce que vous avez à faire, c'est retourner sur la glace et les essouffler un peu plus ». Et c'est ce qu'ils ont fait. Les années suivantes, les bonbonnes ne sont pas réapparues. (Citation approximative)

La dimension psychologique était souvent un défi et parfois une source d'amusement. Lors des célèbres séries de 1967, les Canadiens devaient choisir comme gardien de buts entre un vétéran sur le retour, Gump Worsley, ou Charlie Hodge, moins célèbre. Leur gérant était Sam Pollock et il a proposé Rogatien Vachon comme solution de rechange. Sam Pollock et Punch Imlach ont sûrement été deux des plus intelligents stratèges du monde du hockey. Ils se connaissaient bien et se livraient une concurrence féroce. Punch Imlach a commenté le choix de Vachon en le qualifiant de « gardien de ligue junior B ». Pollock s'était fait avoir et il le savait. S'il ne mettait pas Vachon dans les buts et qu'il perdait, il allait sembler avoir été manipulé par Imlach. S'il mettait Vachon dans les buts et qu'il perdait, il passait simplement pour un entêté. Il n'avait d'autre choix que de gagner, mais il a mis Rogatien Vachon dans les buts et il a perdu.

Punch Imlach a transformé ce qui était une équipe de perdants à la fin des années 1950 en une équipe victorieuse, qui allait remporter quatre Coupes d'affilée. Ces joueurs restent des héros dans nos mémoires, mais sur le plan individuel, les joueurs

des *Maple Leafs* ne semblaient pas meilleurs que les plus grands de la ligue. En tant qu'entraîneur, Punch Imlach avait peut-être le plus mauvais point de vue de la patinoire, mais il voyait très rapidement qui jouait bien, tel ou tel soir, et lequel de ses principaux joueurs avait l'étoffe d'un Gordie Howe ou d'un Jean Béliveau. Mais sa psychologie du jeu n'était pas toujours appréciée de ses joueurs du point de vue de la compétitivité.

Quelles sont les qualités recherchées chez un bon médecin d'équipe de hockey?

Les compétences professionnelles, l'empathie et l'accessibilité.

Au cours de ma première décennie auprès de l'équipe, j'ai fait des points de suture, j'ai insensibilisé des zones douloureuses, j'ai écouté, j'ai appris beaucoup de mes collègues et je me suis beaucoup interrogé au sujet de nombreux symptômes « sans causes médicales précises ». J'ai étudié avec Kellgren et j'ai relu des trucs sur la douleur projetée, le chapitre manquant en médecine sportive. Souvent, l'élongation du tendon du jarret n'était pas très douloureuse, ni l'épicondyle latéral. Lors d'une réunion locale à Brandon, au Manitoba, organisée par la Société d'arthrite, un physiatre coloré, du nom de Max Desmarais, nous a expliqué que la sensibilité chez les patients souffrant de douleur latérale au coude trouvait son origine à quelques pouces de l'épicondyle, au début du muscle long extenseur, à trois doigts du septum intermusculaire latéral. Faites l'injection à cet endroit et vous obtiendrez de meilleurs résultats. Si les symptômes revenaient, ils étaient souvent plus diffus, accompagnés d'autres points où la douleur était moins aiguë et parfois une douleur à la nuque.

C'est à peu près à cette époque que quelque chose de très gratifiant m'est arrivé. Les entraîneurs d'autres équipes, Détroit, Chicago, Boston, New York, ont commencé à me demander de voir leurs joueurs lorsqu'ils souffraient de symptômes chroniques réfractaires aux traitements classiques. Ils savaient que je m'appelais Smythe, mais ils avaient pleine confiance en mon jugement. Cela n'avait pas de prix.

Mais maintenant dans les journaux, on lit des choses toutes plus farfelues les unes que les autres en termes de diagnostic et de thérapeutique. Chirurgie arthroscopique pour une « déchirure du bourrelet glénoïdien »? Chirurgie de type Tommy John pour exérèse d'« épérons osseux cubitiaux » (ossification de l'insertion du triceps), suivie d'un an (!) de convalescence. Ces athlètes souffrent-ils d'une sensibilité médiane du coude imputable à un syndrome C 6-7? Nous ne le savons pas; de nombreux chirurgiens-orthopédistes ne demanderont pas de consultation en rhumatologie avant la chirurgie proposée.

De quoi le rhumatologue doit-il tenir compte si on l'invite à devenir médecin pour une équipe sportive professionnelle?

Il doit avoir du temps, il doit être accessible et avoir de bons rapports avec un chirurgien. Je crois que c'est là où réside l'intérêt. Selon un rapport, 50 % des omnipraticiens ontariens se considèrent qualifiés pour exercer en médecine sportive. À l'origine, je ne l'étais certainement pas. J'ai appris lentement et j'apprends encore. Mes successeurs ont fait face à de nombreux obstacles. Les entraîneurs, les gérants, les soigneurs, les agents et les autres médecins et chirurgiens peuvent tous être assez sympathiques, mais ils mettent des barrières et ne vous consultent que selon leur bon vouloir.

La Dre Jean Gillies : Traiter les meilleurs athlètes du Canada

La Dre Jean Gillies est directrice médicale de la clinique d'orthopédie du St. Paul's Hospital. Au cours de sa carrière, elle a traité de nombreux athlètes d'élite. Dans le cadre de cette entrevue, la Dre Gillies raconte comment elle en est venue à pratiquer dans ce domaine, et partage les connaissances qu'elle a acquises en travaillant auprès de certains des meilleurs athlètes du Canada.

D'où vient votre intérêt pour l'entraînement des athlètes d'élite?

J'ai eu la chance de travailler en collaboration avec des médecins de médecine sportive et avec des physiothérapeutes traitant des athlètes d'élite. Lorsque l'athlète ne répondait pas au traitement prescrit par ces professionnels, ou qu'il existait un dilemme quant au diagnostic, on me consultait. Les rhumatologues peuvent apporter une contribution unique, dans une équipe médicale pour athlètes d'élite, d'abord grâce à leur expertise des problèmes musculo-squelettiques non chirurgicaux, et ensuite grâce à leur expérience en matière de traitement de l'arthrite et des enthésites inflammatoires ou mécaniques. Toutefois, ma fascination pour le traitement des athlètes d'élite remonte aux années 60, durant ma formation en physiothérapie au *St. Thomas' Hospital* de Londres. En tant qu'étudiante, j'ai eu le privilège de traiter plusieurs danseurs de ballet professionnels et deux coureurs automobiles de réputation internationale qui avaient été dirigés vers notre hôpital. J'ai pu constater qu'il s'agissait de personnes hors du commun : ils étaient totalement concentrés et possédaient une discipline extraordinaire. Ils guérissaient très vite et atteignaient des objectifs de réadaptation apparemment impossibles : ils défiaient les statistiques. Ils ont changé ma conception du possible. Silken Laumann représente un exemple remarquable de dépassement de toutes les attentes médicales. Un sérieux accident d'entraînement avait déchiré sa cuisse 12 semaines avant les Jeux Olympiques de 1992; après cinq chirurgies de reconstruction, elle a gagné une médaille de bronze en aviron. Quel que soit le sport, je suis fascinée par la manière avec laquelle un corps bien entraîné se déplace dans l'espace, défiant la gravité avec grâce et aisance, et par la façon dont ces athlètes de haute performance répondent au traitement après une blessure.

Les athlètes professionnels en connaissent-ils plus sur leur santé et leurs maladies que les non athlètes?

Oui, et ce n'est pas étonnant. Bien des athlètes en savent long sur les blessures musculo-squelettiques, les fondements de l'anatomie, la promotion de la santé et la nutrition. Toutefois, ils en ont encore à apprendre sur les avantages de l'entraînement croisé et de l'entraînement de base pour athlètes d'élite. De plus, je ne suis pas sûre que les connaissances dans d'autres secteurs de la santé soient très répandues. Par exemple, j'ai traité un joueur de hockey d'élite qui souffrait d'asthme au froid non diagnostiqué. Cet athlète croyait que son essoufflement sur la patinoire provenait de son manque d'entraînement. Le diagnostic a été confirmé par un pneumologue, et cet athlète va beaucoup mieux depuis qu'on lui a prescrit des médicaments en inhalation.

Les athlètes professionnels sont-ils plus difficiles ou exigeants que le public en général?

Je les trouve beaucoup moins difficiles et exigeants que les patients atteints de problèmes musculo-squelettiques frustrés par un système de santé qui ne règle pas leurs problèmes. Toutefois, il me faut replacer ce commentaire dans son contexte. La clinique d'orthopédie de l'hôpital *St. Paul*, pour laquelle je travaille, accepte des références tertiaires et quaternaires pour des problèmes musculo-squelettiques non chirurgicaux posant des défis diagnostiques ou ne répondant pas aux traitements habituels. Cela dit, il n'est pas étonnant que l'athlète soit moins exigeant et plus facile à vivre. En général, les athlètes mettent la barre très haut pour eux-mêmes, et demandent la même chose de leur équipe soignante. Je ne suis pas sûr que le patient moyen exige le même niveau d'expertise : il veut guérir, point final, et sa contribution à la solution ne s'accompagne pas de la détermination caractéristique des athlètes.



Votre formation de physiothérapeute (qui a précédé votre cours de médecine et votre formation de rhumatologue) vous donne-t-elle un avantage dans le traitement d'athlètes d'élite?

Je ne possède aucune habileté particulière. Je mets en pratique ce que j'ai appris auprès du Dr James Cyriax, qui était l'un des deux consultants du département *Physical Medicine* au *St. Thomas' Hospital* de Londres au moment où j'y suivais ma formation en physiothérapie. L'élément déterminant, pour moi, était son approche diagnostique dans les maladies de l'appareil musculo-squelettique : amplitude des mouvements actifs, amplitude des mouvements passifs, mesure isométrique de la force musculaire. Il enseignait de la même façon à tous, qu'ils soient en physiothérapie ou étudiants en médecine. Son approche très disciplinée et systématique des symptômes musculo-squelettiques et de l'examen physique fait ressortir le diagnostic. Je n'ai jamais connu d'autre médecin possédant autant d'habileté sur le plan de l'examen clinique. Son concept de patrons capsulaire et non capsulaire de la restriction des mouvements articulaires est tout simplement brillant. Sans l'approche Cyriax de l'examen des parties mobiles du squelette, je n'aurais rien à apporter de particulier à l'équipe médicale de l'athlète. Sur le plan des habiletés en physiothérapie, je peux certainement dire que la formation en anatomie de surface et en anatomie appliquée que j'ai reçue en physiothérapie dépassait largement celle qu'on m'a donnée en médecine. Bien que j'aie appris l'examen musculo-squelettique à l'école de médecine, c'est le Dr Cyriax qui m'a appris à interpréter les données recueillies. Les physiothérapeutes, en général, ont une arme secrète dans l'examen de l'appareil locomoteur : ils ont une excellente coordination œil-main et comprennent intuitivement la mécanique corporelle.

C'est un privilège de faire partie d'une équipe médicale hyper entraînée, où tous travaillent ensemble dans le même but. Le système de santé pourrait apprendre beaucoup du monde du sport en matière de travail d'équipe bien intégré, utilisant au mieux l'expérience de tous.

Quels ont été les points saillants de votre interaction avec des figures du sport professionnel?

C'est très emballant de voir un athlète d'élite, dont la carrière a été menacée par une blessure, jouer et bouger mieux une fois guéri. D'autre part, je pourrais passer la journée à regarder nos physiothérapeutes de classe internationale travailler avec les athlètes et raffiner leurs mouvements. C'est un privilège de faire partie d'une équipe médicale hyper entraînée, où tous travaillent ensemble dans le même but. Le système de santé pourrait apprendre beaucoup du monde du sport en matière de travail d'équipe bien intégré, utilisant au mieux l'expérience de tous. Et, finalement, les athlètes d'élite sont très généreux lorsqu'on les aide et il m'est très agréable d'impressionner mon adolescente avec des billets gratuits pour une joute de la LNH – cela me place dans la ligue des mères géniales.

Médecine sportive et pédorhumatologie

Par Claire M.A. LeBlanc M.D., FRCPC

Je suis très heureuse de partager mes choix de carrière avec les lecteurs du *Journal de la Société canadienne de rhumatologie*. Les thèmes abordés dans le présent numéro coïncident justement avec mes domaines de spécialisation, la pédorhumatologie et la médecine sportive.

J'ai toujours été sportive, et ai participé à de nombreux sports de compétition. Je faisais partie de l'équipe de fastball de mon école au secondaire, de même que de l'équipe de hockey au collège, et je pratique encore de nombreux sports et activités de loisir.

Au milieu des années 90, j'étais pédiatre en pratique privée lorsqu'un membre de mon équipe m'a demandé de couvrir le championnat de soccer féminin des écoles secondaires de l'Ontario. Ayant accepté, j'ai rapidement découvert que je ne savais pas grand-chose des soins à

Au milieu des années 90, j'étais pédiatre en pratique privée lorsqu'un membre de mon équipe m'a demandé de couvrir le championnat de soccer féminin des écoles secondaires de l'Ontario. Ayant accepté, j'ai rapidement découvert que je ne savais pas grand-chose des soins à donner aux athlètes, néanmoins j'avais là une bonne occasion de manifester ma reconnaissance envers la communauté sportive.

administrer aux athlètes, néanmoins j'avais là une bonne occasion de manifester ma reconnaissance envers la communauté sportive. J'ai commencé à lire tout ce que je pouvais trouver sur la question. J'ai approché des praticiens de médecine sportive de ma région qui ont accepté de me prendre comme apprentie, ce qui constituait l'un des chemins pouvant mener à une accréditation. Par la suite, j'ai passé les examens de certification du Canada et des

États-Unis et obtenu mes diplômes.

En 1995, j'ai eu l'occasion de quitter la pratique privée et de travailler comme consultante en pédiatrie au *Children's Hospital of Eastern Ontario* d'Ottawa. J'y ai rencontré la Dr^e Nina Birdi, rhumatologue pédiatrique, qui est devenue mon mentor dans cette spécialité. Après plusieurs années de collaboration, j'ai décidé de me spécialiser dans ce domaine et ai obtenu ma certification du *Hospital for Sick Children* de Toronto en 2002. Je suis immédiatement retournée à Ottawa pour diriger le département de pédorhumatologie et la section de médecine sportive pédiatrique.

Tout cela remonte maintenant à cinq ans. On m'a récemment recrutée dans le groupe de la Dr^e Janet Ellsworth comme consultante en pédorhumatologie au *Stollery Children's Hospital* d'Edmonton. De plus, on m'a donné l'occasion extraordinaire d'élaborer un programme de médecine sportive pédiatrique pour le nord de l'Alberta. L'enseignement aux jeunes athlètes et la réadaptation sont au cœur de ce programme tout nouveau, qui comporte également un volet d'enseignement aux étudiants en médecine de premier et de deuxième cycle, et des avenues de recherche clinique.

Je dirige des cliniques séparées en médecine sportive et en rhumatologie. Les patients de chacune de ces spécialités présentent un vaste ensemble de problèmes musculo-squelettiques, et mes connaissances dans les deux domaines me permettent de leur fournir les soins les plus appropriés. En effet, je suis en mesure de proposer aux patients et à leurs familles un éventail complet de possibilités thérapeutiques.

Je crois en l'importance d'offrir de l'espoir à tous mes patients. Je ne mets jamais un athlète blessé au repos complet. Je l'encourage à s'entraîner autrement pour maintenir sa capacité cardiovasculaire et son bien-être psychologique. Je ne refuse jamais à un enfant arthritique l'occasion de participer pleinement à toute activité physique une fois que les articulations atteintes sont stabilisées. Certains de ces patients pourraient devenir les athlètes de demain.

Il est très gratifiant d'avoir affaire à des enfants et à des jeunes en formation et de les aider à développer leur plein potentiel. Ils ont rarement la chance de rencontrer des entraîneurs exceptionnels, formés pour leur enseigner la





D^{re} Claire LeBlanc (rangée du milieu, quatrième à gauche) en compagnie d'un groupe de praticiens en médecine sportive et d'autres professionnels de la santé oeuvrant dans le domaine, lors d'une partie de hockey organisée dans le cadre de la Conférence de l'Académie canadienne de médecine du sport, qui a eu lieu à Québec, en mars 2007.

meilleure façon de prévenir les blessures. Il arrive que les attentes irréalistes des parents ou de l'entraîneur résultent en un stress excessif pour ces corps en pleine croissance, ce qui peut provoquer un retrait prématuré des sports de compétition et générer de l'inactivité.

On assiste actuellement à une épidémie d'obésité. Il est bien connu qu'exercice et alimentation saine sont essentiels au maintien d'un poids normal et d'une vigueur optimale. Les enfants atteints de maladies rhumatismales présentent plus de risque d'obésité puisqu'ils sont en général moins actifs et que certains des médicaments qu'ils prennent sont associés à un gain de poids.

Une judicieuse appréciation de l'exercice et de la médecine sportive peut permettre aux médecins traitant les

enfants atteints de maladies rhumatismales de réduire le risque d'obésité à long terme. Ils peuvent aider leurs patients à se sentir bien mentalement, à atteindre une santé osseuse optimale et à obtenir une entière réadaptation. Les résidents en rhumatologie devraient être encouragés à mieux connaître cette spécialité. En fait, les rhumatologues sont des candidats idéaux pour la pratique de la médecine sportive, grâce à leur expertise considérable en médecine interne ou en pédiatrie, alliée à une connaissance approfondie de l'appareil locomoteur.

Il me semble que nous vivons à une époque idéale pour la pratique de mes spécialités, la pédiatrie, la rhumatologie et la médecine sportive. Je m'engage à encourager tous les enfants sous mes soins à adopter un mode de vie sain.

VIGNETTES SPORTIVES

Bien avant d'être rhumatologue, j'étais médecin responsable lors des parties de football des écoles secondaires de Saskatoon. Rien ne guérissait un joueur blessé comme de voir arriver, pour l'examiner, une jeune femme médecin!!!

-D^{re} Janet J Markland

* Réponses de l'éditorial : D^{re} Beth Hazel, D^r Robert Inman et D^r Gunnar Kraag.

Perspective d'un athlète : entrevue avec Chris Walby, étoile de la LCF



Chris Walby a été intronisé au Temple de la renommée de la LCF en septembre 2003 après avoir joué pour les Blue Bombers de Winnipeg durant 16 saisons comme bloqueur offensif. Dans la présente entrevue, Chris Walby, maintenant analyste de football canadien pour CBC, donne ses impressions, « de l'autre côté de la clôture », des relations entre l'athlète et le médecin de l'équipe.

Un athlète professionnel voit-il le médecin de l'équipe d'un autre œil que son médecin personnel? Le médecin de l'équipe prend-il soin de l'équipe ou du joueur?

C'est une question vraiment difficile, parce que chaque équipe a un certain nombre de « médecins de l'équipe ». J'ai vécu des situations où le médecin soutenait réellement l'équipe plus que le joueur. J'ai eu le malheur de me déchirer le biceps lors d'une partie à Birmingham. À mon retour, ils ont décidé de ne pas m'opérer, parce que je ne pourrais pas revenir au jeu aussi rapidement. Finalement, on m'a dit que je pourrais jouer dans trois semaines, avec une gaine de caoutchouc et un bandage qui empêcherait mon bras de plier. Par contre, j'ai aussi vécu une situation où le médecin a décidé que de jouer blessé me ferait, à long terme, plus de tort que de bien et qu'il fallait commencer par prendre soin de la blessure. En définitive, toutefois, je suis convaincu que le sentiment général est que le « médecin de l'équipe » est bien différent du médecin généraliste ou du médecin de famille : ces derniers n'ont pas à subir la pression du club, qui veut vous faire retourner sur le terrain le plus vite possible...

Après une blessure, qui vous donne des conseils sur le moment de revenir au jeu? Si un athlète reçoit des opinions divergentes, comment se résout le conflit?

Après une blessure, le joueur reçoit l'autorisation de jouer du médecin de l'équipe en cas de blessure grave, après une chirurgie; s'il n'y a pas de chirurgie (p. ex., blessure à l'aîne, étirement musculaire, etc.) la décision revient au physiothérapeute de l'équipe. Personne ne réalise la pression exercée sur un athlète pour qu'il guérisse au plus vite.

Quand un joueur est en train de subir des traitements au lieu de jouer sur le terrain, il se fait dire « c'est pas dans un bain tourbillon qu'on est utile à son équipe ». Résultat, les joueurs ne disent pas toujours la vérité sur la nature de leur blessure, pour éviter une longue immobilisation et peut-être même un congédiement. Si un joueur reçoit des opinions contradictoires... il peut aller voir son propre médecin, ou tout autre médecin non biaisé, pour obtenir une deuxième opinion. Parfois, cela aboutit à un congédiement injuste quand un joueur réellement blessé, soutenu par un médecin indépendant, est contredit par le médecin de l'équipe qui dit que le joueur est capable de revenir au jeu.

L'ostéoarthrite constitue une conséquence à long terme des blessures articulaires. Dans votre expérience, les médecins d'équipe accordent-ils suffisamment d'importance aux effets à long terme des blessures et au besoin de réadaptation avant de revenir au jeu, afin de prévenir les dommages articulaires à long terme?

La réponse est NON!! Leur rôle est de vous ramener sur le terrain le plus vite possible. J'ai été joueur de football professionnel durant 16 ans, et lorsque je regarde mes doigts et mes articulations maintenant, je me demande si j'aurais joué aussi longtemps si j'avais su. Sans mon amour du jeu, je suis sûr que je n'aurais pas joué plus de quelques années. Je ne sais pas comment un médecin d'équipe pourrait agir là-dessus, parce qu'il s'agit de la source de revenus du joueur : c'est en jouant qu'il paie ses factures et prend soin de sa famille. Nous devons tous faire des sacrifices, et nous n'aurions sans doute pas écouté le médecin de l'équipe de toutes façons.

Selon vous, quelles qualités personnelles devrait posséder un médecin pour être un bon médecin d'équipe?

Je crois qu'il ou elle devrait avoir à cœur l'intérêt des joueurs. Donc, je crois que les qualités les plus importantes seraient l'honnêteté et l'intégrité.