



inside **football** **medicine**

Better decisions. Better performance

INSIDE NOTES · N°1

De l'expérience du terrain à la qualité des décisions

Dr Manuel Afonso – Octobre 2026

Introduction – Partir du terrain

Il existe différentes façons d'aborder l'organisation médicale dans le football.

On peut commencer par les ressources disponibles, les protocoles, les technologies, les compétences individuelles ou les indicateurs de performance. Chacun de ces éléments a sa place. Mais aucun ne suffit, à lui seul, à décrire la qualité d'une organisation.

Sur le terrain, les situations sont rarement aussi simples.

Une blessure ne représente pas seulement un problème clinique. Elle entraîne des questions de disponibilité, de rééducation, de planification et de communication. Elle mobilise plusieurs professionnels, dont les responsabilités, les informations et les contraintes ne sont pas nécessairement les mêmes.

La qualité de la réponse dépend donc de plusieurs dimensions : ce que chacun sait, ce que chacun comprend, la manière dont les informations sont partagées et la façon dont les décisions sont prises et mises en œuvre.

Ces dimensions ne sont pas indépendantes.

Une information pertinente peut arriver trop tard. Une évaluation précise peut être interprétée différemment par deux professionnels. Une décision médicalement cohérente peut être difficile à appliquer si ses implications ne sont pas comprises par les personnes concernées.

Le problème n'est pas nécessairement un manque de compétence ou de bonne volonté. Il peut aussi se situer dans l'organisation des relations entre les individus.

C'est à partir de ces réalités que se construit la réflexion d'Inside Football Medicine.

L'objectif n'est pas de proposer une méthode universelle, ni de prétendre que toutes les organisations rencontrent les mêmes difficultés. Il s'agit plutôt d'examiner les conditions qui permettent à une organisation médicale et de performance de fonctionner de manière cohérente, dans un environnement où les décisions doivent souvent être prises avec des informations incomplètes et des contraintes concurrentes.

Trois questions ouvrent cette réflexion :

- Que peuvent réellement nous apprendre les données lorsque l'incertitude demeure ?
- Pourquoi la compétence individuelle ne garantit-elle pas l'efficacité collective ?
- Que se passe-t-il entre les professionnels lorsqu'il faut transformer des informations et des expertises différentes en une décision commune ?

Ces questions sont liées. Elles conduisent progressivement d'un problème de connaissance à un problème de décision, puis à un problème d'organisation collective.

Ce premier numéro d'Inside Notes ouvre cette exploration.

Il part de l'expérience du football professionnel, s'appuie sur les connaissances disponibles lorsque celles-ci éclairent réellement le sujet et cherche à distinguer les constats de terrain, les hypothèses de travail et les conclusions que les données permettent de soutenir.

L'enjeu n'est pas de supprimer toute incertitude. Il est de mieux comprendre comment les organisations peuvent prendre des décisions pertinentes malgré elle.

De la donnée à la décision

More Data. Same Uncertainty.

1. La donnée ne décide pas à notre place

La médecine du football dispose aujourd'hui d'une quantité croissante d'informations.

L'imagerie, les tests fonctionnels, le suivi de la charge, les antécédents médicaux et les données de performance contribuent à mieux documenter la situation d'un joueur. Ils permettent d'observer, de mesurer, de comparer et, dans certaines conditions, de mieux anticiper.

Cette évolution est précieuse. Elle élargit les possibilités d'évaluation et peut améliorer la qualité du raisonnement clinique.

Mais disposer de davantage d'informations ne signifie pas que l'on connaît avec certitude la suite des événements.

Un examen renseigne sur un état à un moment donné. Un test mesure une capacité dans des conditions déterminées. Un indicateur de charge décrit une partie de l'exposition à l'effort. Aucun de ces éléments ne reproduit à lui seul toute la complexité d'un match, avec ses accélérations, ses changements de direction, ses contacts, sa fatigue et ses exigences décisionnelles.

La question n'est donc pas de savoir si les données sont utiles. Elle est de comprendre ce qu'elles permettent réellement d'affirmer, ce qu'elles laissent indéterminé et la manière dont elles doivent être interprétées.

2. De l'information à l'interprétation

Une donnée ne prend pas sa signification indépendamment de son contexte.

Le même résultat peut avoir une portée différente selon l'histoire du joueur, le stade de sa rééducation, les exigences de son poste, les contraintes du calendrier ou les caractéristiques de la compétition à venir.

L'interprétation nécessite donc de relier plusieurs éléments. Elle suppose de comprendre les limites des mesures disponibles et de reconnaître que certaines questions resteront sans réponse définitive.

Cette distinction est importante : mesurer n'est pas interpréter, et interpréter n'est pas encore décider.

Entre l'information recueillie et la décision finale se trouvent le raisonnement clinique, l'appréciation du contexte, l'évaluation des conséquences possibles et la prise en compte des incertitudes résiduelles.

Les outils peuvent soutenir ce processus. Ils ne le remplacent pas.

ÉTUDE DE CAS

Quand un indicateur devient une explication

La distance parcourue en match est une donnée facile à comprendre, à comparer et à communiquer. Elle peut sembler offrir une lecture objective de l'activité physique d'une équipe. Mais que permet-elle réellement de conclure ?

Dans leur rapport publié en 2025, *Time to drop running as a KPI in elite football: football fitness and freshness as match-day preconditions* [1], Mandorino et ses collègues examinent les relations entre l'activité de course en match, des indicateurs estimés de fitness et de fraîcheur, et les résultats obtenus par une équipe professionnelle. Leur analyse porte sur 25 joueurs d'un même club italien, sur trois saisons.

Les auteurs rapportent une association entre certaines combinaisons de fitness, de fraîcheur et de volume de course et la probabilité de victoire. En particulier, la combinaison d'indices élevés de fitness et de fraîcheur avec un volume de course plus faible était associée à une probabilité de victoire plus élevée dans leur échantillon. Ce résultat doit toutefois être interprété avec prudence : il s'agit d'une étude observationnelle menée dans un seul club, et une association ne démontre pas une relation de causalité. Elle ne permet donc pas de conclure que courir moins fait gagner.

L'intérêt de cette étude dépasse la question des kilomètres parcourus. Une équipe ne court pas indépendamment de son jeu. Son activité dépend notamment de son organisation, de ses intentions tactiques, de l'adversaire et du scénario de la rencontre. Le volume de course observé est aussi le produit des exigences auxquelles les joueurs ont été confrontés.

Il faut également distinguer ce qu'un joueur réalise de ce qu'il est capable de réaliser. La distance parcourue en match ne constitue pas, à elle seule, une mesure suffisante de sa forme physique. Elle ne renseigne pas complètement sur le coût physiologique ou mécanique de son activité, ni sur les raisons pour lesquelles cette activité a pris cette forme.

Cet exemple illustre une limite plus générale de l'analyse de la performance : une mesure peut être exacte sans suffire à expliquer ce que l'on observe. La donnée décrit une partie de la réalité ; la décision exige de comprendre cette réalité.

Le problème n'est donc pas nécessairement la donnée elle-même. Il se situe dans le passage de la mesure à l'interprétation, puis de l'interprétation à la décision. Avant de conclure qu'une équipe ne court pas assez, il faut comprendre ce que son jeu lui demande de faire. Avant de conclure qu'un joueur n'est pas en forme parce qu'il a peu couru, il faut distinguer son activité observée de ses capacités et de son état de préparation.

La question n'est pas seulement : combien a-t-il couru ? Elle est aussi : pourquoi a-t-il couru autant, dans quelles conditions, et qu'est-ce que cette information nous permet réellement de conclure ?

3. Décider lorsque la certitude est impossible

Dans le football professionnel, certaines décisions ne peuvent pas attendre que toutes les incertitudes soient levées.

La question de la disponibilité d'un joueur en est un exemple. Les professionnels doivent mettre en relation son état clinique, ses capacités fonctionnelles, les exigences de la compétition et les conséquences possibles des différentes options.

La décision ne consiste pas simplement à additionner des résultats pour obtenir une réponse automatique. Elle exige de déterminer quelles informations sont pertinentes, quelles limites persistent et quelles conséquences chaque option peut entraîner.

Reconnaître l'incertitude n'autorise pas l'arbitraire. Cela impose de rendre le raisonnement plus explicite : sur quelles informations s'appuie-t-on ? Quelles limites ont été identifiées ? Quelles conséquences ont été considérées ? Qu'est-ce qui pourrait conduire à réviser la décision ?

L'incertitude ne disparaît pas nécessairement lorsque le raisonnement est de bonne qualité. En revanche, elle peut être mieux caractérisée et prise en compte.

4. Réduire l'incertitude sans prétendre l'éliminer

L'ambition de la médecine du football ne peut pas être de prévoir parfaitement ce qui va arriver.

Elle consiste notamment à recueillir des informations pertinentes, à les interpréter avec rigueur et à les utiliser pour prendre une décision aussi justifiée que possible dans les circonstances présentes.

Cette approche implique deux exigences complémentaires.

La première est scientifique : comprendre ce que les outils et les connaissances disponibles permettent réellement de conclure.

La seconde est décisionnelle : accepter qu'une décision doit parfois être prise alors que certaines questions restent ouvertes.

La donnée doit éclairer le raisonnement clinique, non s'y substituer.

Cette distinction conduit à une question supplémentaire. Si la qualité d'une décision dépend de la manière dont l'information est interprétée, il faut aussi examiner ce qui se passe lorsque cette interprétation mobilise plusieurs professionnels. Le problème n'est alors plus seulement de disposer d'informations pertinentes, mais de comprendre comment des analyses différentes contribuent à un choix concret. Dans le football, les décisions importantes mobilisent rarement une seule expertise. C'est là que la réflexion quitte progressivement la seule question de la donnée pour aborder celle du collectif.

SUR LINKEDIN [« More data. Same uncertainty. »](#) →

///// PARTIE II

De l'expertise individuelle à l'action collective

A Team of Experts ≠ An Expert Team

5. La compétence individuelle ne suffit pas

Une organisation peut réunir des professionnels hautement qualifiés sans pour autant fonctionner comme une équipe efficace.

Le médecin possède son expertise clinique. Le kinésithérapeute apporte sa connaissance du joueur et de sa progression fonctionnelle. Le préparateur physique évalue les exigences de charge et de performance. L'entraîneur raisonne à partir des besoins sportifs et des contraintes de compétition.

Chacun peut être compétent dans son domaine.

Mais la présence de ces compétences autour d'une même table ne garantit pas qu'elles produiront une compréhension partagée de la situation, ni une décision collective cohérente.

Les informations peuvent circuler sans être interprétées de la même manière. Les priorités peuvent différer. Une décision peut être claire pour celui qui la prend, mais rester ambiguë pour celui qui doit la mettre en œuvre.

Il faut donc distinguer deux réalités : la qualité des individus et la qualité du fonctionnement collectif.

La première est indispensable. La seconde ne découle pas automatiquement de la première.

6. L'équipe comme autre niveau d'analyse

Évaluer une équipe uniquement à travers les compétences de ses membres revient à ne considérer qu'une partie du problème.

Il faut aussi examiner la façon dont ces compétences se complètent, les informations qui circulent entre les professionnels, les désaccords qui sont exprimés et la manière dont les responsabilités sont comprises.

Ces dimensions ne garantissent pas à elles seules la qualité d'une décision. Elles constituent toutefois des questions importantes lorsqu'on cherche à comprendre pourquoi une organisation fonctionne bien dans certaines situations et rencontre des difficultés dans d'autres.

Un collectif ne peut pas être réduit à la somme de ses membres. Il faut également s'intéresser à ce qui se produit lorsqu'ils travaillent ensemble.

Cette proposition doit être examinée concrètement, plutôt que transformée en slogan. Une équipe efficace ne se définit pas simplement par une bonne ambiance, des réunions régulières ou l'absence de désaccords.

Elle doit pouvoir confronter des points de vue différents, faire circuler les informations pertinentes et clarifier les décisions qui nécessitent une action coordonnée.

Le désaccord peut être utile s'il permet de mieux comprendre une situation. Il devient problématique lorsqu'il reste implicite, qu'il empêche la compréhension mutuelle ou qu'il n'est jamais traduit en décision claire.

7. De l'expertise à l'action collective

Dans une organisation médicale et de performance, une décision peut mobiliser plusieurs niveaux de responsabilité.

L'évaluation clinique ne répond pas à toutes les questions relatives à la reprise. Les données fonctionnelles ne déterminent pas seules les exigences de la compétition. Les besoins sportifs ne peuvent pas, à eux seuls, établir l'état médical d'un joueur.

Ces perspectives sont différentes, mais elles concernent une même situation.

L'enjeu n'est pas de faire disparaître ces différences ni de demander à chaque professionnel de sortir de son domaine de compétence. Il est de comprendre comment les différentes expertises peuvent contribuer à une décision dont les implications sont partagées et comprises.

Cela suppose de clarifier les responsabilités, de distinguer les éléments établis des points qui restent incertains et de rendre explicites les conséquences opérationnelles de la décision.

Des procédures de communication et des responsabilités formalisées n'ont de valeur que si elles sont réellement utilisées et adaptées au contexte.

L'organisation collective mérite donc d'être examinée dans son fonctionnement réel, et pas seulement dans sa structure théorique.

8. Regarder ce qui se passe entre les experts

Les chapitres précédents ont distingué la compétence de chaque professionnel du fonctionnement du collectif. Reste à examiner ce qui relie concrètement les deux : comment une information est transmise, comprise et utilisée ; comment les différences d'interprétation sont repérées ; comment une décision est communiquée à ceux qui devront agir ; et comment les responsabilités sont réparties lorsque plusieurs domaines d'expertise se rencontrent.

Ces questions déplacent l'analyse de la composition du staff vers son fonctionnement réel. Elles indiquent ce qu'il faut observer pour comprendre pourquoi les expertises se complètent dans certaines situations et peinent à produire une action cohérente dans d'autres.

La question n'est plus seulement de savoir si les bonnes personnes sont présentes.

Elle est de comprendre comment leur expertise devient — ou ne devient pas — une capacité d'action collective.

ÉTUDE DE TERRAIN

La veille d'un match à élimination directe

Phase finale d'une compétition continentale.

À la veille d'un match à élimination directe, un attaquant titulaire revenant de blessure réalise un entraînement préoccupant. Ses gestes manquent de précision, ses appuis sont difficiles et une boiterie apparaît par moments.

Une réunion est organisée entre le joueur, le sélectionneur et moi-même, en tant que médecin de la sélection.

Le sélectionneur souligne l'importance du joueur pour le match du lendemain. Mon évaluation médicale indique qu'il n'a pas encore retrouvé l'ensemble de ses capacités physiques. Le joueur, de son côté, estime pouvoir jouer et considère que la principale difficulté est la douleur, qu'il pense pouvoir supporter.

Trois acteurs, trois lectures d'une même situation.

Le sélectionneur raisonne à partir des besoins de l'équipe et de l'enjeu sportif. Pour ma part, je m'appuie sur l'évaluation clinique et fonctionnelle. Le joueur apporte son ressenti et sa perception de sa capacité à jouer.

Au terme de la discussion, il est convenu que le joueur débutera la rencontre. Il s'engage à signaler honnêtement le moment où la douleur deviendrait handicapante afin qu'un remplacement puisse être envisagé.

Le joueur commence le match et sort en seconde période. Le cours de la rencontre permet alors au sélectionneur de se passer d'un attaquant. La possibilité tactique devient aussi une occasion de protéger le joueur.

Le remplacement n'est donc pas la conséquence directe d'une alerte médicale ou d'une demande du joueur : c'est le contexte du match qui a rendu cette option possible.

Cette situation montre que la décision initiale n'est qu'un moment du processus. Sa mise en œuvre dépend aussi de la capacité à réévaluer la situation et à saisir les possibilités qui apparaissent en cours de rencontre.

La protection du joueur et les exigences de la compétition ne sont pas toujours deux objectifs opposés. L'évolution du contexte peut parfois permettre de mieux les concilier.

Cette situation laisse toutefois une question ouverte : comment définir, avant le match, les conditions dans lesquelles une décision pourra être réexaminée ? L'accord entre les personnes est important ; la clarté des critères et des responsabilités l'est tout autant.

Ce que la littérature sur la collaboration interprofessionnelle apporte

La collaboration entre professionnels de santé a fait l'objet de revues systématiques. Reeves et ses collègues [2] ont analysé neuf études randomisées portant sur différentes interventions de collaboration dans des contextes de soins variés. Les résultats suggèrent des bénéfices possibles sur certains processus de soins, l'utilisation des ressources et quelques résultats pour les patients, mais les effets sont hétérogènes et le niveau de certitude est faible à très faible. Cette revue ne permet donc pas d'affirmer qu'une forme particulière de collaboration fonctionne partout ni d'identifier un modèle universellement supérieur.

Une revue systématique plus récente de Bouton et ses collègues [3], fondée sur 65 articles décrivant 61 interventions en soins primaires, rapporte des résultats qui varient selon les populations et les problèmes de santé étudiés. Les résultats sont plus favorables pour certains groupes, notamment les patients à risque cardiovasculaire, mais restent hétérogènes dans d'autres contextes. Les auteurs soulignent les limites de comparabilité des interventions et des critères de jugement.

Ces travaux ne démontrent pas directement la supériorité d'un modèle médico-performance dans le football professionnel : les contextes, les professions et les objectifs diffèrent. Ils soutiennent une conclusion plus limitée, mais utile : la collaboration est une réalité organisationnelle à construire et à évaluer, et non un résultat automatiquement produit par la présence de plusieurs professions.

Le cadre de l'Organisation mondiale de la Santé sur la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative [4] complète cette perspective en abordant les conditions qui favorisent le travail conjoint entre professions.

Dans le football, les contraintes sont spécifiques : calendrier compétitif, disponibilité des joueurs, exigences de performance et décisions parfois urgentes. La littérature en santé ne peut donc pas être transposée telle quelle. Elle fournit plutôt un cadre pour poser les bonnes questions : comment les expertises se complètent-elles ? Comment les désaccords sont-ils traités ? Comment une décision devient-elle une action coordonnée ?

SUR LINKEDIN [« A team of experts ≠ an expert team. »](#) →

Construire un système médico-performance

9. Du staff médical et du staff performance au staff médico-performance

Les limites de la donnée et celles de l'expertise individuelle conduisent à une question d'organisation : comment créer les conditions pour que des informations incomplètes, des analyses différentes et des responsabilités distinctes contribuent à une décision cohérente ? Le système médico-performance constitue une proposition pour répondre à cette question. Il ne s'agit pas d'un modèle dont la supériorité serait déjà démontrée par la littérature, mais d'un cadre de travail à expliciter, à adapter à chaque club et à évaluer dans son fonctionnement réel.

Le staff médical et le staff performance réunissent des compétences différentes, nécessaires à l'accompagnement du joueur. Leur coexistence ne suffit pourtant pas à créer un fonctionnement commun.

Le passage à un staff médico-performance ne consiste pas simplement à rapprocher les deux groupes, à multiplier les réunions ou à partager davantage de données. Il consiste à organiser leurs expertises autour d'une compréhension commune de la situation du joueur et de décisions cohérentes.

Les métiers ne se confondent pas. Les responsabilités médicales restent médicales ; les responsabilités liées à l'entraînement et à la performance restent celles des professionnels concernés. L'objectif est de rendre leurs contributions complémentaires, compréhensibles et opérationnelles.

Le terme **staff médico-performance** désigne l'organisation humaine. Le terme **système médico-performance** décrit son fonctionnement : les informations, les interprétations, les décisions, les responsabilités, les actions et les retours d'expérience qui relient les professionnels.

Dans ce système, une fonction de coordination médico-performance peut être identifiée. Elle organise le circuit d'information, trace les décisions et leurs responsables, vérifie le suivi et déclenche les réévaluations prévues. Selon les clubs, elle peut être confiée à un professionnel dédié ou assumée par un membre du staff ; elle ne se substitue ni au médecin ni à l'entraîneur dans leurs décisions propres.

L'objectif n'est pas de rapprocher le staff médical et le staff performance. C'est de les faire fonctionner comme un système médico-performance.

10. Construire une compréhension partagée du joueur

Un joueur peut être décrit de plusieurs façons selon le professionnel qui l'observe. Le médecin s'intéresse à son état clinique et aux risques pertinents. Le kinésithérapeute suit sa progression fonctionnelle. Le préparateur physique évalue sa réponse à la charge et sa capacité à répondre aux exigences de l'entraînement. L'entraîneur considère les besoins de l'équipe et les contraintes de la compétition.

Ces lectures ne sont pas interchangeables. Elles doivent être mises en relation.

Une compréhension partagée ne signifie pas que tous les professionnels doivent avoir le même avis. Elle signifie que chacun comprend les éléments essentiels apportés par les autres, les incertitudes restantes, les limites de son propre champ d'expertise et les conséquences pratiques de la décision collective.

La question n'est donc pas seulement : « Que savons-nous de ce joueur ? » Elle est aussi : « Que signifie cette information pour les autres professionnels et pour la prochaine décision à prendre ? »

11. Clarifier les responsabilités et les conditions de réévaluation

Une décision coordonnée exige de distinguer plusieurs rôles : qui évalue, qui apporte une expertise, qui doit être consulté, qui est responsable de la décision relevant de son champ, qui communique les consignes et qui vérifie leur mise en œuvre. « Collectif » ne signifie pas que toutes les décisions sont prises par tous, ni que les responsabilités se confondent.

Cette clarification est particulièrement importante lorsque les objectifs peuvent entrer en tension. Une décision de reprise, par exemple, mobilise l'évaluation médicale, la progression fonctionnelle, la capacité à supporter la charge, les exigences du match et la perception du joueur. Aucun de ces éléments ne doit être confondu avec l'ensemble de la décision.

■ Exemple – Répartition des rôles dans une décision de reprise

Acteur	Ce qu'il apporte	Responsabilité / limite du rôle
Médecin	Évaluation clinique, risques identifiés, incertitudes restantes	Décision d'aptitude médicale dans son champ ; expliciter les restrictions, signaux d'alerte et conditions de réévaluation
Kinésithérapeute	Progression fonctionnelle, réponse aux tests, tolérance aux exercices de rééducation	Conduite de la rééducation et contribution à l'évaluation fonctionnelle ; ne se substitue pas à la décision médicale d'aptitude
Préparateur physique	Tolérance à la charge, capacités physiques, réponse à la réathlétisation	Planification et adaptation de la charge dans le cadre des restrictions et objectifs communiqués ; signaler les réponses préoccupantes
Entraîneur	Besoins de l'équipe, exigences tactiques et contraintes du match	Décision de sélection et de temps de jeu dans le respect des limites médicales ; réévaluer les options sportives si le contexte évolue
Joueur	Ressenti, perception de ses capacités, symptômes et évolution	Participer aux échanges et signaler honnêtement les symptômes ; ne porte pas seul la responsabilité de l'évaluation médicale ou de l'aptitude
Coordination médico-performance	Vue d'ensemble des informations, échéances, décisions attendues et transmissions	Organiser le circuit d'information, tracer les décisions et leurs responsables, vérifier le suivi et déclencher la réévaluation prévue ; ne se substitue ni au médecin ni à l'entraîneur dans leurs décisions propres

Ce tableau est indicatif : les intitulés, délégations et circuits de validation doivent être adaptés à l'organisation du club et au cadre réglementaire applicable. Il ne remplace ni les obligations professionnelles ni les responsabilités individuelles. Son intérêt est de rendre visibles les contributions, les limites de chaque rôle et les décisions qui doivent rester attribuées à un responsable identifié.

Il est également utile de préciser, avant l'action, ce qui pourrait conduire à réexaminer le choix initial, qui doit être alerté et qui prend la décision correspondante. Une décision peut être pertinente au regard des informations disponibles à un instant donné, puis devoir évoluer si l'état du joueur, le contexte ou les exigences changent. La réévaluation n'efface pas les responsabilités : elle les réactive dans un contexte qui a évolué.

La situation décrite dans l'étude de terrain illustre cette dimension. L'accord préalable avait prévu que le joueur signale une douleur devenue handicapante. En cours de match, le contexte tactique a ouvert au sélectionneur la possibilité de le remplacer. La décision s'est inscrite dans une situation évolutive, et non dans l'application mécanique d'un choix pris la veille.

L'enjeu est de rendre ces possibilités de réévaluation explicites, sans supposer qu'un protocole peut anticiper toutes les situations.

12. Observer le fonctionnement réel pour le faire évoluer

Une organisation peut disposer d'un organigramme clair, de protocoles écrits et de réunions régulières tout en rencontrant des difficultés dans la circulation de l'information ou la mise en œuvre des décisions.

Il faut donc regarder le travail tel qu'il se déroule réellement : comment les informations arrivent, qui les interprète, comment les désaccords sont formulés, comment les décisions sont communiquées et ce qui se passe ensuite.

L'analyse ne porte pas uniquement sur les erreurs visibles. Elle examine aussi les mécanismes qui facilitent le travail : une transmission anticipée, une responsabilité comprise, un désaccord traité suffisamment tôt ou une possibilité de réévaluation identifiée avant qu'elle ne devienne urgente.

Cette démarche suppose d'observer les situations, de confronter les points de vue des professionnels et de comparer les procédures prévues avec les pratiques réelles. Elle ne cherche pas à attribuer systématiquement les difficultés à une personne. Elle cherche à comprendre comment le système contribue au résultat.

C'est à ce niveau que l'audit du fonctionnement médico-performance prend son sens : non comme un simple contrôle documentaire, mais comme une analyse structurée des interactions entre les expertises, les décisions et les actions.

Le but n'est pas de créer un modèle uniforme pour tous les clubs. Il est d'identifier les conditions qui, dans une organisation donnée, peuvent rendre les décisions plus lisibles, mieux coordonnées et plus cohérentes avec les besoins du joueur.

Conclusion – De l'expertise à la qualité des décisions

La donnée est indispensable, mais elle ne décide pas à notre place. L'expertise individuelle est indispensable, mais elle ne garantit pas le fonctionnement collectif. La communication est indispensable, mais elle n'a de valeur que si elle permet aux professionnels de mieux comprendre la situation et d'agir de façon cohérente.

La réflexion IFM relie ces trois niveaux : l'information, la décision et l'organisation. Le système médico-performance est une proposition pour organiser les conditions dans lesquelles des expertises distinctes contribuent à une compréhension partagée, à des décisions clairement attribuées et à une action coordonnée.

Il ne s'agit pas de supprimer l'incertitude, les différences de points de vue ou les contraintes de la compétition. Il s'agit de mieux les traiter. La qualité d'une organisation ne dépend pas seulement de ce que chacun sait, mais aussi de la manière dont elle met ces savoirs en relation, clarifie les responsabilités et transforme les décisions en actions cohérentes.

Références

1. Mandorino M, Lacombe M, Verheijen R, Buchheit M. *Time to drop running as a KPI in elite football: football fitness and freshness as match-day preconditions*. Sport Performance & Science Reports. 2025; SPSR254. Étude observationnelle portant sur 25 joueurs d'un club professionnel italien et 73 matches sur trois saisons. https://sportperfsci.com/wp-content/uploads/2025/04/SPSR254_Mandorino.pdf
2. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. *Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;6:CD000072. doi:10.1002/14651858.CD000072.pub3. Revue systématique de neuf études randomisées ; certitude globale des preuves faible à très faible.
3. Bouton C, Journeaux M, Jourdain M, Angibaud M, Huon JF, Rat C. *Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health? A systematic literature review*. BMC Primary Care. 2023;24:253. doi:10.1186/s12875-023-02189-0. Revue de 65 articles portant sur 61 interventions en soins primaires.
4. World Health Organization. *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva: WHO; 2010. WHO/HRH/HPN/10.3. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>

Pour aller plus loin

Les publications Inside Football Medicine liées à ce numéro :

→ « *Something built from the field, for the field.* » – le lancement d'Inside Football Medicine

→ « *More data. Same uncertainty.* » – en lien avec la partie I

→ « *A team of experts ≠ an expert team.* » – en lien avec la partie II

L'auteur



Dr Manuel Afonso

Médecin du sport, le Dr Manuel Afonso a construit son parcours au cœur du football professionnel, en club comme en sélection nationale.

CS Sedan Ardennes (2004-2014) : Ligue 1, Ligue 2 et finale de la Coupe de France.

Équipe nationale du Sénégal (2019-2024) : finale de la CAN 2019, victoire à la CAN 2021, Coupe du monde 2022.

Olympique Lyonnais (2025-2026) : responsable des services médicaux, Ligue 1 et Europa League.

Il est aujourd'hui médecin de l'équipe nationale d'Angola et développe Inside Football Medicine (IFM), une activité de conseil et d'audit consacrée au fonctionnement des staffs médicaux et de performance dans le football.

Site : insidefootballmedicine.com · E-mail : contact@insidefootballmedicine.com · [LinkedIn](#)