

Réflexion Sport

Scientifique & technique

EXTRAIT

La reprise
du sport après
une **blessure** :
l'apport de la
psychologie



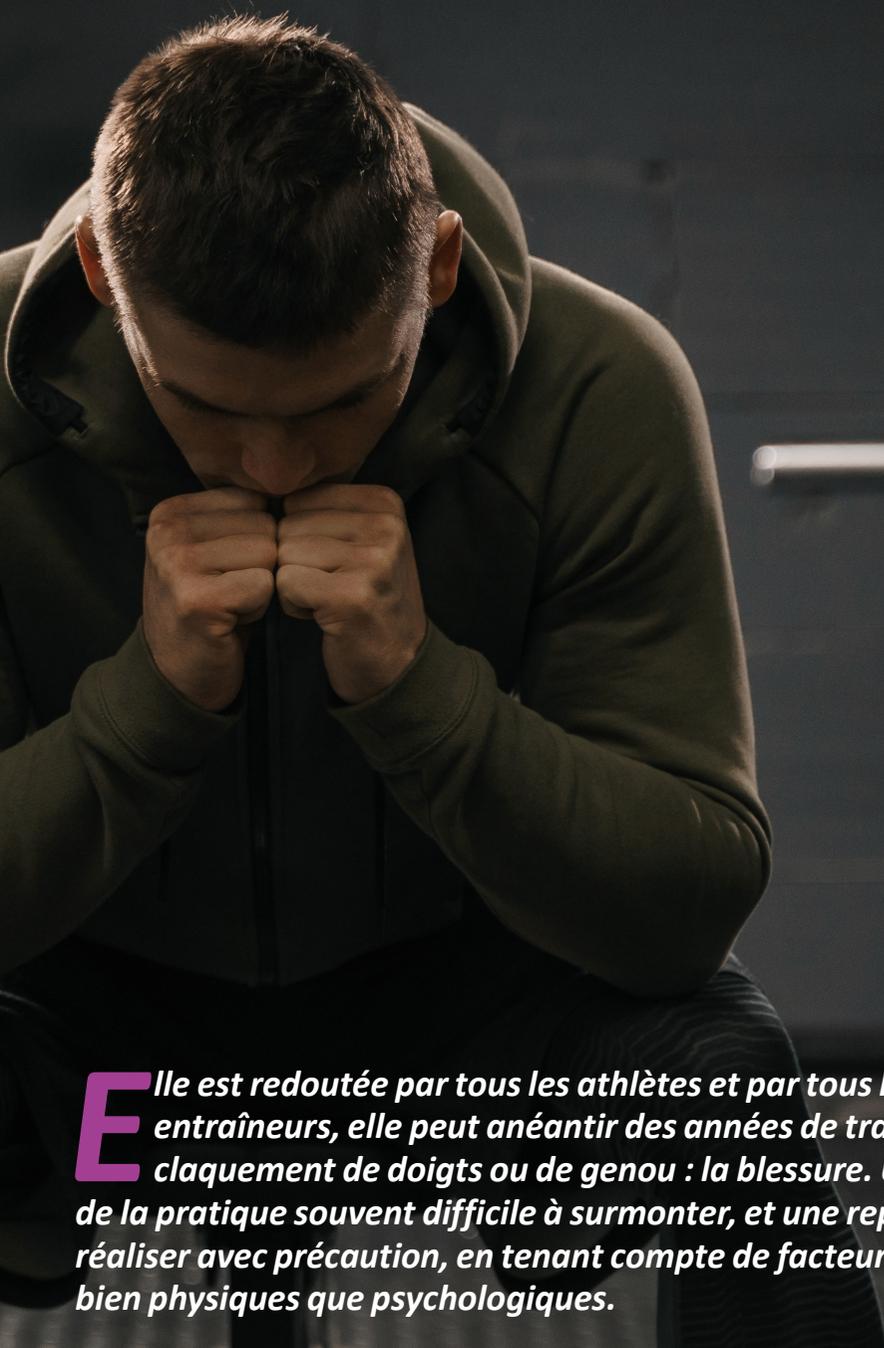
La reprise du sport après une blessure : l'apport de la psychologie



Par Coline Régnault,
Psychologue et préparatrice mentale,
pôle Médical / unité Psychologie du sport



Alexis Ruffault
Chercheur en psychologie appliquée au sport de haut niveau à l'INSEP,
pôle Performance / unité Recherche et laboratoire SEP.



Elle est redoutée par tous les athlètes et par tous les entraîneurs, elle peut anéantir des années de travail en un claquement de doigts ou de genou : la blessure. Un arrêt de la pratique souvent difficile à surmonter, et une reprise à réaliser avec précaution, en tenant compte de facteurs aussi bien physiques que psychologiques.

Une chute, une mauvaise réception, l'accumulation de fatigue, un échauffement mal négocié, un mouvement adverse trop appuyé, une seconde d'inattention... tant de grands faits et de petits détails qui font la cruauté et la beauté du sport, qui font basculer un match, une course, un combat, qui font passer un athlète du terrain à l'infirmerie, de la lumière des podiums à l'ombre de la rééducation.

Djibril Cissé ou Yoann Gourcuff en football, Samir Aït-Saïd en gymnastique, Marion Rolland en ski alpin, Paul George en basket, Thibaut Pinot en cyclisme sur route, Juan Martín Del Potro en tennis, Pauline Ferrand-Prévoit en VTT, ou encore Teddy Tamgho en athlétisme : la liste des athlètes aux palmarès prestigieux mais dont la carrière a été jalonnée, freinée ou brisée par des blessures, est longue, si ce n'est infinie. On pourrait qualifier certains de ces grands noms de « maudits du sport », d'autres de « phénix du sport », renaissant de leurs cendres pour s'envoler vers d'autres médailles dorées. Qu'elle soit légère, grave ou à répétition, la blessure reste un événement traumatisant pour tout athlète, une expérience douloureuse qui vient bousculer son quotidien, son rapport au corps et au temps, ses objectifs et ses rêves. Elle signifie bien souvent un arrêt brutal de l'entraînement, de la compétition, de la vie d'athlète de haut niveau. Ce sont alors des jours, des semaines, des mois que l'athlète va devoir accepter et gérer aussi bien physiquement que

psychologiquement. La blessure, chez certains, pourra laisser place à l'incertitude, au sentiment de vide, à la perte de motivation, avec des cicatrices aussi bien visibles qu'invisibles. À l'inverse, d'autres feront passer la blessure de pire ennemie à amie bon gré mal gré, s'en servant comme source de remise en question positive, voire de progrès, afin de revenir « plus vite, plus haut, plus fort » selon la devise chère à Coubertin. Mais alors pourquoi tant de disparités entre les athlètes ?

Du soin à la reprise : le rôle de la réathlétisation

D'après Brown (2005), il y a deux types de sportifs : ceux qui ont été blessés, et ceux qui ne l'ont pas encore été. La blessure fait en effet partie de la vie de tout athlète, son risque de survenue est d'autant plus élevé que la pratique du sport est intensive (Sumilo et Stewart-Brown, 2006), ce qui peut avoir d'importantes conséquences sur la santé de l'athlète.

Mais qu'est-ce qu'une blessure ? Le nouveau consensus de 2020 du Comité international olympique la définit comme « *une lésion tissulaire ou un autre dérèglement des fonctions physiques normales, dû à la pratique d'un sport, résultant d'un transfert rapide ou répétitif d'énergie cinétique* » (Bahr et al. 2020). D'après la littérature, on qualifie la blessure comme ►

étant à l'origine d'un arrêt de l'activité d'au moins trois jours dû à une surcharge. Par ailleurs, en médecine du sport, la gravité de la blessure est, la plupart du temps, mesurée en durée de perte de temps, c'est-à-dire le temps durant lequel l'athlète n'est pas disponible pour l'entraînement à intensité habituelle et pour la compétition, à partir de la date de début de la blessure jusqu'à ce que l'athlète soit entièrement disponible pour reprendre l'entraînement et la compétition. Lorsqu'un athlète se blesse, il doit entrer dans un circuit de prise en charge où il va rencontrer plusieurs acteurs médicaux et paramédicaux ainsi que des préparateurs physiques (réathlétiseurs) qui vont lui permettre un retour au sport adapté et durable. Ce circuit comporte trois grandes étapes :

- le soin ;
- la rééducation ;
- la réathlétisation.

Le médecin du sport est le premier acteur que l'athlète blessé va rencontrer. Il a pour mission de poser un diagnostic sur la blessure et d'identifier sa nature afin de proposer un protocole d'examen et de soin adapté, permettant à l'athlète de retrouver le plus rapidement et durablement possible sa mobilité ainsi que ses capacités sportives d'avant blessure. Un entretien clinique va ainsi permettre d'identifier les différents déterminants et facteurs de risque de la blessure mais aussi d'évaluer l'impact de cette dernière sur la carrière de l'athlète (arrêt de l'entraînement, de la compétition, etc.). Une fois le diagnostic posé, l'athlète est dans

un premier temps pris en charge par les kinésithérapeutes. Leur travail consiste à soigner la partie lésée du corps en utilisant des techniques manuelles couplées à du matériel professionnel afin de guider les différentes phases de guérison que sont la cicatrisation, la régénération, le renforcement, la proprioception, et ce jusqu'à retrouver une mobilité permettant à l'athlète un retour à l'entraînement et à la compétition.

“ ... on qualifie la blessure comme étant à l'origine d'un arrêt de l'activité d'au moins trois jours dû à une surcharge. ”

Parallèlement à la période de rééducation ou à l'issue de celle-ci, en accord avec l'équipe médicale, l'athlète pourra effectuer une étape de réathlétisation sur plusieurs séances afin de reprendre graduellement l'activité physique. La réathlétisation est réalisée à partir d'un protocole permettant à l'athlète blessé une reprise d'activité précoce, efficace et sécurisée de sa pratique. Cet accompagnement, individualisé, a pour objectif de travailler sur la ▶

condition physique et les facteurs de force, de mobilité et de puissance de l'athlète, afin de lui permettre un retour plus rapide et durable à la performance de haut niveau tout en diminuant le risque d'aggravation de la blessure ou la survenue de nouvelles. Ce retour à la performance s'effectue en trois étapes successives :

le retour au sport

préparation physique générale

le retour à l'entraînement mixte

préparations physiques générale et spécifique

le retour à la performance

Le travail de réathlétisation ne s'axe pas exclusivement sur la partie du corps lésée mais également sur les différents paramètres de la condition physique globale du sportif, de manière à offrir une préparation physique adaptée, destinée à lutter contre les déséquilibres, les compensations et les facteurs de rechute, prévenant les risques de nouvelles blessures.

“... limiter le temps d'arrêt complet de la pratique mais aussi tout risque de rechute.”

Le profilage :

une photographie instantanée à dimensions physiologique, biomécanique et psychologique

Après la réathlétisation, l'athlète peut également bénéficier d'une séance de profilage à partir de différents tests d'indicateurs physiques. Le profilage regroupe un ensemble de moyens paramédicaux qui vont être mis en œuvre afin de rétablir complètement l'efficacité motrice ou fonctionnelle de l'athlète en le rapportant au contexte de sa discipline. Il est composé de différents exercices qui permettent d'avoir une photographie instantanée de l'athlète afin d'élaborer avec les staffs concernés, un travail de prévention optimal des déséquilibres et des risques de blessures.

Les équipes médicales et paramédicales travaillent de concert pour offrir une prise en charge individualisée de l'athlète destinée à limiter le temps d'arrêt complet de la pratique mais aussi tout risque de rechute. Toutefois, si cette prise en charge contient différents indicateurs de suivi physiologiques, biomécaniques ou encore médicaux sur l'évolution de la rémission d'une blessure, les avancées scientifiques soulignent que les athlètes blessés peuvent atteindre des capacités fonctionnelles leur permettant un retour au sport avant même d'être psychologiquement prêts à le faire. De plus, de nombreux athlètes ne ▶

parviennent pas toujours à retrouver leur niveau de performance pré-blessure, et ce phénomène peut être attribué à des facteurs psychologiques (J. Taylor et S. Taylor, 1997). Il était ainsi intéressant de porter notre attention sur ces différents facteurs psychologiques déterminant la blessure, afin de tendre vers une prise en charge des athlètes pluridisciplinaire et complète, pour un accompagnement optimal.

Vers un modèle intégratif biopsychosocial

La littérature scientifique sur les déterminants de la blessure montre que les contraintes liées à la pratique du sport de haut niveau induisent diverses réactions sur le plan psychologique telles que du stress, mais aussi des difficultés d'ajustement ou encore l'adoption de comportements à risque par les athlètes. Le modèle intégratif biopsychosocial de la blessure en sport de Wiese-Bjornstal *et al.* (2018) permet une approche multifactorielle et pluridisciplinaire de la blessure (Fig. 1).

D'après ce modèle, plusieurs facteurs régulateurs interagissent les uns avec les autres et influencent les réponses cognitives, émotionnelles et comportementales de l'athlète à la blessure. Certains facteurs identifiés trente ans auparavant par Andersen et Williams (1988) dans leur modèle « stress-blessure » sont désormais intégrés comme des prédicteurs de la survenue de blessures :

Les facteurs personnels que sont :

- (1) l'expérience de l'athlète (blessures antérieures, blessure actuelle et sa sévérité, origine perçue de la blessure) ;
- (2) les différences individuelles en termes de personnalité, motivation et tolérance à la douleur ;
- (3) les facteurs démographiques (âge, genre) et physiques (santé physique, troubles alimentaires ou consommation de compléments).

Les facteurs situationnels qui correspondent :

- (1) au sport pratiqué (type de sport, niveau de compétition ou encore statut en tant qu'athlète) ;
- (2) à l'environnement social (relation avec l'entraîneur, les coéquipiers ou le support social) ;
- (3) environnemental (disponibilité, accessibilité aux infrastructures) de l'athlète.

Ces facteurs situationnels peuvent influencer ses réactions cognitives, émotionnelles et comportementales après la blessure.

Lors de la survenue de la blessure et tout au long du processus de rééducation, l'athlète évalue cognitivement de nombreux paramètres tels que la cause de la blessure, la vitesse de récupération, son niveau de performance actuel en comparaison à ses coéquipiers et adversaires, mais également ses capacités à faire face à la blessure ou le soutien social disponible perçu. Ces paramètres peuvent évoluer au cours du processus de rééducation et leurs ►

Dans ce modèle, un stressueur est un événement pouvant provoquer un stress, c'est-à-dire un déséquilibre pour l'athlète entre la perception de la difficulté d'une situation et la perception de ses capacités à y faire face. **La blessure est donc un stressueur.**

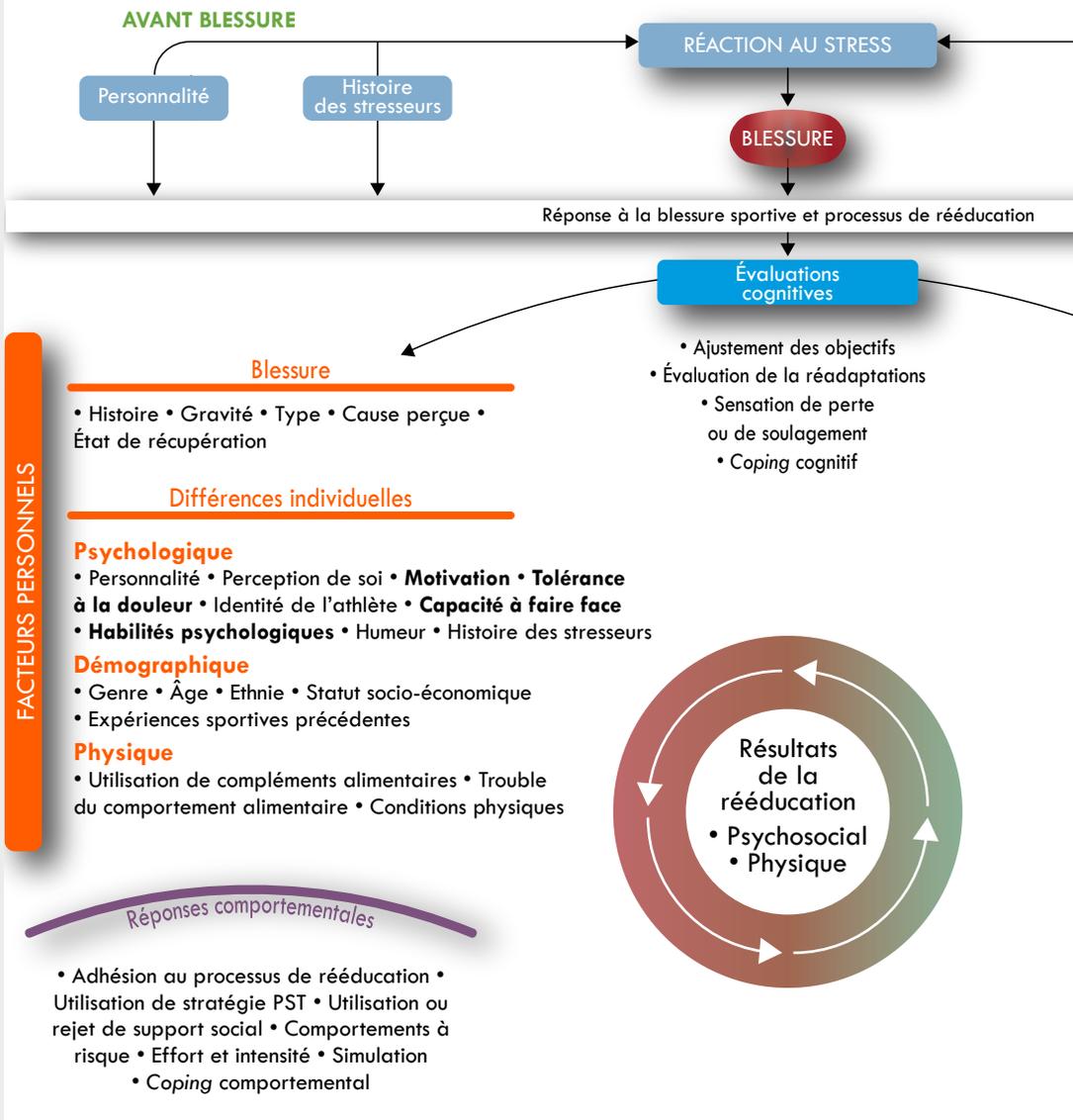
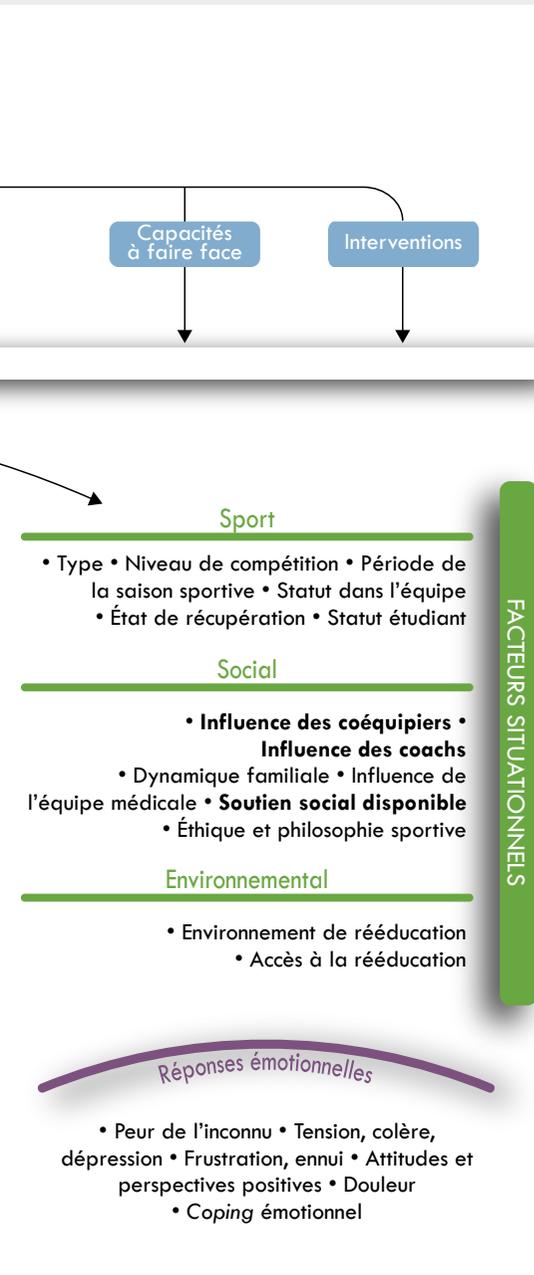


Figure 1 – Modèle intégratif biopsychosocial de la blessure en sport (adapté de Wiese-Bjornstal *et al.* 2018).



évaluations cognitives vont jouer un rôle important sur les réponses émotionnelles et comportementales que l'athlète va fournir face à la blessure, à savoir :

Les réponses émotionnelles telles que :

- la peur de l'inconnue ;
- la frustration ;
- la colère ;
- ou, à l'inverse les attitudes positives.

Les réponses comportementales telles que :

- l'adhésion aux séances de rééducation et de réathlétisation ;
- les comportements à risque ;
- ou encore les capacités à faire face à la situation.

Ces deux types de réponses évoluent tout au long du processus de soin.

Des facteurs stables : l'anxiété et les compétences émotionnelles

Ce modèle intégratif identifie divers traits de personnalité stables, qui semblent être impliqués dans le risque de survenue de blessure et dans la reprise post-blessure. Au cours de sa vie, chaque individu éprouve de l'anxiété, définie comme un « état ►

émotionnel négatif qui s'accompagne de nervosité, d'inquiétude et d'appréhension, associé à une activation de l'organisme » (Weinberg et Gould, 1997). Il s'agit donc d'une réponse complexe mêlant les dimensions cognitive et somatique. La dimension cognitive correspond aux attentes négatives quant à la situation (p. ex., inquiétude, concentration sur soi et sur les autres), tandis que la dimension somatique se traduit par des réactions physiques et physiologiques (p. ex., tensions somatiques et hyperactivité du système nerveux autonome). Cheng *et al.* (2009) identifient une troisième dimension – la régulation –, qui représente le potentiel d'adaptation de l'athlète à une situation de compétition. En effet, leurs travaux ont permis de constater que la dimension de régulation a des effets sur la performance sportive, c'est-à-dire que plus l'athlète perçoit qu'il contrôle la situation, plus ses performances seront élevées.

D'autre part, on distingue deux formes d'anxiété (Spielberger, 1972) :

1. L'anxiété trait

qui est liée au sentiment d'appréhension, d'inquiétude et de nervosité que l'athlète ressent habituellement ;

2. L'anxiété état

qui est un état émotionnel lié à une situation particulière, provoquant un sentiment d'appréhension, de tension, d'inquiétude à un moment précis.

Par exemple, une compétition importante, avec de forts enjeux, peut créer

un sentiment d'appréhension et de nervosité chez l'athlète, faisant naître chez lui un sentiment de stress. D'après Lazarus et Folkman (1984), le stress est « *une relation particulière entre la personne et son environnement évaluée par la personne comme excédant ses capacités et mettant en danger son bien-être* ». En effet, moins l'athlète estimera avoir les capacités et les ressources nécessaires pour contrôler ou non la situation, plus il sera stressé. Au cours de sa carrière, l'athlète est régulièrement exposé à des situations qu'il peut percevoir comme stressantes. Cette exposition au stress crée un état de vigilance qui augmente le risque de se blesser. Et lorsqu'il fait face à une blessure, l'athlète va traverser différents états psychologiques, que ce soient le stress, l'anxiété, la peur ou encore le doute. La façon de réagir face aux différentes émotions éprouvées, agréables ou désagréables, sera différente d'un athlète à un autre, selon sa personnalité et ses précédentes expériences. Les recherches montrent que les états psychologiques résultant de l'exposition à une situation stressante sont fonction des compétences intrinsèques des individus à gérer leurs émotions.

En 1920, Thorndike souligne l'importance de « *l'habileté à identifier ses propres états internes, motivations et comportements (ainsi que ceux des autres), et à interagir avec autrui de manière optimale sur la base de ces informations* ». La variété des modèles théoriques empêche de trouver un consensus quant à la définition des compétences émotionnelles ; toutefois, un consensus relatif se dégage ►

“... si un athlète a identifié être préoccupé, la capacité de compréhension des émotions lui permettra de bien comprendre ce qui le préoccupe...”

autour de l'idée que, selon Mikolajczak et al. (2009), « les compétences émotionnelles désignent les différences dans la manière dont les individus identifient, expriment, comprennent, utilisent et régulent leurs émotions et celles d'autrui ». Elles jouent donc un rôle important dans la santé mentale et physique, mais aussi dans la performance au travail et les relations sociales d'un individu. Cinq dimensions ont été identifiées :

- La première dimension est l'identification des émotions, qui est essentielle pour l'adaptation de l'individu à son environnement. Un athlète qui n'a pas de bonnes compétences émotionnelles saura s'il se sent bien ou mal mais aura des difficultés à identifier s'il s'agit d'anxiété, de frustration ou encore de joie. Deux prérequis sont indispensables afin de lui permettre d'identifier efficacement ses émotions : l'ouverture aux émotions, c'est-à-dire accepter de ressentir des émotions, et la richesse du vocabulaire émotionnel afin d'évaluer l'intensité des émotions. Ainsi, si l'athlète identifie des tensions musculaires ou encore des inquiétudes comme étant des symptômes de l'anxiété liés à la reprise de la compétition après une blessure, il peut alors anticiper et gérer ses émotions beaucoup

plus efficacement afin que celles-ci n'impactent pas sa performance.

- La seconde dimension est la compréhension des causes et des conséquences des émotions, ce qui implique deux composantes : l'accueil des émotions et l'identification des besoins qui leur sont sous-jacents. Par exemple, si un athlète a identifié être préoccupé, la capacité de compréhension des émotions lui permettra de bien comprendre ce qui le préoccupe (p. ex., ne pas avoir le niveau). Cette habileté lui facilitera ensuite la capacité à se réguler.
- La troisième dimension est l'expression des émotions, qui repose sur la capacité d'acceptation et d'écoute véritable des émotions d'autrui. Selon Kennedy-Moore et Watson (1999), le fait d'exprimer ses émotions permettrait à l'individu de réorganiser cognitivement les représentations de son expérience émotionnelle. Lors de la reprise de l'entraînement après une blessure, il est nécessaire que l'athlète communique ses émotions à son entraîneur ou son préparateur physique, qu'elles soient positives ou négatives, afin qu'ils aient toutes les informations et puissent ajuster, si besoin, la prise en charge afin de ne pas mettre en difficulté l'athlète. ▶

- La quatrième dimension est la régulation des émotions, qui est un processus complexe intervenant lorsqu'un individu est confronté à une émotion dysfonctionnelle (c'est-à-dire en désaccord avec les objectifs de l'individu et/ou inappropriée au contexte). Ainsi, la régulation recouvre l'ensemble des processus par lesquels une personne va modifier différents paramètres de l'émotion (valence, intensité, durée ; Gross et Thompson, 2007). Un athlète qui ressent de la peur à l'idée de reprendre l'entraînement après une blessure peut, grâce à la régulation des émotions, augmenter son plaisir en se projetant sur le fait qu'il va pouvoir recommencer à s'entraîner après une longue période d'arrêt, ce qui lui permettra d'appréhender plus facilement son retour au sport.
- La cinquième dimension est l'utilisation des émotions. De façon générale, les émotions influencent la perception, les souvenirs ou encore la façon dont les informations sont traitées. Elles jouent également un rôle sur les jugements, l'interprétation des événements, les décisions prises et les actions mises en œuvre. Il est donc nécessaire pour l'athlète blessé de connaître et repérer ses émotions (p. ex., la peur de se reblesser), afin de pouvoir s'en servir, et ainsi optimiser son fonctionnement, ou de s'en libérer lorsqu'elles peuvent compromettre son jugement ou sa performance.

Il est important de noter qu'un déficit au niveau de l'identification et de l'expression des émotions n'est pas sans conséquence sur la santé physique, psychologique et sociale. De plus, si l'athlète a des compétences émotionnelles développées, il aura de meilleures capacités à faire face aux situations stressantes et à réduire les signes d'anxiété liés au stress. En effet, il a été observé dans plusieurs études que des compétences émotionnelles élevées permettaient notamment une plus grande estime de soi et une diminution du risque de développer des troubles psychologiques, avec également pour effet de diminuer la réactivité neuroendocrinienne au stress (Mikolajczak *et al.* 2007).

S'adapter : les stratégies de coping (faire face) et l'impulsivité

La blessure se révèle être un événement stressant pour l'athlète, provoquant des changements importants dans sa vie et sa gestion du quotidien. Il fait face à de nombreuses incertitudes quant à sa rémission, l'impact que cette blessure aura sur sa saison, sa place au sein du collectif sportif, ses objectifs ou encore sur ses finances et sa vie personnelle. Ainsi, face à une blessure, l'athlète va devoir élaborer des stratégies d'adaptation, ou de *coping*, pour réduire le stress et ainsi répondre aux exigences de sa situation de sportif ►

de haut niveau. Selon Lazarus et Folkman (1984), les stratégies de *coping* représentent « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment changeants que déploie l'individu pour gérer les exigences spécifiques internes ou externes, évaluées comme consommant ou excédant ses ressources* ».

“... appréhender plus facilement son retour au sport.”

L'athlète peut faire appel à de nombreuses stratégies de *coping*, notamment orientées vers la tâche, avec pour objectif d'affronter directement la source de stress ou les pensées et affects qui en découlent. Les stratégies orientées vers la tâche sont soit centrées sur les émotions, ce qui permet de gérer les réponses émotionnelles induites par la situation, soit centrées sur le problème, ce qui permet de réduire les exigences de la situation et d'augmenter ses propres ressources pour y faire face. Ainsi, les processus d'adaptation passent aussi bien par l'action (efforts comportementaux : résolution de problème, recherche d'informations, recherche d'aide, consommation de substances) que par des processus de pensée (efforts cognitifs : réévaluation de la situation

stressante). Par ailleurs, un athlète ayant tendance à être anxieux aura davantage recours à des stratégies orientées vers l'évitement, notamment le déni, le désengagement comportemental ou encore le blâme. Or, l'utilisation de ces stratégies d'évitement peut être considérée comme inadaptée, rendre l'athlète plus vulnérable, et ainsi l'amener à adopter des comportements à risque tels que le désengagement du processus de soin, le blâme de soi ou des autres, ou encore l'utilisation de substances illicites.

Outre des stratégies d'adaptation efficaces, des études ont démontré qu'un niveau de compétences émotionnelles élevé permettait de modérer certains comportements à risque chez les athlètes de haut niveau, notamment dus à l'impulsivité. Par exemple, des études ont montré que des compétences émotionnelles développées permettent de réduire la probabilité d'adopter des comportements à risque pour la santé comme la consommation excessive d'alcool et de substances, ou encore les conduites dangereuses (Brackett, Mayer et Warner, 2004 ; Trinidad et Johnson, 2002). Confronté à des situations stressantes, un athlète peut avoir des difficultés à se contrôler et avoir des comportements entraînant un risque accru de blessure ou de reblessure. Lorsqu'il fait face à des émotions négatives, l'athlète peut être amené à prendre une décision dans l'urgence et à agir sans prendre le temps de réfléchir ou de penser aux conséquences de ce qu'il fait. Il peut également avoir tendance à rechercher ►

de nouvelles expériences qui pourraient s'avérer dangereuses, ou encore avoir des difficultés à rester concentré sur une activité qu'il perçoit comme difficile ou ennuyante (p. ex., lors de la réalisation d'exercices répétitifs et peu ludiques avec des effets qui sont dilués dans le temps).

Au cours de la prise en charge médicale et paramédicale de l'athlète, de nouveaux facteurs psychologiques vont apparaître et connaître des évolutions au fur et à mesure des séances de rééducation et de réathlétisation, et surtout au fur et à mesure que l'athlète récupère ses capacités physiques, faisant face à de nouvelles préoccupations.

Perception de la douleur et anxiété de reblessure

La perception de la douleur est différente d'un athlète à l'autre, notamment en fonction des expériences douloureuses passées et du type de blessure (Flint, 1998), mais sera aussi évolutive entre le début et la fin de la prise en charge. D'après le modèle « peur-évitement » (Lethem *et al.* 1983), la perception de la douleur implique deux composantes : une composante sensorielle, qui se réfère à la sensation de douleur, et une composante en lien avec la réaction émotionnelle, pouvant conduire à un évitement respectivement des activités physiques et d'une expérience douloureuse. Ainsi, différents facteurs tels que les stratégies pour faire face à la douleur, l'expérience personnelle de la douleur ou encore la personnalité vont jouer un

rôle important dans la réponse comportementale de l'athlète face à la douleur : il peut alors décider de l'affronter (p. ex., en effectuant efficacement ses séances de rééducation, en reprenant son entraînement sportif) ou de l'éviter (p. ex., en repoussant son retour à l'entraînement, en manquant une séance de rééducation), ce qui induit une limitation de l'exposition à la douleur et une impossibilité de calibrer la sensation douloureuse, entraînant une perception de la douleur exagérée. De plus, si l'athlète ne perçoit pas d'amélioration de son état physique (retour de sa mobilité, douleurs moins importantes), il risque de moins adhérer au processus de soin, retardant son retour à l'entraînement et à la compétition.

“... l'anxiété de reblessure est un facteur psychologique susceptible d'influer les résultats de rééducation et de réathlétisation...”

De même, l'anxiété de reblessure est un facteur psychologique susceptible d'influer les résultats de rééducation et de réathlétisation, et ainsi de provoquer un ►

risque accru de blessure (Walker et Thatcher, 2011). Elle représente un frein psychologique chez les athlètes blessés qui retournent au sport, et fait partie de leurs préoccupations les plus importantes (Podlog, Dimmock et Miller, 2011 ; Wadey et Evans, 2011 ; Walker *et al.* 2010). L'anxiété de reblessure est une réponse émotionnelle négative avec des manifestations cognitives (pensées et images négatives) mais aussi somatiques (sensations de nausée et de tension). Ces symptômes peuvent apparaître si l'athlète perçoit un risque de reproduction ou d'aggravation de sa blessure. Ainsi, s'il se considère comme susceptible de se blesser à nouveau, il aura tendance à chercher à se protéger. À l'inverse, s'il se considère comme ayant peu de risques de se blesser à nouveau, il n'aura pas tendance à chercher à se préserver dans l'effort (Walker et Thatcher, 2011). Il a également été suggéré que, lors de la reprise de la compétition post-blessure, certains athlètes ressentent une anxiété de

compétition plus élevée et ont tendance à se concentrer majoritairement sur la partie du corps blessée plutôt que sur les indices pertinents dans leur performance (Wadey *et al.* 2014).

À l'approche de la reprise : l'engagement et les croyances de l'athlète

Cette nervosité peut représenter un frein dans l'engagement de l'athlète lors de sa reprise, et notamment menacer sa motivation à reprendre l'entraînement et la compétition. En effet, se projeter dans la reprise de sa pratique peut être un processus difficile pour certains athlètes car ils doivent faire face à l'inquiétude et à l'incertitude concernant leurs capacités à retrouver leur niveau pré-blessure. Ils doivent aussi faire face à des pressions internes ou externes afin de respecter le délai de retour au sport imposé (p. ex., compétition, qualification, etc.). En effet, des études ont montré qu'un athlète peut reprendre l'entraînement et la compétition afin de satisfaire des motivations externes telles que la culpabilité de laisser tomber ses coéquipiers, ou en vue de répondre aux attentes de son entraîneur (Podlog et Eklund, 2005), agent ou encore sponsors. Selon le modèle intégratif biopsychosocial de la blessure en sport (Wiese-Bjornstal *et al.* 1998), le type de motivation (interne ou externe) guide le comportement de l'athlète et peut affecter les résultats mais ▶



redy Tamgho (triple-saut), blessé pendant le championnat de France en 2016. ©IconSport

aussi ses expériences cognitives, émotionnelles et comportementales. Ainsi, il est possible d'observer des athlètes qui font retarder leur reprise en n'adhérant pas, ou partiellement, au processus de prise en charge de leur blessure ; ou bien des athlètes qui, au contraire, vont tout faire pour reprendre le plus vite possible en cachant parfois certaines douleurs et préoccupations.

En 1991, Ajzen a développé la théorie du comportement planifié qui met en relation les déterminants de l'adoption de comportements pro-sociaux. Des liens ont été observés entre les croyances liées au comportement, l'intention de l'adopter et l'adoption de celui-ci. Ainsi, plus l'athlète aura confiance en sa capacité et sa détermination à réaliser ses séances de soin, à reprendre l'entraînement et la compétition, plus il aura de facilités à mener à son terme le travail de rééducation et de réathlétisation. Parmi les croyances liées au comportement, Ajzen en a identifié trois principales :

- Les attitudes comportementales, qui correspondent aux jugements que les individus portent sur le comportement à adopter. Par exemple, un athlète blessé peut penser que les séances de réathlétisation sont bonnes ou bien mauvaises, que la reprise est dangereuse, ou au contraire bénéfique.
- Les normes sociales perçues, qui sont les perceptions que l'individu peut avoir concernant l'adoption du comportement par les autres, ou bien de ce

que son entourage pense de ses comportements. Par exemple, un athlète blessé peut percevoir que ses partenaires d'entraînement pensent qu'il devrait attendre pour reprendre l'entraînement ; il pourrait aussi percevoir que d'autres sportifs de haut niveau adoptent également un protocole de réathlétisation.

- Le contrôle comportemental perçu, quant à lui, correspond à la perception que l'individu a de sa capacité à adopter un comportement. Par exemple, un athlète peut penser que sa reprise de l'entraînement ne dépend pas de lui, ou au contraire qu'il est le principal décisionnaire. ▶



“... évaluer si l’athlète fait face à des difficultés dans sa reprise du sport, de l’entraînement et de la performance...”

Ces croyances, si elles sont majoritairement positives, permettent aux individus d’avoir l’intention d’adopter tel ou tel comportement. L’intention comportementale est définie dans la théorie d’Ajzen comme la probabilité que perçoit un individu d’adopter un comportement dans un laps de temps donné. Ainsi, en mesurant l’intention d’un athlète de reprendre la compétition, par exemple, on peut savoir s’il se sent prêt à performer de nouveau au plus haut niveau.

Des questionnaires psychométriques : un outil d’évaluation à la reprise

La prise en charge médicale et paramédicale des athlètes de haute performance se doit d’être complète, et cela même avant que l’athlète ne soit blessé, *via* notamment un profilage, des séances de réathlétisation préventive, une rééducation et une réathlétisation post-blessure. Mais dans l’optique d’offrir une prise en

charge pluridisciplinaire et intégrative, il convient de prendre en compte l’aspect multifactoriel de la blessure, avec des déterminants psychologiques et leurs mécanismes sous-jacents, de plus en plus étudiés et à identifier individuellement, afin d’accompagner au mieux l’athlète dans son retour à la performance. Un travail sur le long terme qui nécessite une méthodologie précise, encore peu systématisée et mise en œuvre sur le terrain. En France, Thierry Dumaine (responsable de l’unité d’Accompagnement à la performance à l’INSEP) a sollicité l’expertise de psychologues et chercheurs en psychologie du sport pour travailler sur la création d’une batterie de questionnaires psychométriques permettant d’évaluer les différents indicateurs psychologiques liés à la reprise du sport afin de savoir si l’athlète blessé est prêt à reprendre l’entraînement et la compétition. À l’issue d’une revue de littérature dont vous avez eu un aperçu, plusieurs indicateurs ont ainsi été identifiés pour permettre d’évaluer si l’athlète fait face à des difficultés dans sa reprise du sport, de l’entraînement et de la performance, mais aussi pour savoir si sa prise en charge nécessite de faire appel à d’autres ressources ou experts issus de divers champs disciplinaires (p. ex., en modifiant certains exercices pendant la réathlétisation, ou en orientant les athlètes vers des psychologues ou préparateurs mentaux), afin d’offrir un protocole de prise en charge adapté, individualisé et sécurisé, permettant un retour à la performance optimal, tant sur le plan physique que psychologique. ■

Bibliographie

- AJZEN I, « The theory of planned behavior », *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1991, 50(2), p. 179-211. DOI : [10.1016/0749-5978\(91\)90020-t](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-t).
- ANDERSEN MB et WILLIAMS JM, « A model of stress and athletic injury: Prediction and prevention », *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 1988, 10(3), p. 294-306. DOI : [10.1123/jsep.10.3.294](https://doi.org/10.1123/jsep.10.3.294).
- BAHR R, CLARSEN B, DERMAN W *et al.*, « International Olympic Committee consensus statement: methods for recording and reporting of epidemiological data on injury and illness in sport 2020 (including STROBE Extension for Sport Injury and Illness Surveillance [STROBE-SIIS]) », *British Journal of Sports Medicine*, 2020, 54, p. 372-389. DOI : [10.1136/bjsports-2019-101969](https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101969).
- BRACKETT MA, MAYER JD et WARNER RM, « Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour », *Personality and Individual Differences*, 2004, 36(6), p. 1387-1402. DOI : [10.1016/S0191-8869\(03\)00236-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00236-8).
- BROWN C, « Injuries: The psychology of recovery and rehab », S. Murphy (éd.), *The Sport Psych Handbook*, Champaign, IL: Human Kinetics, 2005, p. 215-35.
- CHENG WNK, HARDY L et MARKLAND D, « Toward a three-dimensional conceptualization of performance anxiety: Rationale and initial measurement development », *Psychology of Sport and Exercise*, 2009, 10(2), p. 271-278. DOI : [10.1016/j.psychsport.2008.08.001](https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2008.08.001).
- FLINT A, « Integrating sport psychology and sports medicine in research: The dilemmas Article », *Journal of Applied Sport Psychology*, 1998, 10(1), p. 83-102. DOI : [10.1080/10413209808406379](https://doi.org/10.1080/10413209808406379).
- GROSS JJ et THOMPSON RA, « Emotion regulation: Conceptual foundations », *Handbook of Emotion Regulation*, Guilford Press, New York, 2007, p. 3-24.
- KENNEDY-MOORE E et WATSON JC, *Expressing Emotion*, Guilford Press, New York, 1999.
- LAZARUS R et FOLKMAN S, *Stress, Appraisal and Coping*, Springer, New York, 1984.
- LETHEM J, SLADE PD, TROUP JDG et BENTLEY G, « Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception », *Behaviour Research and Therapy*, 1983, 21(4), p. 401-408. DOI : [10.1016/0005-7967\(83\)90009-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90009-8).
- MELZACK R et DENNIS SG, « Neurophysiological foundations of pain », *The Psychology of Pain*, Sternbach RA, Raven Press, New York, 1978, p. 1-26.
- MIKOLAJCZAK M, MENIL C et LUMINET O, « Explaining the protective effect of trait emotional intelligence regarding occupational stress: Exploration of emotional labor processes », *Journal of Research in Personality*, 2007, 41(5), p. 1107-1117. DOI : [10.1016/j.jrp.2007.01.003](https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.01.003).
- MIKOLAJCZAK M, QUOIDBACH J, KOTSOU I et NÉLIS D, *Les compétences émotionnelles*, Dunod, Paris, 2009.
- PODLOG L et EKLUND RC, « Return to sport after serious injury: A retrospective examination of motivation and psychological outcomes », *Journal of Sport Rehabilitation*, 2005, 14(1), p. 20-34. DOI : [10.1123/jsr.14.1.20](https://doi.org/10.1123/jsr.14.1.20).

PODLOG L, DIMMOCK J et MILLER J, « A review of return to sport concerns following injury rehabilitation: Practitioner strategies for enhancing recovery outcomes », *Physical Therapy in Sport*, 2011, 12(1), p. 36-42. DOI : [10.1016/j.ptsp.2010.07.005](https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2010.07.005).

SPIELBERGER CD, « Current trends in theory and research on anxiety », *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*, Academic Press, New York, 1972, p. 3-19.

SUMILO D et STEWART-BROWN S, « The causes and consequences of injury in students at UK institutes of higher education », *Public Health*, 2006, 120(2), p. 125-131. DOI : [10.1016/j.puhe.2005.01.018](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2005.01.018).

TAYLOR J et TAYLOR S, *Psychological approaches to sport injury rehabilitation*, MD, US : Aspen Publishers, 1997.

THORNDIKE EL, « Intelligence and its uses », *Harper's Magazine*, 1920, 140, p. 227-235.

TRINIDAD DR et JOHNSON CA, « The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use », *Personality and Individual Differences*, 2002, 32, p. 95-105. DOI : [10.1016/S0191-8869\(01\)00008-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00008-3).

WADEY R et EVANS L, « Working with injured athletes: research and practice », S. Hanton et S.D. Mellalieu (éds), *Professional Practice in Sport Psychology: A Review*, Routledge, Londres, 2011.

WADEY R, PODLOG L, HALL M, HAMSON-UTLEY J, HICKS-LITTLE C et HAMMER C, « Reinjury Anxiety, Coping, and Return-to-Sport Outcomes: A Multiple Mediation Analysis », *Rehabilitation Psychology*, 2014, 59(3), p. 256-266. DOI : [10.1037/a0037032](https://doi.org/10.1037/a0037032).

WALKER N, THATCHER J et LAVALLEE D, « A preliminary development of the re-injury anxiety inventory (RIAI) », *Physical Therapy in Sport*, 2010, 11(1), p. 23-29. DOI : [10.1016/j.ptsp.2009.09.003](https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2009.09.003).

WALKER N et THATCHER J, « The emotional response to athletic injury: re-injury anxiety », *Coping and Emotion in sport, Second Edition*, J. Thatcher, M. Jones et D. Lavallee (éds), Routledge, New York, 2011, p. 236-260.

WEINBERG RS et GOULD D, *Psychologie du sport et de l'activité physique*, Éditions Vigot, Paris, 1997.

WIESE-BJORNSTAL DM, SMITH AM, SHAFFER SM et MORREY MA, « An integrated model of response to sport injury: Psychological and sociological dynamics », *Journal of Applied Sport Psychology*, 1998, 10(1), p. 46-69. DOI : [10.1080/10413209808406377](https://doi.org/10.1080/10413209808406377).

WIESE-BJORNSTAL DM, WHITE AC, WOOD KN et RUSSELL HC, « Sport medicine psychology », T.S. Horn et A.L. Smith (éds), *Advances in sport and exercise psychology* (4^e éd.), Champaign, IL : Human Kinetics, 2019, p. 287-408.



**INSTITUT NATIONAL DU SPORT,
DE L'EXPERTISE ET DE LA PERFORMANCE**

11, avenue du Tremblay - 75012 PARIS

Tél. 01 41 74 41 00

www.insep.fr



TOYOTA