



HAL
open science

LA BLESSURE CHEZ LES ATHLETES DE HAUT NIVEAU FRANCAIS: ETUDE DES STRATEGIES D'ADAPTATION PSYCHOLOGIQUE ET PERSPECTIVES D'INTERVENTION

Jean F. Fournier, Fabienne d'Arripe-Longueville, Philippe Fleurance, Amélie Soulard

► To cite this version:

Jean F. Fournier, Fabienne d'Arripe-Longueville, Philippe Fleurance, Amélie Soulard. LA BLESSURE CHEZ LES ATHLETES DE HAUT NIVEAU FRANCAIS: ETUDE DES STRATEGIES D'ADAPTATION PSYCHOLOGIQUE ET PERSPECTIVES D'INTERVENTION. [Rapport de recherche] INSEP. 2001. hal-01845171

HAL Id: hal-01845171

<https://insep.hal.science/hal-01845171>

Submitted on 20 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



DEPARTEMENT DES SCIENCES DU SPORT

Laboratoire de Psychologie Appliquée au Sport

LA BLESSURE CHEZ LES ATHLETES DE HAUT NIVEAU FRANCAIS : ETUDE DES STRATEGIES D'ADAPTATION PSYCHOLOGIQUE ET PERSPECTIVES D'INTERVENTION

- **Jean FOURNIER, Fabienne d'ARRIPE-LONGUEVILLE et Philippe FLEURANCE**, Laboratoire de Psychologie du Sport, Institut National du Sport et de l'Education Physique.
- **Amélie SOULARD**, Ecole de Psychologie, Département des Sciences Sociales, Université d'Ottawa.

RAPPORT DE RECHERCHE

subventionné par le Ministère de la Jeunesse et des Sports

Année 2001

REMERCIEMENTS.....	2
PUBLICATIONS.....	4
I. INTRODUCTION.....	5
II. LA BLESSURE SPORTIVE : ESSAI DE DÉFINITION	5
1. LA BLESSURE SPORTIVE: UNE DÉFINITION DIFFICILE.....	5
2. L'ÉVALUATION SUBJECTIVE DE LA BLESSURE	6
3. VERS UNE DÉFINITION DE LA BLESSURE SPORTIVE	7
4. DÉFINITION RETENUE	10
III. DÉTERMINANTS DE LA BLESSURE.....	10
1. FACTEURS PSYCHOLOGIQUES.....	10
a. Traits de personnalité.....	11
b. Recherche de sensations	11
c. Concept de soi	12
d. Etats d'humeur	13
e. Anxiété et stress.....	13
2. FACTEURS SOCIAUX.....	15
3. FACTEURS D'ENTRAÎNEMENT.....	16
IV. LES RÉACTIONS PSYCHOLOGIQUES À LA BLESSURE SPORTIVE	17
1. MODÈLES THÉORIQUES	17
a. Modèles "en stades".....	17
b. Modèles interactionnistes.....	19
c. Facteurs influençant la réaction psychologique à la blessure	19
V. LES PROCESSUS DE CONVALESCENCE.....	20
1. STRATÉGIES PSYCHOLOGIQUES OU CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES	20
a. Traits de personnalité.....	22
b. Attitudes et croyances.....	23
c. Soutien social pendant la convalescence.....	24
d. Dialogue interne.....	25
e. Locus de contrôle et attributions causales.....	26
VI. ETUDE DES STRATÉGIES D'ADAPTATIONS PSYCHOLOGIQUES À LA BLESSURE SPORTIVE CHEZ DES ATHLÈTES FRANÇAIS DE HAUT NIVEAU	27
1. OBJET DE L'ÉTUDE.....	27
2. MÉTHODE	27
a. Participants	27
b. Guide d'entretien.....	28
c. Procédure.....	28
d. Analyse des données.....	28
3. RÉSULTATS	30
1. Réactions psychologiques à la blessure.....	30
2. Stratégies individuelles d'adaptation.....	35
3. Stratégies relationnelles.....	38
4. Stratégies d'anticipation/prévention.....	44
VII. ELÉMENTS DE PROGRAMME DE CONVALESCENCE.....	48
1. ÉTABLIR DES BUTS DE CONVALESCENCE	48
2. MAINTENIR L'IMPLICATION DANS LA PRATIQUE.....	49
3. VISUALISER LA GUÉRISON.....	49
4. SAVOIR SE RELAXER	50
5. SAISIR LES OPPORTUNITÉS	51
6. DÉVELOPPER UNE ATTITUDE POSITIVE	52
7. EMPLOYER UN DIALOGUE INTERNE POSITIF	52
VIII. BIBLIOGRAPHIE.....	53
ANNEXE A	63
ANNEXE B	68

Remerciements

Nous tenons à remercier les athlètes de haut niveau de l'INSEP qui ont accepté de participer à cette étude, ainsi que Jean-Luc Collin pour sa participation à la lecture de la bibliographie, Myriam Bondeleau pour sa participation au codage des entretiens et le Professeur Britton Brewer pour son aide dans le recueil de la bibliographie et ses conseils méthodologiques.

Publications

Certaines parties de ce rapport ont fait l'objet des communications suivantes.

Fournier, J., Arripe-Longueville (d'), A., Fleurance, P. & Soulard, A. (2001). Réactions psychologiques et stratégies de convalescence d'athlètes de haut niveau blessés. Communication orale aux entretiens de l'INSEP, INSEP : Paris.

Soulard, A., Fournier, J., Arripe-Longueville (d'), A., & Fleurance, P. (2001). Perception of social support among injured French elite athletes. Communication affichée au 10th World congress of Sport Psychology, International Society of Sport Psychology, Skiathos.

Soulard, A., Fournier, J., Arripe-Longueville (d'), A., & Fleurance, P. (2000). La blessure chez le sportif de haut niveau : Etude qualitative des réactions psychologiques et des stratégies d'adaptation. Communication affichée au congrès International de la Société Française de Psychologie du sport. In P. Fleurance, Actes du colloque International de la Société Française de Psychologie du Sport, SFPS : Paris.

Un fascicule de 4 page, exposant des conseils pratiques destinés aux athlètes pour gérer leur convalescence est inclus dans ce rapport.

Fournier, J., Soulard, A., Arripe-Longueville (d'), A., & Fleurance, P. (2000). Bien gérer sa convalescence. Laboratoire de Psychologie du Sport, INSEP : Paris.

I. Introduction

La blessure du sportif est une probabilité quotidienne. Si un dysfonctionnement passager est relativement bien accepté par le sportif comme par son entourage, la blessure importante qui nécessite ou nécessiterait un arrêt prolongé peut confronter l'athlète à un certain nombre de difficultés : à l'incapacité physique, et à l'affectation de l'image de soi qui lui est associée, peuvent effectivement s'ajouter certains troubles psychologiques d'ordre émotionnel ou motivationnel. L'entraîneur se trouve alors dans une position délicate et il n'a pas toujours les moyens de répondre efficacement aux besoins de l'athlète.

Ce rapport a pour objectif de présenter les actions des athlètes qui pourraient se blesser, au travers d'une préparation spécifique orientée vers le retour à la pratique. Il présente diverses stratégies d'intervention individualisées favorisant l'auto-détermination (Ievleva & Orlick, 1991) et l'engagement de l'athlète dans le processus de récupération. Il donne aussi à l'entraîneur des outils qui lui permettront de soutenir et d'aider l'athlète blessé.

II. La blessure sportive : essai de définition

1. La blessure sportive: une définition difficile

La volonté d'intégrer et de coordonner les ressources de l'athlète de haut niveau devient de plus en plus prégnante. On assiste actuellement à une multiplication des recoupements entre la médecine du sport et la psychologie du sport. Flint (1998) note que la terminologie doit se standardiser dans les deux champs. Dans le domaine

médical, les praticiens ne s'accordent pas sur une définition de la blessure sportive (Lindenfeld, Noyes & Marshall, 1988; Pelletier, Montelpare & Stark, 1993). En effet, selon le Research Committee for the American Orthopaedic Society for Sports Medicine, aucune comparaison entre la fréquence des blessures et les risques encourus dans le sport pratiqué ne peut être établie à cause du manque d'unité des définitions utilisées dans les recherches de médecine du sport (Leadbetter, 1990). Cette conclusion démontre non seulement l'urgence d'obtenir une certaine uniformité de la terminologie, mais aussi la nécessité d'établir des critères normatifs pour distinguer les athlètes blessés des non-blessés. La tâche est d'autant plus ardue que la liste des variables qui caractérisent la blessure est longue (Noyes, Lindenfeld & Marshall, 1988). Pour ajouter à la complexité, Flint (1998) fait remarquer que la diversité des définitions émane de l'incapacité à "voir", à évaluer et à comparer les dommages au niveau des tissus. De plus, les techniques diagnostiques les plus sophistiquées, dites "objectives" telles que la résonance magnétique (IMR) sont peu utilisables, car trop coûteuses et difficilement accessibles. Les chercheurs doivent alors s'en remettre le plus souvent à l'évaluation subjective des athlètes et des médecins pour qualifier et décrire les caractéristiques des blessures sportives et leur sévérité (Flint, 1998).

2. L'évaluation subjective de la blessure

L'évaluation subjective de la blessure requiert la prise en compte de nombreux facteurs. Premièrement, le type de sport et la position du joueur influence l'importance de la blessure. Par exemple, une blessure au poignet peut avoir des effets désastreux pour un gymnaste, mais n'avoir aucun impact sur une patineuse artistique. De même, un joueur de hockey de premier alignement sera plus incommodé par une blessure qu'un joueur de quatrième alignement dont le temps de glace est plus court. Deuxièmement, le

facteur de tolérance à la douleur est à considérer. Un athlète possédant un seuil de tolérance à la douleur élevé pourra poursuivre ses entraînements ou les reprendre plus tôt alors qu'un autre athlète ayant un seuil de tolérance à la douleur plus faible devra s'arrêter (Flint, 1998).

3. Vers une définition de la blessure sportive

Noyes et al. (1988) ont proposés trois critères pour qualifier la blessure sportive: 1) le temps d'entraînement perdu, 2) le diagnostic et 3) l'examen clinique. Ainsi, selon ces auteurs, la blessure sportive serait "un état ressenti qui garde l'athlète à l'écart des séances d'entraînement et de la compétition pendant au moins un jour après l'incident et qui implique une attention médicale ou des soins dentaires autres que la simple application de glace ou le strapping". La blessure sportive inclurait toutes concussions, blessures aux nerfs et aux yeux et exclurait les maladies et diverses infections (Pargman, 1993; Flint, 1998). Cette définition englobe à la fois la dimension du temps d'entraînement perdu, comme le font en général les définitions de la blessure sportive les plus fréquemment utilisées dans la littérature et l'aspect médical. La définition prend également en compte la perception de l'athlète, et varie donc avec le seuil individuel de tolérance à la douleur (Flint, 1998).

La variable du temps perdu est à la base de plusieurs systèmes de surveillance tels que le National Athletic Injury/Illness Reporting System (NAIRS) et le National Collegiate Athletic Association (NCAA). Ainsi, une blessure mineure ou de premier degré est classée comme une perte de 1 à 7 jours d'entraînement. Une blessure modérée ou de second degré correspond à un arrêt de 8 à 21 jours et une blessure majeure ou de troisième degré, un arrêt de plus de 21 jours (Thompson, Halpen, Curl, Andrews, Hunter & McLeod, 1987). Ce type de classification, également employé par Reid (1992)

(tableau 1), est basé sur des signes et symptômes tels le degré de douleur, de force et d'amplitude qui peuvent déterminer la sévérité de la blessure et la quantité de tissus endommagés (Flint, 1998). La classification élimine cependant les blessures qui n'occasionnent pas de perte de temps d'entraînement (Blackwell & McCullagh, 1990).

Tableau 1. Classification des blessures au niveau des tissus musculaires

Degré	Douleur/ Spasmes	Enflure/ Contusions	Perte d'amplitude	Perte de fonction	Temps de récup. (jours)
Premier (légère)	+	légère	légère	légère	2-21 jours
Second (modérée)	++	modérée	significative	significative	20-90 jours
Troisième (sévère)	+++	sévère	sévère	complète	50-180 jours

Adapté de Flint, F.A. (1998). Integrating Sport Psychology and Sport Medecine in Research:The Dilemmas. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, 83-102.

Plusieurs recherches définissent également la blessure en terme "d'événement" qui altère la performance (Noyes et al., 1988). Ainsi, la notion d'incident est importante. Elle est nécessairement influencée par les caractéristiques du sport pratiqué. De cette façon, la blessure sportive inclue aussi les comportements agressifs envers soi ou envers

d'autres joueurs (Pargman, 1993).

4. Définition retenue

En tenant compte des variables et des facteurs précédemment mentionnés, Flint (1998) propose une définition de la blessure relativement consistante. L'auteure distingue deux types de blessures rencontrées dans le sport: le macro-traumatisme et le micro-traumatisme. Le macro-traumatisme est associé à une douleur aiguë consécutive à un incident. Le traumatisme est provoqué par un impact soudain ou une force intense qui crée un dommage au niveau des tissus musculaires (élongation, claquage), ligamentaires (entorse), osseux (fractures) ou encore au niveau des articulations (luxation). Le micro-traumatisme, quant à lui, survient suite à une accumulation de forces ou de tensions répétitives et de faible intensité qui provoque progressivement une blessure au niveau des tissus, le plus souvent osseux (fracture de fatigue) ou musculotendineux (tendinite) (Kibler, Chandler, & Stracener, 1992).

III. Déterminants de la blessure

Trois types de facteurs prédisposeraient à la blessure: 1) les facteurs psychologiques, 2) les facteurs sociaux et 3) les facteurs d'entraînement.

1. Facteurs psychologiques

Plusieurs études mettent en évidence des relations entre certains facteurs psychologiques et les blessures sportives (Pargman & Lunt, 1989; Kerr & Minden, 1988; Weiss & Troxel, 1986; Yukelson, 1986; Bergandi, 1985; Burcks, 1981; Valliant, 1981; Gould, Weiss & Weinberg, 1981; in Pargman, 1993). Les résultats montrent que certaines variables de la personnalité, la capacité d'adaptation au stress et l'image de soi seraient en relation avec une certaine propension aux blessures sportives.

a. Traits de personnalité

Plusieurs travaux portant sur la fréquence et l'intensité des blessures se basent sur différents inventaires de traits et variables de la personnalité (Brox, 1971; Jackson, Jarrett, Bailey, Kausek, Swanson, & Powell, 1978; Kraus & Gullen, 1969; Valliant, 1981). La majorité des résultats obtenus montrent des relations significatives entre certaines variables, telles la perte de temps d'entraînement consécutive à la blessure et les scores obtenus aux tests de personnalité. De plus, il existe des rapports étroits et complexes entre les facteurs de personnalité, la vulnérabilité et la résistance aux blessures. Quatre variables de la personnalité sont souvent mises en avant (e.g., Pargman & Lunt, 1989): 1) le locus de contrôle, 2) l'affinement des sensations, 3) la motivation d'accomplissement et 4) les traits d'anxiété compétitive et les événements majeurs de changement dans la vie de l'athlète.. Chez de jeunes footballeurs, Pargman et Lunt (1989) montrent qu'une fréquence élevée de blessures est corrélée avec un locus de contrôle externe

b. Recherche de sensations

Pour Zuckerman (1979), c'est la recherche de sensations qui constitue le facteur de base de prédisposition aux blessures. Cette composante biologique révèle des différences individuelles dans des moments de vigilance optimale. Les scores faibles de recherche de sensations sont en relation significative avec les situations sportives négatives et le temps perdu à cause des blessures (Pargman, 1993). Williams, Hogan et Andersen (1993) montrent que l'habileté de concentration, (proche de la "vigilance optimale" de Zuckerman, 1979), est en relation avec les blessures (plus la concentration

est faible, plus les blessures sont nombreuses).

c. Concept de soi

D'autres études ont montré une relation entre blessure et image de soi (Yaffe, 1978). Young et Cohen (1981) mettent en évidence des différences significatives sur des scores obtenus (à partir du Tennessee Self-Concept Scale, TSCS) sur le concept de soi, entre des joueuses de basket-ball blessés et non-blessés. Les athlètes blessées montrent une image de soi plus positive, un meilleur état de santé et d'apparence physique, des habiletés physiques et des valeurs personnelles plus positives que les non-blessés. D'une manière générale, leur image de soi est plus positive et les auteurs attribuent ces résultats à la prise de risques de l'athlète. Ainsi, les athlètes qui se blessent sont celles qui prennent le plus de risques pendant la compétition ou à l'entraînement et possèdent une image très positive d'elles-mêmes. Elles seraient donc plus vulnérables aux blessures. À l'opposé, les joueuses non-blessées apparaissent plus réceptives à la formulation de certaines critiques. Ceci indiquerait une confiance en soi et une estime de soi plus faibles par rapport à leurs performances. Cette étude a été reconduite par les mêmes auteurs, une année plus tard, sans apporter de confirmation.

Lamb (1986) constate une relation inverse entre image de soi et la blessure en étudiant les scores obtenus au TSCS par des joueuses de hockey sur gazon. Il montre que plus le niveau de concept de soi est faible, plus la fréquence des blessures augmente.

En résumé, contrairement aux traits de personnalité, le concept de soi peut varier en fonction du cadre d'évolution et donc, être modifié en utilisant des stratégies, ce qui pourrait avoir des implications importantes dans la prévention et la guérison des blessures.

d. Etats d'humeur

Les travaux de Williams et al. (1993) montrent que d'autres facteurs psychologiques sont étroitement liés avec la blessure. En effet, il semblerait qu'un état d'humeur négatif et que l'absence d'état d'humeur positif influencent directement la fréquence des blessures en situation d'entraînement et les ressources sollicitées dans le cadre des stratégies permettant de faire face à la blessure. Ces auteurs proposent un modèle d'interactions bidirectionnelles entre personnalité et ressources, de même qu'entre personnalité et histoire des agents stressants d'une part, et ressources et histoire des agents stressants d'autre part.

D'autres études ont été réalisées à partir des états d'humeur comme la colère, l'agressivité et la conduite autoritaire (Fields, Delaney & Hinkle, 1990). Wittig et Schurr (1994) trouvent qu'un "esprit tenace", plus affirmé, indépendant et assuré, prédit des blessures moins fréquentes mais plus sévères. Perna et McDowell (1993) trouvent que les athlètes qui sont plus pessimistes et qui ont subi plusieurs situations de stress dans leur existence sont plus enclins à ressentir des symptômes de blessures et de maladies. Les sujets très motivés et déterminés sont plus enclins à percevoir la blessure comme faisant partie du jeu.

e. Anxiété et stress

Les études de Petrie (1993) montrent que l'anxiété et le stress influencent négativement les athlètes dans l'évaluation des situations d'entraînement ou de compétition. Les perturbations sont physiologiques et attentionnelles, et augmentent la vulnérabilité aux blessures. Le niveau d'anxiété et de stress élevé est également associé

à une perte de temps plus longue causée par la blessure. Les traits d'anxiété sont mesurés à partir du Sport Anxiety Scale (SAS) développé par Smith, Smoll, et Schultz (1990), qui distingue l'anxiété somatique de l'anxiété cognitive. Ce sont les traits d'anxiété compétitive qui apparaissent comme le facteur le plus important, démontrant à la fois des effets modérateurs et directs sur les blessures.

Bramwell et al. (1975) ont élaboré les premières bases d'un modèle psychologique de la prédiction des blessures en démontrant un lien entre le stress de la vie et le taux des blessures chez les footballeurs. Ces conclusions ont été tirées à partir de réponses émotionnelles aux blessures, sachant que la psychologie des blessures sportives prend en compte d'autres notions comme le niveau d'adhésion au programme de rééducation et les interventions ayant pour but de prévenir la blessure et d'améliorer le fonctionnement physique et psychologique qui suit la blessure.

Anderson et Williams (1988) émettent eux aussi l'idée d'une association entre une variable comme l'adaptation au stress et la blessure sportive, à partir d'un modèle comparable à celui de Smith (1986), pour prédire une blessure. Ce modèle s'appuie sur des variables cognitives, physiologiques, attentionnelles, comportementales, intrapersonnelles, sociales et d'adaptation au stress. Les auteurs montrent que la réponse au stress est un facteur essentiel de la prédiction des blessures.

Nideffer (1989), montre que des réponses au stress influencent les processus attentionnels (stress perçu et capacité d'interprétation) et provoquent des blessures. Les signes de ces réponses, plus ou moins inadaptées, sont l'incapacité à être performant dans des tâches habituelles, un changement de comportement comme le manque de ponctualité ou une tendance à rêvasser, des plaintes somatiques, de l'irritabilité et une humeur variable, et enfin une motivation diminuée.

2. Facteurs sociaux

La présence d'événements stressants dans la vie des athlètes semble être un facteur primordial dans la prédiction des blessures. La fréquence et l'intensité des facteurs de stress ont une influence sur l'occurrence des blessures. Holmes et Rahe (1967) mettent en évidence des relations entre la vie stressante et la maladie après avoir fait passer le "Social Readjustment Rating Scale" (SRRS) à des joueurs de football pour connaître les perturbations psychologiques de leur vie quotidienne. Bramwell et al. (1975) montrent que les participants qui obtiennent un faible score au "Social and Athletic Readjustment Rating Scale" (SARRS) ont un pourcentage faible de blessure (35%), ceux qui ont des scores moyens au SARRS obtiennent un pourcentage moyen de blessure (44%) et ceux qui ont les scores les plus élevés au SARRS possèdent le pourcentage de blessures le plus fort (72%). En adaptant le questionnaire aux joueurs de football universitaires, Coddington et Troxell (1980) montrent que les participants qui sont soumis à des conditions émotionnelles particulières, issus de familles instables, de parents séparés ou décédés, se blessent plus que les autres. Cette recherche a été confirmée par Cryan et Alles (1983).

De plus, il semblerait que la présence d'éléments de stress dans la vie des athlètes entraînerait de deux à cinq fois plus de blessures (Andersen & Williams, 1998; Kolt & Kirkby, 1996). La majorité des études montre également une relation significative entre vie stressante et sévérité de la blessure (Blackwell & Mc Cullagh, 1990; Meyer, 1995; Petrie, 1992, 1993). Kerr et Minden (1988) montrent que la vie stressante des jeunes gymnastes féminines est en relation significative avec la fréquence et la sévérité des blessures. Hardy et Riehl (1988) trouvent que les changements, parfois négatifs, qui surviennent dans la vie en générale, prédisent de manière significative une plus grande fréquence de blessures chez des sportifs pendant la pratique de sports sans contacts. Smith, Smoll, et Ptacek (1990) en utilisant des variables de la vie stressante,

du support social et des habiletés à faire-face au stress, montrent que les facteurs agissent ensemble, et non séparément, dans une configuration spécifique qui permet de réguler le stress. Chez des adolescents, les facteurs "soutien social" et "habiletés à faire-face" agissent ensemble et une relation significative existe entre stress et blessure pour ceux qui ont un score très bas en soutien social et en habiletés à faire-face au stress.

Le stress quotidien peut affecter l'athlète négativement physiquement et psychologiquement dans le contexte particulier du sport comme dans celui de sa vie personnelle. Des travaux récents montrent l'importance du rôle des médecins (Gregory & Van Valkenburgh, 1991) et des entraîneurs dans le processus de rééducation des blessures (Wiese, Weiss, & Yukelson, 1990).

3. Facteurs d'entraînement

Dans la littérature, la fatigue et le surentraînement sont les antécédents des blessures les plus souvent cités. Dans une étude portant sur des gymnastes féminins, 12% des athlètes ont attribué leur blessure à un manque de concentration et 90% à la fatigue. Cette étude révèle également que 27% des blessures surviennent dans la semaine précédant la compétition et 15% dans le mois précédant la compétition (Kerr & Minden, 1988). Ainsi, la blessure peut être mise en relation avec une période précise (période de compétition, succession de victoires ou de défaites, événement particulier) qui provoque de nombreuses réactions psychologiques pouvant être à l'origine des blessures (Flint, 1998).

Les particularités de certains sports peuvent aussi être causes de blessures. Dans les sports de contact comme le rugby, les athlètes seraient plus enclins à la blessure que les archers par exemple. Une normalité de la blessure et de la douleur peut s'instaurer dans certaines disciplines (Flint, 1998). La cohésion du groupe et le climat

d'entraînement entrent également dans la catégorie des facteurs d'entraînement. Un athlète qui ne se sentirait pas appartenir à l'équipe, qui percevrait mal sa responsabilité au sein du groupe et dont les objectifs sont flous ou même inexistantes aurait plus tendance à être blessé. Le climat créé par l'entraîneur aurait la même influence négative (Flint, 1998).

Les facteurs psychologiques tels que les traits de personnalité, l'adaptabilité au stress et le concept de soi, les facteurs sociaux comme la présence d'événements stressants dans le quotidien de l'athlète, et les facteurs d'entraînement spécifiques au sport apparaissent donc comme autant de prédicteurs de la blessure sportive. La connaissance de ces prédicteurs présente un enjeu important dans la mesure où elle pourrait permettre de prévenir la blessure notamment grâce à des programmes de "détection" des athlètes les plus susceptibles de se blesser. Une telle connaissance permettrait aussi de mieux comprendre les différences individuelles qui émergent lors de la réaction à une blessure.

IV. Les réactions psychologiques à la blessure sportive

1. Modèles théoriques

Les réactions à la blessure ont été expliquées par des modèles qui ont d'abord fait référence à des stades généraux qui ponctuent la convalescence avant de laisser une plus grande part aux émotions individuelles et à l'influence de l'environnement.

a. Modèles "en stades"

Plusieurs modèles issus de la littérature ont été élaborés sur la base de la réaction au deuil de Suinn (1967) pour décrire la réaction psychologique de l'athlète de haut niveau blessé. Deux modèles théoriques considérant les adaptations psychologiques du sportif blessé dominant actuellement dans la littérature scientifique. Le premier décrit les réactions de l'athlète en termes de stades. Ce modèle présente les 5 stades suivants : 1) choc, refus et anxiété ; 2) colère et augmentation de l'émotivité ; 3) "marchandage" ; 4) dépression ; 5) et acceptation et espoir (Suinn, 1967; Kluber-Ross, 1969; Wiese & Weiss, 1987; Rotella & Heyman, 1993). Ce modèle, le plus souvent rencontré dans la littérature, s'apparente à la réaction de deuil.

D'autres auteurs ont présenté des modèles différents de réactions à la blessure, en deux ou trois stades seulement. McDonald & Hardy (1990) ont conclu que les patrons de réponses suggèrent que les réactions émotionnelles aux différents types de blessures évoluent en deux stades. Le premier stade est appelé le "premier impact". Il s'agit de la période qui suit le moment où la blessure survient et qui consiste en un choc, de la panique et du désespoir. Le second stade est caractérisé par le retrait de l'athlète de son groupe sportif, la prise en charge de sa guérison par la connaissance et l'apprentissage de la nature de la blessure et l'évitement de la douleur. Rose (1991) propose un modèle de réponse en trois stades. L'athlète blessé ferait d'abord face à un choc et tenterait de nier la blessure. Puis, il développerait certaines inquiétudes et préoccupations face à sa blessure, ce qui l'amènerait à vouloir s'impliquer dans sa guérison et à tenter de comprendre les différents aspects entourant la blessure. Il essaierait aussi de réorganiser son style de vie en fonction des incapacités provoquées par sa blessure. Finalement, au dernier stade, l'athlète reprendrait contact avec sa routine habituelle.

Les modèles en stades sont actuellement remis en cause dans la mesure où ils ne

permettent pas de prendre en compte les réactions émotionnelles des athlètes blessés.

b. Modèles interactionnistes

Ainsi, certaines études longitudinales ont relevé que le sportif blessé traverse une phase émotionnellement perturbatrice, caractérisée par la panique (Lynch, 1988), et la frustration (Quakenbush & Crossman, 1994) et que cet état s'amenuise par la suite progressivement (McDonald & Hardy, 1990; Quakenbush & Crossman, 1994) pour laisser place à des sentiments de plus en plus positifs, jusqu'à l'extinction des sentiments négatifs lorsque la convalescence est terminée et que l'athlète peut reprendre l'entraînement. Ce dernier modèle accorde une part importante aux différences individuelles et un statut particulier à la notion de soutien social, valorisant tant les facteurs personnels que les facteurs situationnels. Il nous semble mieux adapté à des perspectives d'intervention auprès d'athlètes blessés.

c. Facteurs influençant la réaction psychologique à la blessure

D'autres études ont tenté d'expliquer, au-delà de la description de la réaction psychologique à la blessure, les facteurs qui influençaient cette réaction. Selon Suinn (1967), la réaction à la blessure dépendrait de trois facteurs: le rendement de l'athlète avant sa blessure, la nature de la blessure (sa localisation, sa sévérité, la durée de récupération nécessaire et les changements que la blessure apportera dans la style de vie de l'athlète) et l'importance subjective de la blessure pour l'athlète. Nideffer (1988) ajoute à ces facteurs d'influence la stabilité émotionnelle de l'athlète et la réaction critique de son entourage. Quakenbush et Crossman (1994) mentionnent que la réaction à la blessure est aussi influencée par le sexe de l'athlète. Les femmes expriment plus de

réponses émotionnelles que les hommes tout au long de la convalescence. Ainsi, à mi-chemin de la guérison, 50% des hommes expriment de la colère, de la frustration et se sentent inutiles, alors que les femmes se sentent inutiles et frustrées, mais n'éprouvent pas de colère. Une fois la convalescence terminée, les femmes montrent plus de signes positifs que les hommes. Il semble aussi que les athlètes plus jeunes expriment plus de colère face à une blessure que les athlètes plus âgés (Smith, Scott & Wiese, 1990).

Le seuil de tolérance à la douleur est aussi une dimension importante, susceptible d'influencer la réaction à la blessure. La douleur est une expérience subjective; chaque athlète possède son propre seuil de tolérance en fonction de paramètres physiques, psychologiques, sociaux et culturels.

Il apparaît donc concevable de pouvoir agir sur certains facteurs afin améliorer la convalescence par l'intermédiaire d'outils et de stratégies appliquées à la guérison des blessures (Flint, 1998).

Les diverses stratégies d'intervention proposées ici ont pour but non seulement de faciliter l'adaptation à la phase de panique qui survient suite à la blessure et causée par la douleur, l'anxiété et l'incertitude de pouvoir poursuivre sa carrière de sportif, mais aussi de conduire l'athlète vers une guérison rapide et un retour à l'entraînement raisonné.

V. Les processus de convalescence

1. Stratégies psychologiques ou caractéristiques personnelles

Orlick (1990) a mené plusieurs études comparant les stratégies de convalescence des athlètes les plus performants aux autres. Dans une première étude sur des marathoniens, il demande d'évaluer le degré d'engagement dans le sport sur une échelle

de Likert allant de 1 à 10. Orlick conclue qu'il existe une corrélation positive entre la vitesse du coureur et le degré d'engagement. Dans une seconde étude Orlick (1990) compare les athlètes retenus dans l'équipe nationale de Suède en badminton à ceux qui n'ont pas été sélectionnés. Les membres de l'équipe offrent des réponses se rapportant à la volonté (i.e. "Vouloir plus", "Vouloir s'entraîner plus longtemps et plus fort"). Finalement, lors d'entretiens avec des entraîneurs de la Ligue Nationale de Hockey Canadienne, aux questions "Que recherchez-vous quand vient le temps de recruter un joueur des ligues juniors?" et " Pourquoi certains joueurs sélectionnés sont-ils exclus de l'équipe lors du camps d'entraînement?", il obtient des réponses telles que " le désir, la détermination, l'attitude, la capacité d'auto-motivation" (Orlick, 1990).

Ievleva et Orlick (1991) et de nombreux autres auteurs ont par la suite cherché à étendre de telles conclusions à la réalité des athlètes blessés. De nombreuses études semblent confirmer que les athlètes qui récupèrent d'une blessure plus rapidement que les autres démontrent certaines caractéristiques personnelles et/ou emploient spontanément diverses stratégies psychologiques (Brewer, Van Raalte, & Linder, 1991; Gordon, Milios & Grove, 1991; Wiese, Weiss & Yukelson, 1991; Pargman, 1993; Laubach, Brewer, Van Raalte & Petitpas, 1996) en plus d'adhérer rigoureusement à un programme de récupération (Fisher, 1990; Duda, Smart, & Tappe, 1989; Daly, Brewer, Van Raalte, Petitpas, & Sklar, 1995).

Parmi ces caractéristiques, une attention particulière a été portée sur les traits de personnalité tels que le style explicatif (Gordon, Milios & Grove, 1991; Kamen-Siegel, Seligman & Dwyer, 1991), le caractère optimiste (Recker & Wong, 1985; Scheir & Carver, 1987) et la vigueur (Kobasa, 1979; Orlick, 1990). D'autres études ont aussi identifié les attitudes et les croyances (Ievleva & Orlick, 1991; Pargman, 1993), le

soutien social de l'athlète (Ievleva & Orlick, 1991; Albrecht & Adelman, 1984; Flint, 1998; Udry, 1997), son dialogue interne (Ievleva & Orlick, 1991; Kabat-Zinn, 1990) et finalement, le locus de contrôle et les attributions causales (Laubach, Brewer, Van Raalte, & Petitpas, 1996; Ievleva & Orlick, 1991).

a. Traits de personnalité

Il semblerait que certains traits de personnalité puissent affecter les processus psychologiques de récupération. Trois facteurs sont souvent décrits dans la littérature comme déterminants de la vitesse de guérison : le style explicatif, le caractère optimiste et la vigueur. Ces trois facteurs ont été reconnus comme des indicateurs de la convalescence (Gordon, Milios & Grove, 1991), à l'origine de variations de la réponse immunitaire (Kamen-Siegel, Rodin, Seligman & Dwyer, 1991).

Par style explicatif, on entend la manière de raconter les événements. Le style explicatif peut être positif ou négatif. Selon Peterson et Seligman (1987), il existe des relations significatives entre le nombre de maladies, de blessures et de visites chez un médecin et le style explicatif négatif, caractérisé par le pessimisme, le sentiment de culpabilité et l'attribution de la guérison à des facteurs externes (Pargman, 1993). Un tel repli sur soi, extériorisé dans les interactions avec l'entourage, augmenterait les chances d'isolement social, de solitude et de dépression (Gordon, Milios & Grove, 1991).

L'optimisme constitue le second facteur de personnalité caractéristique de l'athlète qui guérit rapidement. Recker et Wong (1985) signalent que l'optimisme était négativement corrélé avec les symptômes physiques et positivement corrélé avec un état de bien-être général, physique et psychologique (Pargman, 1993). Schier et Carver (1987) ont démontré que les optimistes font face au stress différemment. Ils ont en effet

tendance à accepter la réalité des situations négatives, à s'engager directement dans le processus de guérison, à ne pas sous-estimer leur douleur, à réinterpréter de manière positive les situations et à chercher du soutien social (Pargman, 1993).

La vigueur représente le troisième facteur, défini par Kobasa (1979) en trois composantes : l'engagement, le contrôle de soi et le défi (Pargman, 1993). Nous avons pu constater précédemment qu'Orlick (1990) considérait l'engagement comme le premier facteur d'une récupération rapide.

b. Attitudes et croyances

Dans le contexte de la blessure sportive, Pargman (1993) définit l'attitude comme la croyance à influencer sa propre guérison et son processus. Selon lui, le maintien d'une attitude positive permet de mettre en place le processus physiologique de la guérison et d'en contrôler son évolution. L'attitude positive est l'élément critique dans tous les types de récupération (Ievleva & Orlick, 1991). Plusieurs études soutiennent même que les patients cancéreux en phase terminale vivent plus longtemps s'ils développent une attitude et des pensées positives (Benson, 1984; Borysenko, 1982; Lynch, 1988).

De plus, on distingue dans la littérature deux autres types de croyances. Ievleva et Orlick (1991) parlent de croyance en la supériorité de la pensée sur le corps (Mind over Body). Leur étude a démontré que la croyance en la supériorité de la pensée sur le corps favorisait la guérison. Le groupe ayant expérimenté une guérison lente a affirmé croire que la guérison "devait arriver" (Ievleva & Orlick, 1991). Duda et ses collaborateurs (1989) mentionnent un troisième type de croyance: la croyance en l'efficacité du traitement. Selon eux, la croyance en l'efficacité du traitement et en la compétence du praticien favorise l'adhésion au programme de récupération (Fisher,

1990).

c. Soutien social pendant la convalescence

Les recherches qui ont examiné la dimension du soutien social de l'athlète blessé sont nombreuses. Le soutien social est défini comme la considération de la part d'autrui, l'estime ou la valeur d'un individu aux yeux de son entourage. Le soutien social perçu agit comme un déterminant de la vitesse et du succès de la convalescence ou de l'adhésion au programme de convalescence (Ievleva & Orlick, 1991; Albrecht & Adelman, 1984; Anderson & Williams, 1993; Brewer, Linder & Phelps, 1995; Petrie, 1993; Smith, Smoll & Ptacek, 1990). Il existe de même un accord général, parmi les auteurs, sur la valeur positive du soutien social perçu dans le processus de convalescence (Flint, 1998). Lors d'un changement significatif dans leur état de santé, les athlètes tendent à se tourner vers les autres et à nourrir des attentes d'aide dans leur entourage (Udry, Gould, Bridges, & Tuffey, 1997).

Le soutien social adéquat semble être une caractéristique très importante de l'athlète blessé qui récupère rapidement en ce sens que les autres membres de l'équipe et de la famille lui offrent l'opportunité de s'investir et d'être impliqué dans un système d'entraide efficace. Le soutien social sert à satisfaire les besoins d'affiliation de l'athlète, à le rassurer, à améliorer les habiletés de communication, à réduire les moments de stress et d'anxiété. Il procure des ressources, des relations et de l'aide psychologique et physique lors de la convalescence (Albrecht & Adelman, 1984).

Ievleva et Orlick (1991) ont demandé à un groupe d'athlètes blessés d'évaluer subjectivement le soutien social perçu pendant leur convalescence sur une échelle de 0 à 10. Les auteurs concluent qu'il existe une différence dans le type de soutien obtenu

(description et interprétation). Il semble y avoir deux types de soutien social: le soutien superficiel (ex: aide pour monter les escaliers) et le soutien émotionnel (ex: les encouragements). Le soutien social semble aussi être vu différemment selon qu'il vienne de la famille et des coéquipiers ou de l'entraîneur. En effet, les athlètes blessés ont tendance à considérer le soutien social venant de la famille et des coéquipiers comme étant plus positif que celui venant de l'entraîneur, interprété de façon plus négative (Udry, Gould, Bridges, & Tuffey, 1997). De plus, dans une étude portant sur quarante athlètes blessés au second degré, Duda, Smart et Tappe (1989) font ressortir quatre prédicteurs généraux de l'adhésion au programme de convalescence: la perception de l'efficacité du traitement, le degré de motivation personnelle, l'engagement vers la tâche et le soutien social. Les individus montrant un haut degré de réponse à ces variables avaient moins tendance à manquer des séances de kinésithérapie et à montrer plus d'efforts lors de l'exécution des exercices.

De même, dans le programme qu'il propose à l'athlète en convalescence, Lynch (1988) invoque l'importance de la communication des sentiments qui permet de partager les frustrations, de relâcher les tensions et de diminuer l'anxiété. En provoquant ainsi chez l'athlète un effet de catharsis, il contribue au développement d'un soutien social intense et encourageant, variable essentielle qu'il appelle le recours aux ressources. Fisher (1990) parvient à la conclusion que la perception du soutien social pendant la convalescence est en relation directe avec le succès du programme de récupération.

d. Dialogue interne

C'est au niveau du dialogue interne qu'Ievleva et Orlick (1991) ont trouvé la plus grande différence entre les groupes d'athlètes à "guérison lente" et les groupes d'athlètes à "guérison rapide". Les athlètes ayant eu une convalescence plus courte avaient un

dialogue interne très positif, tandis que les athlètes ayant eu une convalescence plus longue avaient un dialogue interne complètement négatif. Les athlètes du groupe dont le temps de guérison était moyen présentaient dans leur dialogue interne à la fois des éléments positifs et des éléments négatifs. En effet, il semble que les athlètes ayant un dialogue interne positif s'auto-encouragent, s'auto-motivent, leur permettant ainsi d'avoir une convalescence plus courte que ceux qui ont un discours décrit comme "pleurnichard", "appitoyable", "auto-dépréciatif" et "impitoyable" (Kabat-Zinn, 1990, in Pargman, 1993).

e. Locus de contrôle et attributions causales

Ievleva et Orlick (1991) rapportent que le groupe qui avait la guérison la plus rapide l'attribuait à des caractéristiques personnelles, tandis que le groupe ayant une guérison plus lente attribuait leur guérison à la kinésithérapie ou au repos. Ainsi, les athlètes qui guérissent plus rapidement ont tendance à se percevoir comme ayant un contrôle direct sur leur convalescence et leur processus de guérison. Ces résultats sont différents de ceux de Groyes et al. (1990) qui avaient mesuré les attributions causales de blessures hypothétiques. Pour leur part, Laubach, Brewer, Van Raalte et Petitpas (1996) ont démontré qu'il existe un lien entre les attributions causales et la guérison dans le contexte de la blessure sportive. Le mode d'attribution prédit aussi l'adhésion au programme de récupération. Les participants se percevant comme guérissant rapidement avaient tendance à attribuer leur convalescence rapide à des facteurs internes de façon plus stable. Les participants se percevant comme guérissant plus lentement avaient tendance à attribuer cette lenteur à des causes externes. De plus, le niveau de stress semble être moindre chez les athlètes qui éprouvent le sentiment d'avoir un contrôle direct sur leur guérison (Ievleva & Orlick, 1991).

VI. Etude des stratégies d'adaptations psychologiques à la blessure sportive chez des athlètes français de haut niveau

De nombreuses études (e.g., Ievleva et Orlick, 1991) ont démontré que les athlètes qui emploient des stratégies positives (adopter un locus de contrôle interne, un dialogue interne positif, rechercher du soutien social, maintenir une attitude positive, conserver un niveau d'engagement élevé dans un programme de récupération) ont une convalescence de plus courte durée que ceux qui utilisent des stratégies négatives (faire des attributions causales externes, adopter un discours interne dévalorisant, s'apitoyer sur son sort, se centrer sur soi et refuser le soutien social).

1. Objet de l'étude

La présente étude avait pour but d'identifier les réactions psychologiques d'athlètes de haut niveau français face à la blessure sportive afin d'apprécier leur congruence avec les modèles de la littérature. Elle visait également à répertorier les différentes stratégies d'adaptation des athlètes confrontés à la blessure sportive dans une perspective d'aide à l'entraînement.

2. Méthode

a. Participants

Cinq nageurs de haut niveau, six judoka féminines et un judoka masculin ont participés à l'étude. Tous avaient des titres internationaux et certains d'entre eux un titre olympique. La natation et le judo ont été retenus à cause du nombre élevé d'athlètes blessés dans ces activités. La confidentialité des données recueillies avec chaque athlète a été assurée.

b. Guide d'entretien

Des entretiens d'explicitation (d'Arripe-Longueville & Fournier, 1998; Vermersch, 1990) de deux heures ont été conduits auprès des athlètes. Ces entretiens amenaient les participants à reconstruire leur expérience de la blessure dans des situations particulières d'entraînement ou de compétition, puis à relater les situations clés de leur période de convalescence. Ces guides d'entretien ont été construits à partir d'études antérieures (Orlick, 1986) et de données issues des entretiens conduits lors d'une étude pilote auprès de deux entraîneurs nationaux et de deux athlètes d'équipes juniors. Les thèmes du guide ont été abordés dans l'ordre choisi par le participant ou la participante au cours de l'entretien.

c. Procédure

Chaque entretien débutait par un rappel des objectifs de la recherche. Elle était présentée comme une analyse du fonctionnement des participants ou des participantes en tant qu'athlète de haut niveau confronté à l'expérience de la blessure. La permission d'enregistrer et de retranscrire les entretiens de façon anonyme a été accordée par chaque participant et chaque participante. Deux chercheurs ont participé à chaque entretien. L'un conduisait l'entretien, l'autre était responsable d'une analyse inductive immédiate effectuée selon une procédure empruntée à Scanlan (1993). Les deux chercheurs possédaient une compétence pour la conduite des entretiens grâce à l'expérience de plusieurs études qualitatives antérieures. Par ailleurs, lors de l'étude pilote, ils ont développé une expertise pour effectuer une analyse inductive immédiate, grâce à un entraînement auprès d'entraîneurs et d'athlètes d'équipes juniors. Cette analyse inductive consistait à identifier les énoncés référentiels saillants liés directement ou indirectement aux axes d'analyse de l'étude et à inscrire sur des fiches repositionnables (Post-it TM notes) un mot-clé ou une expression résumant le fait ou l'avis du participant ou de la participante.

d. Analyse des données

Les verbalisations des participants ont été retranscrites dans leur intégralité (voir

exemples, annexe C). Des procédures de codage et de catégorisation inductives s'inspirant des principes de la Théorie Ancrée (Strauss & Corbin, 1990) ont ensuite été utilisées (voir codage annexe D et E).

Le contrôle de validité a été opéré par un codage indépendant impliquant deux chercheurs concernant les énoncés ayant trait aux blessures. Des modifications mineures furent apportées au texte retranscrit et aux modélisations proposées par les chercheurs suite aux commentaires des participants ou des participantes.

3. Résultats

Quatre résultats principaux se sont détachés assez clairement de l'analyse des données. Cette étude a permis tout d'abord 1) l'identification de réactions psychologiques à la blessure sportive dans différents registres émotionnels. Il apparaît également que ces réactions s'accompagnent d'une part 2) de stratégies de convalescence d'ordre individuel et 3) relationnel et d'autre part 4) de stratégies préventives intervenant dans l'anticipation des futures blessures.

1. Réactions psychologiques à la blessure

L'athlète confronté à une blessure qui nuit à sa performance et perturbe son programme d'entraînement, passe par une gamme d'émotions ou de réactions psychologiques subséquentes à la blessure. Nous les avons regroupées en trois catégories : a) la déception, b) la baisse de confiance en soi et c) le développement de pensées négatives.

a. Déception

L'athlète qui vient de se blesser est brutalement confronté au fait qu'il doit cesser la pratique de son activité. Cela signifie que non seulement il n'est plus en mesure de s'entraîner et d'en tirer du plaisir, mais aussi que les objectifs en termes de résultats ne pourront pas être atteints. Les athlètes blessés ont mentionné qu'ils étaient d'autant plus affectés sur le plan émotionnel, qu'ils percevaient une durée d'investissement longue dans des entraînements difficiles. La pause imposée par la blessure force les athlètes blessés à tirer un bilan de leur progression dans leur sport. Souvent, la proximité temporelle de l'échéance compétitive est comparée à la durée de la période d'entraînement. Il apparaît alors une différence flagrante entre l'imminence de la compétition et la durée de l'entraînement. L'athlète dont la blessure empêche une

participation aux Jeux Olympiques est alors d'autant plus déçu que sa sélection était acquise, et que la possibilité d'obtenir une médaille s'efface. De plus, les athlètes ont bien conscience, dans ces cas extrêmes, que leurs raisons de s'entraîner après la convalescence n'existent plus s'ils ne peuvent prolonger leur carrière pour une autre Olympiade. La participation aux jeux Olympique est souvent la raison principale qui motive l'athlète de haut niveau à s'entraîner régulièrement pendant de longues années. Cette caractéristique du sport de haut niveau ne peut être comparée à d'autres situations (en dehors par exemple de la possibilité de participer à des vols dans l'espace). En effet, l'unicité de l'opportunité de faire ses preuves n'existe ni dans le monde du travail, ni pour des musiciens ou des danseurs qui ont toujours plusieurs occasions de démontrer leurs compétences.

Oui, ça fait quatre ans qu'on attend. Il y a quatre ans, je fais pas le temps au championnat de France en hiver à Dunkerque, 10 jours après, je fais le temps, mais ils avaient déjà clôturé l'équipe. (A 6)

Quand on réalise que ça fait quatre ans qu'on nage pour aller aux jeux Olympiques et qu'on ne peut pas y aller, là c'est dur. (A4)

J'ai eu un gros lumbago au dos quoi. (...) Je pense pas, j'aurais pensé que ça se guérisse plus rapidement. Là j'ai encore des petites douleurs, ce n'est pas le top, je sens que je suis fragile encore. (...) En fait, je n'ai pas nagé pendant cinq semaines, donc les entraînements il y en avait pas. (...) En fait j'étais un peu dégoutté quoi. (...) Je l'ai un peu mal vécu. Je voulais me qualifier aux Jeux, c'était deux mois avant, c'était un peu délicat quoi. (...) (A7)

b. Baisse de confiance en soi

Dans certains cas, la faible gravité de la blessure et l'âge peu avancé de l'athlète laissent une possibilité de retour à la compétition. Les athlètes ont conscience de la nécessité de s'entraîner pendant toute leur carrière pour essayer de tenter leur chance aux Jeux Olympiques. C'est pourquoi, la blessure est parfois perçue comme une perte de temps de travail ou d'entraînement parce que les adversaires continuent à s'entraîner pendant la durée de la convalescence. Dans ce cas, non seulement les athlètes craignent de ne pouvoir revenir au niveau de compétence qui précédait la blessure, mais en plus ils redoutent la différence de niveau face à leurs adversaires.

On se dit, je suis out, c'est terminé, je ne pourrais jamais, ... jamais revenir au niveau où j'en suis. (A3)

J'ai été opérée de (...) en 199x. J'ai été opérée en faisant un tournoi, juste après le tournoi de xxx, j'étais 2ème. J'ai été opérée par arthroscopie et je suis restée un mois avec une attelle et je devais reprendre le judo au bout de trois mois et seulement la compétition au bout de quatre. J'ai repris le judo au bout de 2 mois et demi et j'ai fait ma première compétition au bout de trois mois pour essayer c'est-à-dire que la fille qui était, après ma blessure s'est aussi blessée, et donc c'était la première qui était d'aplomb qui irait à cette compétition et qui avait sa chance d'être sélectionnée pour xxx. Donc, c'était la course à la rééducation pour aller plus vite. Donc on a été toutes les deux à la compétition dans de mauvaises conditions parce que l'une et l'autre on n'était pas remises complètement. On a pris l'une et l'autre de gros risques

parce que moi tout pouvait se répéter et mettre fin à ma carrière et elle, par rapport à sa xxx. J'ai perdu ma sélection, de peu. Elle me gagne (...) et suite à ça j'ai mis plus d'un an à revenir vraiment parce j'ai tellement voulu revenir vite, trop vite que je n'arrivais pas à retrouver mon judo. Au bout de six mois j'ai échoué au championnat de xxx et là, tout le monde m'a tourné le dos et j'ai mis un an en tout à revenir, à retrouver ma confiance en moi. Ca a été ma plus grosse blessure. (A4)

La déception se trouve ainsi doublée d'une baisse de confiance, probablement consécutive à un sentiment de compétence plus faible imputable à l'arrêt de pratique imposé par la blessure.

c. Développement de pensées négatives

L'athlète blessé perçoit facilement la diminution de ses compétences. Les constats sont verbalisés parfois à haute voix, parfois sous forme de dialogue interne. Le contenu de ces monologues est initialement négatif dans le fond et dans la forme. Les athlètes remarquent qu'ils ne sont réellement plus capables d'accomplir leur performance parce que leur niveau a brutalement chuté avec la blessure. La variation brusque de niveau est immédiatement perceptible pour des athlètes habitués à évaluer finement leurs sensations corporelles. Les athlètes sont momentanément capables d'exprimer leurs émotions, leurs frustrations ou simplement de faire état de la perception de leurs compétences résolument plus faible que le niveau qui précédait la blessure.

Tu te dis, « Je suis nulle », tu t'auto-détruis, et quelque part, tu auto détruis ton judo. (A 2)

Au début, je me suis dit, c'est mort quoi. Après au bout de 15 jours, je me suis dit: " je vais quand même essayer", j'avais un peu de marge sur le temps, j'avais déjà fait une seconde de moins pour le temps à faire, je me suis dit: " j'ai peut-être un peu de marge même en étant blessé, je vais peut-être pouvoir m'accrocher et tout, puis après j'ai replongé, je me suis dit: " c'est mort et tout" après je suis allé voir la fédération pour savoir si c'était possible que j'ai une espèce de dérogation, pour savoir si je pouvais me remettre tranquillement et essayer de faire le temps un peu plus tard, dans l'été ou un truc comme ça, ils n'ont pas voulu. Donc, je n'ai plus eu le choix et je me suis dit: " Tant pis, je suis à 6 semaines du championnat, il faut que j'y aille" et je me suis mis à l'eau. J'ai été le voir le vendredi, je me suis remis à l'eau. J'ai fait une compétition, j'ai essayé, j'ai fait 10 secondes de plus que mon temps ... et je me suis remis à l'eau le lundi quoi. (A 7)

L'athlète confronté à une blessure qui perturbe son programme d'entraînement et de compétition, passe par une gamme d'émotions telles que la déception et une baisse de confiance en soi. La réaction émotionnelle est exprimée de façon spontanée et implique le développement et/ou l'expression de pensées négatives face à la blessure. Le niveau de confiance en soi de l'athlète est particulièrement affecté. Cependant, nous n'avons pas pu observer de chronologie dans l'apparition de différents types d'émotions ressenties par les athlètes blessés. Les réactions émotionnelles sont subjectives et spontanées. Elles sont caractérisées par l'alternance et la simultanéité. Elles ne semblent donc pas se manifester suivant une succession de stades particuliers et ne semblent pas non plus suivre le modèle interactionniste proposé par Quakenbush et Crossman (1994). Ces résultats mettent en évidence la complexité de la réaction psychologique à la

blessure qui apparaît parfois marquée d'améliorations au niveau de la qualité des affects (des moments d'espoirs et de bien être) et, d'autre fois de régressions et de retours à des sentiments plus négatifs. Des réactions similaires avaient été identifiées par Rose et Jevne (1993).

2. Stratégies individuelles d'adaptation

Des stratégies individuelles d'adaptation lors de la convalescence émergent des discours des participants de cette étude. Nous avons noté que lorsque les athlètes peuvent ou doivent poursuivre l'entraînement malgré une blessure, ils a) prennent en charge leur convalescence et s'engagent activement dans le programme de récupération, b) se fixent des objectifs de convalescence quotidiens à court et à long terme, c) considèrent l'expérience de la blessure comme un défi à relever. Ces résultats concordent globalement avec les conclusions des études antérieures (Ievleva & Orlick, 1991 ; Pargman, 1993).

a. Engagement dans le programme de rééducation

Les stratégies relevées dans le discours des athlètes ne semblent pas se succéder dans un ordre particulier. On ne les remarque pas systématiquement chez tous les athlètes. L'engagement dans un programme de rééducation est par contre décelable chez certains athlètes. Certains athlètes déterminés ont non seulement pris du temps pour suivre un programme précis de rééducation en dehors des entraînements, mais aussi qu'ils ont maintenu leur implication dans les entraînements. Cette stratégie est bien entendue à relier à la recherche de soutien social auprès des partenaires d'entraînement, mais aussi à la stratégie d'établissement de buts. En effet, la fixation d'objectifs de convalescence (voir infra) souvent doublée d'une implication précoce dans la pratique de l'activité.

Elle nécessite parfois une adaptation des gestes techniques, mais elle permet tout de même un maintien d'une forme d'activité sportive.

Pendant ma blessure, comme tout athlète, on n'arrête jamais. C'est-à-dire que j'ai arrêté le temps où j'étais à l'hôpital et chez moi, dès que j'ai pu, j'ai fait du vélo d'appartement. Au bout de quatre semaines, j'étais sur le tatami pour récupérer les sensations, ce que je pouvais faire avec mon épaule, et je venais tous les jours. Et là, les entraîneurs, c'était " bonjour, bonsoir" sauf un, bien sûr, toujours le même. Ce que je faisais c'est que je me débrouillais. C'était pas pour faire de la compétition. (A2)

b. Fixation d'objectifs de convalescence

Plusieurs athlètes blessés ont signalé qu'ils se donnaient des buts pendant leur rééducation, lors des séances de kinésithérapie. La planification de ces séances n'est pas systématique, et le contenu est souvent décidé par le kinésithérapeute. Cependant, de petits objectifs sont formulés au début, ou parfois au cours de la séance. Ils concernent le nombre de répétition des exercices, ou la charge des masses. Les athlètes semblent pourtant apprécier ces défis à l'enjeu si peu important au regard des compétitions qu'ils ont l'habitude de disputer. Lorsque la difficulté est adaptée aux possibilités des athlètes blessés, la motivation se trouve renforcée. Les défis peuvent alors être lancés par le praticien, par les partenaires de convalescence ou par l'athlète lui-même. De plus, il est possible que l'emploi d'objectifs de rééducation adaptés au niveau de récupération de l'athlète l'aide à contrôler la douleur qui accompagne les exercices.

C'est sympa parce que quand on va au cabinet (du kiné) on n'est pas tout seul. C'est sympa dans un sens, parce qu'on voit que l'autre morfle aussi, on

n'est pas tout seul (rires). Oui ça c'est bien ou sinon ... Si ça peut arriver qu'on fasse des prépas ensemble, donc c'est toujours mieux d'être à plusieurs, c'est plus motivant. (...) des fois on se lance des défis, des trucs comme ça. Mais même quand je suis tout seul, je me lance des défis. Oui, comme le kiné, il essaye de nous motiver. Les trucs qu'il nous fait faire, c'est copieux et il y a des fois où il rajoute un petit truc et il fait du style genre on y arrivera pas, quoi. On se lance des défis, il nous provoque un peu. C'est ce qui nous permet de tenir le coup de toute façon ... et même si on n'y arrive pas, la fois d'après on y arrive. On voit vraiment le progrès, c'est bon. (A 10)

Je me suis concentré à l'entraînement sur des choses moins importantes. Je sais que j'avais beaucoup de problèmes sur la garde. Les premiers temps, je me suis beaucoup concentré à faire beaucoup d'attaques dès que j'ai repris le judo. Comme je savais que j'avais des problèmes sur la garde, je savais qu'au niveau du judo ça allait baisser et pendant cette période là , je me suis un peu plus concentré sur la garde. Ca m'a bloqué un petit peu et après la garde ,j'ai repris tout un système de sensations, de déplacements et puis ça s'est passé comme ça. J'ai varié en fait mes buts d'entraînement (A10)

c. Considération de la blessure comme un défi

Certains athlètes traitent la blessure comme une compétition. Ils connaissent leur propres ressources et sont rapidement conscient de la demande de la situation de convalescence. Il s'agit alors d'affronter l'adversité avec des capacités diminuées. Pourtant, l'expérience de la blessure est parfois vécu comme un passage obligé, ou un moment incontrôlable que l'on doit savoir gérer. Au lieu de traiter l'événement comme

une menace, nous avons remarqué que certains athlètes avaient su réinterpréter la situation comme un défi. Le défi général, peut être traduit en terme d'objectif, comme celui de revenir à la compétition, puis divisé en sous-buts plus faciles à atteindre.

Interviewer : Et le fait que les entraîneurs étaient indifférents, est-ce que ce n'était pas un défi quelque part, pour montrer de quoi tu étais capable?

A3 : Oui, ça peut être interprété comme cela. Mais ça va très bien, j'ai un caractère qui fait que je ne baisse jamais les bras, mais quelqu'un qui baisse les bras? C'est terminé. Il y a beaucoup de gâchis grâce à ça. Mais peut-être qu'ils le font volontairement, mais il y a un gâchis énorme de filles qui ont un potentiel, qui auraient une aide psychologique et un soutien moral qui seraient très performantes. Il manque juste le soutien moral. Alors, avoir des attitudes comme ça? C'est peut-être un défi, c'est bien parce que les plus forts se relèvent avec des dégâts et une perte de temps de toute façon. Ils se relèvent peut-être, mais il y a une perte de temps qui est considérable, et cette perte de temps serait diminuée si ils étaient là pour nous soutenir, on se rétablirait plus rapidement et la performance serait plus vite là.

3. Stratégies relationnelles

Parmi les stratégies d'adaptation d'ordre relationnel déployées par les athlètes Français, on note a) la négociation de la charge d'entraînement avec l'entraîneur, b) La négociation de la non participation à une compétition pour cause de méforme, et c) une recherche intensifiée de soutien social de la part de l'entourage. Cette dernière dimension conforte les nombreuses études qui ont mis l'accent sur l'importance du soutien social et qui en font l'un des principaux facteurs favorables à la convalescence (Pargman, 1993). La négociation de la non-participation à la compétition nous semble

cependant être une dimension originale à ce jour non identifiée dans la littérature. Cette négociation ne va pas dans le sens de la recherche de soutien social mise en évidence dans les résultats et également observé par Rose (1991).

a. Négociation de la charge d'entraînement

Dans les disciplines où l'autorité de l'entraîneur est forte, les athlètes n'ont pas coutume de discuter les décisions des entraîneurs. Les entraînements sont décidés par l'équipe des entraîneurs, et imposés au groupe d'athlète. Parfois, la notoriété d'un athlète lui permet de modifier le contenu de son entraînement. Les entraîneurs adaptent bien entendu la charge d'entraînement des athlètes excellents qui ont peu de concurrence au niveau national : une blessure rendrait moins probable les chances de résultat.

Je te dis, j'ai des arrêts qui peuvent être répétitifs à cause de. mais autrement non, je n'ai jamais eu de grosse blessure (...) j'évite de... La blessure ne vient jamais par hasard, donc si tu te blesses c'est que soit tu t'entraînes trop, soit tu es dans une période où t'as des soucis à l'extérieur et t'es pas bien sur le tapis, t'es pas bien concentrée comme il faut, tu fais ce qu'il ne faut pas, ou tu réagis mal, ou. .. En plus j'essaye, quand je suis vraiment fatiguée, je vais voir l'entraîneur. Ils le savent. Tu as des gens qui peuvent tricher mais justement ils savent, où tu donnes et quand tu peux plus donner tu ne donnes plus. (A8)

En natation, la possibilité de dialoguer rend la négociation possible, mais elle n'est souvent pas nécessaire. Les discussions sont directes et l'athlète et l'entraîneur coopèrent pour s'accorder sur le type d'exercice et sur la charge d'entraînement.

J'arrive et je dis " P. je ne peux pas nager". "Oui, soigne toi bien, et tout"... il est vraiment... .. et même ça vient et nous hein "si, si, je vais nager, je vais faire des jambes" c'est ça qui est bien, quoi. Je vois quand j'avais ma tendinite, je faisais plus de bras, il cherchait des solutions. Il me disait: " bon, on va faire des petites séries", on faisait des petites séries et puis j'avais mal encore, "alors on va nager en nage complète", on nageait en nage complète, c'est important, encore là on n'est pas dans un milieu où on se blesse souvent. Mais il faut savoir tenir compte de la fatigue, ça arrive souvent, la fatigue c'est le trop plein, quand on est mort... là il dit, on va faire moins de choses. (A5)

Interviewer : Les entraînements, vous les construisez un peu... C'est lui qui décide et vous qui suivez ou vous avez votre mot à dire dans l'entraînement ?

C'est lui qui propose mais on a notre mot à dire, on lui fait confiance, c'est quand même quelqu'un qui sait ce qu'il fait, donc si il dit qu'il faut mettre... mais des fois, il met des trucs, 6 km, alors là on lui dit " c'est trop pour aujourd'hui" alors là à ce moment là, surtout avec moi, par rapport aux autres il est un peu plus, mais avec moi il est très cool, moi je lui dis " non, ton truc, c'est trop P...., tu me mets 5 km ça suffit" et il me met 5 km. (A7)

En Judo, les athlètes peuvent percevoir une forte charge d'entraînement comme un moyen de les sélectionner pendant les entraînements, avant même la compétition. Les refus de s'entraîner ne sont pas acceptés par les entraîneurs, et le dialogue n'est pas toujours perçu par les athlètes comme facile à instaurer. Les athlètes qui reviennent de

convalescence assurent que les entraîneurs s'occupent moins d'eux que les athlètes valides, dans le meilleur des cas, et sont ignorés dans le pire. Dans des cas extrêmes, on constate alors parfois des stratégies curieuses. Lorsque la négociation n'est pas aisée, certains athlètes qui ne peuvent feindre une blessure passent du surentraînement à la blessure. Ils utilisent ensuite l'arrêt provoqué par une blessure suffisamment grave pour se reposer et pour se présenter à une compétition moins fatigué que leurs partenaires qui ont suivi les entraînements. On retrouve le même genre de stratégie pour éviter de participer à certaines compétitions.

b. Négociation de non participation à des compétitions

Lorsque la concurrence est rude (comme en judo), certains athlètes adoptent des stratégies complexes dans le but d'augmenter leurs chances de participer aux compétitions majeures (championnats d'Europe ou du Monde). Des athlètes pensent qu'il est parfois judicieux de ne pas participer à un tournoi sélectif lorsqu'ils ne sont pas en pleine possession de toutes leur facultés physiques. Ils préfèrent renoncer pour participer à un tournoi plus tardif dans la saison, en sachant qu'il est difficile de refuser une sélection durement acquise. C'est pourquoi, il peut s'avérer judicieux de prétexter une blessure, pour ne pas avoir à demander une exemption de compétition. Les athlètes qui ont participé à cette étude n'ont pas avoué avoir eu recours à cette stratégie, mais l'un d'entre eux en a expliqué le principe. Cette stratégie a également été mentionnée par d'autres athlètes, en dehors du cadre de cette étude

A10 : (...) simuler une blessure ou l'exagérer ça peut servir à un athlète qui cherche à profiter du système, qui sent qu'il n'est pas au niveau et... Oui, je dirai que cela peut lui faire gagner un an sur l'INSEP peut-être. Sinon pour des objectifs sportifs, je ne vois pas l'intérêt d'exagérer une blessure ou alors

oui, sur un problème de sélection peut-être.

Interveiwewer : C'est à dire?

A 10 : Eh bien, le mec part en concurrence, il sait qu'il n'est pas très très bien ou alors il y a de gros problèmes de poids et il simule une maladie ou une blessure à la cheville pour éviter de faire le tournoi, c'est à ses risques et périls

I : Je ne comprend pas trop.

A10 : Par exemple, tu en as deux qui partent en tournoi ou trois, qui sont en compétition pour la place de numéro 1, il y en a un qui est un petit peu en avant par rapport à ses résultats, il peut prendre le choix de se blesser avant de partir pour ne pas faire le tournoi et risquer que les autres ne lui passent devant.

c. Recherche intensifiée de soutien social

La troisième des stratégies relationnelles concerne la recherche de soutien de la part des proches. Nous avons constaté que les entraîneurs de Natation communiquent facilement avec leurs athlètes puisque les objectifs d'entraînement sont négociés, et que des solutions techniques sont recherchées pour pallier aux difficultés momentanées des athlètes. Cependant, il apparaît clairement que la communication est d'un style différent en Judo. Plusieurs athlètes sont désabusés et regrettent ne pas pouvoir parler avec leur entraîneur lorsqu'ils sont blessés. Ces athlètes ont l'impression que les entraîneurs sont indifférents à leurs conditions, et ne montrent pas un minimum d'empathie.

Oui, c'est ça. Là encore, c'est le rôle de l'entraîneur d'être là quand l'athlète est blessé. Justement c'est pas quand il est bien qu'il doit être là, car on n'en a pas besoin. (...) De leur part, c'est un soutien moral. On attend un soutien de

leur part. J'aurais voulu leur montrer les progrès que je faisais mais ils n'en avaient rien à fxxx , ils ne venaient pas me voir. Et ça, ça fait mal. On est blessé, on est seul. (A4)

Toujours pour des raisons de concurrence, le soutien ne peut être recherché auprès des partenaires d'entraînements qui sont des adversaires directs. Il faut insister sur le fait que la blessure d'un athlète provoque son déclassement dans la hiérarchie. La place laissée vacante est immédiatement comblée par le suivant qui se sent obligé de saisir une opportunité de sélection pour séduire et convaincre. Cependant, on constate parfois des relations entre des athlètes de catégories de poids différentes, donc sans risque sur le plan de la concurrence. Dans ces rares cas, un athlète blessé, qui a obtenu des bons résultats en compétition peut parfois compter sur le soutien de ses partenaires d'entraînement. Ce soutien des partenaires s'exprime sous la forme de consignes ou de conseils que l'entraîneur ne procure pas.

Interviewer : Qu'est-ce que vous faites entre athlètes? Il y en a qui ont été blessés récemment, est-ce que vous parlez entre vous ?

A4 : Entre amis

I : Non, je veux dire, ceux qui vivent les mêmes expériences.

A4 : Je veux dire, quand c'est des gens. .heu..., c'est la guerre! On est dans un monde.

I : Non, quelqu'un de ta catégorie.

A4 : De la même catégorie ?

I : Non, pas la même. Quand c'est quelqu'un d'une autre catégorie qui subit une blessure, est-ce que vous allez discuter ensemble ?

A4 : Oui. J'ai eu dernièrement comme partenaire, celle qui était Xème aux

Euro. Elle était gravement blessée deux mois et demi avant, elle s'était déplacée deux vertèbres, donc out. Là, toutes les filles du judo qui avaient un lien avec elle, qui l'appréciaient, on a été tout le temps derrière pour lui remonter le moral, pour l'aider à revenir, je crois que ça a été important parce qu'on était là, ce n'était pas les entraîneurs qui étaient là. Mais quand elle est revenue pour la première fois sur le tatami, ils ne sont pas venus lui demander comment ça allait. Elle, ça lui a fait mal psychologiquement ce jour là ! C'était les filles qui étaient là qui lui ont dit ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas faire. On a discuté."Tu peux pas faire ci, tu peux pas faire ça, mais ça tu peux le faire, alors vas-y, fais le, vas sur le tapis, fais des balayages, fais.... au niveau de l'entraînement, oui, là tout à fait.

Enfin, le soutien social le plus fort semble venir de l'extérieur du milieu sportif. En général, l'ami(e) proche et la famille sont sollicités. Ils procurent une aide ou une présence pendant la convalescence, qui pallie à l'indifférence des acteurs du milieu sportif.

Quelque part, on m'a dit, pour me reconforter, des amis, des professeurs : " Tu sais un champion on le reconnaît à ses titres mais aussi à la façon de régler ses problèmes après une blessure" et cette phrase, je crois que je ne l'oublierai jamais, parce que c'est vrai. C'est la personne qui était près de moi et ma famille qui m'ont aidée et si je me suis relevée c'est grâce à eux, c'est pas grâce aux entraîneurs (A 4)

4. Stratégies d'anticipation/prévention

Finalement, certaines des stratégies déployées sont de l'ordre de la prévention. Elles concernent a) l'adaptation des mouvements afin d'éviter la douleur et b) le repérage des signaux d'alarme physiologiques avant-coureurs d'une blessure.

a. Adaptation de certains mouvements pour éviter la douleur

Une blessure laisse souvent des séquelles qui forcent l'athlète à modifier ses mouvements ultérieurs. L'adaptation se fait tout d'abord pendant la durée de la convalescence lorsque l'athlète continue de s'entraîner en sollicitant les parties de son corps qui ne sont pas lésées. Une fois la reprise complète de l'entraînement, les mouvements qui ne peuvent plus être accompli sont contournés. L'athlète doit alors trouver des solutions plus ou moins efficaces, afin de poursuivre les entraînements et pour participer aux compétitions.

A8 : J'ai été blessé, il y a deux ans et depuis je traîne toujours, j'ai toujours des gênes parce que j'ai l'articulation qui est un peu abîmée.

Interviewer : à l'épaule?

A8 : oui, à l'épaule. Et comment je le gère? J'essaye d'adapter ma technique, je ne peux pas tout changer, mais j'essaye de faire avec et de ne pas trop y penser.

I : Ca te fait mal?

A8 : Ca ne me fait pas mal mais ça me gêne et le problème c'est que quand ça gêne un peu, on y pense et quand on y pense, plus on y pense et plus ça gêne. Le problème, c'est de déporter l'attention, alors j'essaye de me concentrer sur autre chose, je me dis que ça vient peut-être d'un mauvais mouvement, en ce moment ça me fait mal alors je me dis "réfléchis bien à ce

que tu fais" et j'essaye de trouver le mouvement qui fera le moins mal et de le répéter doucement.

b. Identification de signaux d'alarme

La deuxième des stratégies préventives a trait au repérage des signes avant-coureurs des blessures. L'athlète qui a été confronté au processus de convalescence devient plus prudent sur la charge de travail qu'il s'impose lorsqu'il sait que l'intensification risque de le conduire à un point de rupture. L'athlète qui s'est blessé est davantage conscient des signes qui risquent de le conduire une nouvelle fois à la blessure.

Généralement, une petite blessure c'est un signal d'alarme. Moi, je considère ça comme un signal d'alarme. Quand il y a une petite blessure, il faut savoir bien la soigner avant qu'il y en ait une plus grosse. (...) L'an dernier je me suis pété un petit orteil, mais cassé hein. Je me suis arrêtée, je pouvais pas marcher. Non tu peux pas. (...) Mais une entorse, un truc comme ça, il vaut mieux se reposer et laisser la blessure bien se cicatriser. C'est peut-être pour ça que je n'ai jamais eu de grosse blessure, jamais eu d'opération (...) Tu laisse cicatriser, quand tu reprends l'entraînement tu strappes quand même. Je suis pas barjo, non plus.(...) Moi. je pars du principe que c'est un signal d'alarme, que le corps est fatigué, quand ça casse quelque part. (A2)

Au niveau de la blessure ... je suis peut-être plus vigilant. Là, par exemple sur le stage européen au tournoi de Paris, j'avais un peu mal à l'épaule, je ne me suis pas entraîné du tout quoi. J'ai fait des soins, j'ai fait la prépa physique, mais je ne me suis pas du tout entraîné parce que je sentais que... j'y fais peut-être un peu plus attention parce que c'est tout frais. En général, j'y fais attention. Même quand je me suis blessé à xxx, bon ce n'était pas à

cause d'un surentraînement, l'épaule c'est largement dû à ça mais je ne pouvais pas l'éviter. ...J'étais envoyé sur les tournois, j'étais obligé de me présenter aux tournois. (A10)

Ces stratégies préventives témoignent du caractère éducatif de l'expérience de la blessure. Rose et Jevne (1993) avaient observé sensiblement les mêmes résultats et avaient montré le phénomène d'apprentissage, grâce à l'expérience de la blessure, de l'écoute des messages corporels et de la participation à des activités de prévention d'autres blessures. Il semble que l'ensemble des stratégies d'adaptation à la blessure déployées par certains athlètes français soient généralement positives. Les entretiens montrent, qu'une fois engagée dans un programme de convalescence, la majorité des athlètes interrogés tente de privilégier les stratégies d'adaptation positives, ce qui pourrait s'expliquer par des influences du contexte d'entraînement. Il serait intéressant, dans une étude ultérieure de vérifier cette hypothèse.

VII. Eléments de programme de convalescence

Les résultats de l'étude, présentée plus haut, associée à la littérature existante, permettent de présenter certaines stratégies susceptibles d'améliorer la convalescence du sportif. Les sept stratégies suivantes ont été clairement identifiées et font partie de programmes de convalescence : 1) Etablir des buts de convalescence, 2) Maintenir l'implication dans la pratique, 3) Visualiser la guérison, 4) Savoir se relaxer, 5) Saisir les opportunités, 6) Développer une attitude positive, 7) Employer un dialogue interne positif.

1. Etablir des buts de convalescence

Plusieurs recherches montrent que les athlètes qui guérissent plus rapidement formulent des buts quotidiens (Ievleva & Orlick, 1991). L'établissement de buts permet de transformer l'engagement à guérir de l'athlète en actions spécifiques et concrètes. En formulant des buts à court ou à long terme, l'athlète énonce ses propres attentes, les conceptualise et met en oeuvre des moyens pour les accomplir (Ievleva & Orlick, 1991). L'établissement de buts aide l'athlète blessé à préciser ses intentions de manière positive, à renforcer le sentiment de contrôle sur ses actions et sur sa guérison (Gilbourne & Taylor, 1998). Danish et al. (1992) décrivent l'établissement de buts comme une habileté qui conduit l'athlète à "l'organisation et à la planification de ses propres comportements et pensées" et les buts en eux-mêmes comme "le guide" qui permet aux athlètes de progresser (Gilbourne & Taylor, 1998; p.134).

De plus, l'établissement de buts procure l'opportunité de s'auto-évaluer et d'enregistrer les différents résultats obtenus. Cette dimension semble particulièrement importante en ce qui concerne le processus de récupération puisque celui-ci est caractérisé par une suite imprédictible de progrès et de régressions plus ou moins distants (Gilbourne & Taylor, 1998). L'établissement de buts impliquerait également l'athlète dans les décisions concernant le programme de récupération et le retour à

l'entraînement. C'est en quoi Beggs (1990) décrit l'établissement de but comme une méthode de "soutien démocratique".

2. Maintenir l'implication dans la pratique

L'athlète blessé devrait, dans la mesure du possible, poursuivre une activité physique. Au delà de la simple forme physique, il peut en tirer plusieurs bénéfices comme la dépense d'énergie excessive résultant de son incapacité à s'entraîner, le maintien d'un sens du contrôle, la réduction du stress et l'amélioration de l'image de soi (Crossman, 1986; Salisbury, 1984; Steadman, 1982; Willis, 1983). Dans le cas d'une blessure qui garderait l'athlète inactif pendant une longue période temps, la méditation et l'entraînement à la relaxation peuvent aider à faire face à l'anxiété et à la dépression qui accompagnent généralement la privation d'exercice physique (Massino, 1985). Le fait de rester impliqué dans la pratique de son sport, permet aussi à l'athlète de rester en contact avec son réseau de ressources (entraîneur, coéquipiers) et ainsi de profiter d'un certain soutien social.

3. Visualiser la guérison

Une documentation importante met en évidence les bénéfices de l'imagerie mentale appliquée à la guérison (Achterberg, 1989; Cousins, 1989). Simonton et al. (1978) ont obtenu des résultats positifs en planifiant un entraînement en relaxation et imagerie avec des patients atteints de cancers incurables. Ils ont noté des taux de rémission de 22.2% et de régression des tumeurs de 19.1%. Ces résultats traduisent une influence significative de ces techniques sur le système immunitaire. De même, Hall (1983) démontre les mêmes conclusions en utilisant l'imagerie et l'hypnose pour améliorer les fonctions lymphocytaires. Il montre l'impact de ces techniques sur les réponses immunitaires surtout chez des sujets facilement hypnotisables. Les études de Ievleva et Orlick (1991), mentionnent que les athlètes pratiquent 3 types d'imagerie : l'imagerie de guérison (on voit et on sent guérir la partie blessée), l'imagerie de kinesthésie (on voit des images du traitement de physiothérapie et ses effets) et

l'imagerie de récupération (on se voit avoir totalement récupéré en se projetant dans l'activité physique et dans de nouvelles performances).

D'autres études (Foster & Porter, 1987) ont montré que des images négatives de la blessure, de son état inflammatoire et de la déchirure interféraient avec les images positives de guérison et donc gênaient la récupération par des effets opposés. Une autre technique, l'imagerie auto-dirigée, est réalisée quotidiennement et de façon individualisée pour obtenir de meilleurs effets. Cette méthode utilisée par Simonton et al. (1978) peut s'appliquer à la mise en place d'un programme de kinésithérapie, par exemple en voyant et sentant la réparation des tissus lésés, en imaginant s'accélérer la circulation sanguine et se renforcer la tonicité du muscle. Cette pratique s'approche du biofeedback, qui se pratique à l'aide d'instruments qui servent à montrer et à enregistrer la réponse du corps. Arnheim (1985) et Swearingen (1984) définissent une manière d'utiliser l'imagerie pour développer les capacités de guérison de l'esprit. L'athlète doit d'abord être informé et comprendre le processus physiologique de la guérison pour pouvoir ensuite visualiser son évolution. Il est conseillé d'aider l'athlète à prendre une part de responsabilité dans la rééducation (Arnheim, 1985, p. 217). D'autre part, le fait d'imaginer le processus de guérison et ce à quoi il ressemble physiologiquement semble également améliorer la récupération (Simonton et al., 1978).

Pour l'athlète blessé qui est incapable d'une pratique physique, l'imagerie mentale est particulièrement importante pour ce qui est de maintenir un certain niveau d'habileté, de se projeter dans des situations qu'il rencontre fréquemment à l'entraînement et en compétition, et pour garder confiance en ses capacités. Il est également important de suivre une chronologie dans l'imagerie et ne pas visualiser une situation de performance juste après l'opération.

4. Savoir se relaxer

Les différentes pratiques de la relaxation, méditation, contrôle respiratoire, yoga, jouent un rôle important en médecine comportementale et dans les programmes de réduction du stress (Benson, 1975, 1984; Borysenko, 1987; Kabat-Zinn, 1990). La

relaxation combinée à l'imagerie permet de provoquer des changements physiques et comportementaux. En particulier, il est important de réguler la tension causée par le stress de la blessure et le lâcher prise permet de faciliter la récupération en améliorant la circulation sanguine et en réparant plus vite les tissus lésés (Benson, 1975; Brestler, 1984).

Dans un service d'urgence de chirurgie orthopédique, Swearingen (1984) utilise des techniques mentales pour abaisser la tension en couplant la blessure avec un état "qui conduit le repos du corps et sa guérison" (Swearingen, 1984, p. 102). Il poursuit les travaux de Benson (1975), persuadé que cet état de relaxation favorise la guérison (Swearingen, 1984). La réponse de relaxation est à l'origine de la réceptivité de l'esprit et selon Jaffe et Brestler (1984), "l'atteinte d'un état de relaxation corporelle est un prérequis pour tout travail thérapeutique en imagerie parce qu'il permet d'inhiber l'activité somatique du muscle, les pensées verbales et facilite les images mentales de domination" (p. 61).

5. Saisir les opportunités

Il s'agit ici de profiter du processus de guérison pour apprendre et grandir, de transformer l'événement en challenge pour se dépasser et reconsidérer son style de vie et ses habitudes. Des améliorations surprenantes en matière de récupération d'une blessure grave ou d'une maladie coïncident très souvent avec une transformation positive du sujet, soutenue par une composante psychologique ou spirituelle (Seconde conférence nationale de psychologie de la santé, de l'immunité et des maladies, commanditée par l'Institut National pour l'Application Clinique d'une Médecine Comportementale, Orlando, 1990). En général, les techniques utilisées pour améliorer cette prise conscience sont la méditation, la relaxation progressive de Jacobson et le yoga. Rappelons que tous les résultats des recherches effectuées auprès des athlètes de classe mondiale montrent le bénéfice de la restructuration cognitive dans la mesure où elle suscite la réflexion.

De nombreux exemples mettent en évidence que l'on peut tirer des leçons grâce

à l'expérience de la blessure notamment en développant des habiletés mentales. De cette façon, un sportif blessé peut contribuer à conduire son équipe à la victoire. Certains athlètes profitent de leur blessure pour améliorer leur entraînement mental (relaxation et imagerie de performance et de guérison) et attribuent souvent leur succès futur à ce nouveau régime d'entraînement.

6. Développer une attitude positive

Ievleva et Orlick (1991) rapportent que les athlètes qui guérissent rapidement l'attribuent à des caractéristiques personnelles, tandis que ceux ayant une guérison plus lente l'attribuent à la kinésithérapie ou au repos. Ainsi, les athlètes qui guérissent plus rapidement ont tendance à se percevoir comme ayant un contrôle direct sur leur convalescence et leur processus de guérison. Pour leur part, Laubach, Brewer, Van Raalte et Petitpas (1996) ont démontré qu'il existe un lien entre les attributions causales et la guérison dans le contexte de la blessure sportive. Le mode d'attribution prédit aussi l'adhésion au programme de récupération. Les participants se percevant comme guérissant rapidement avaient tendance à attribuer leur convalescence rapide à des facteurs internes et ce, de façon plus stable. Les participants se percevant comme guérissant plus lentement avaient tendance à attribuer cette lenteur à des causes externes. De plus, le niveau de stress semble être moindre chez les athlètes qui éprouvent le sentiment d'avoir un contrôle direct sur leur guérison (Ievleva & Orlick, 1991).

7. Employer un dialogue interne positif

Comme nous l'avons vu, un regard positif indique une adaptation aux nouvelles conditions et une orientation vers l'amélioration. Des études montrent que le dialogue interne agit sur l'attitude, la croyance et le regard sur l'extérieur. La conduite d'un dialogue interne positif peut être efficace pour la prise de contrôle, parce qu'il guide les pensées positives tout en réduisant les pensées négatives.

VIII. Bibliographie

- Achterberg, J. (1989). Mind and medicine: The role of imagery in healing. *Journal of American Society of Physical Research*, 82 (2), 93-100.
- Albrecht, T. L. & Adelman, M.B. (1984). Social support and life stress: New directions for communications research. *Human Communication Research*, 11, 3-22.
- Andersen, M., & Williams, J. (1988). A model and athletic injury: Prediction and prevention. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10, 294-306.
- Anderson, M.B., & Stroove, M.A., (1998). The sanctity of $p < .05$ obfuscates good stuff: a comment on Kerr and Goss. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, (1), 168-173.
- Arnheim, D.D. (1985). *Modern principles of athletic training*. St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing.
- Bartholomey, J. B., Brewer, B.W., Van Raalte, J. L., Linder, D. E., Cornelius, A. E. & Bart, S. M. (1998). *A psychometric evaluation of the sports inventory for pain. The sport psychologist*. Human Kinetics Publishers, Inc. 12, (1), 29-39.
- Beggs, W.D. (1990). Goal setting in sport. In J.G. Jones & L.Hardy (Eds.), *Stress and performance in sport* (pp.135-170). Chichester: Wiley.
- Benson, H. (1984). *Beyond the relaxation response*. New York: Berkeley Books.
- Bergandi, T.A. (1985). Psychological variables relating to the incidence of the athletic injuries. *Journal of Human Stress*, 1 (2), 6-20.
- Blackwell, B. & McCullagh, P. (1990). The relationship of athletic injury to life stress, competitive anxiety and coping resources. *Athletic Training*, 25, 23-27.
- Borysenko, J. (1987). *Minding the body, mending the mind*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Bramwell, S.T., Minoru, M., Wagner, N.N., & Holmes, T.H. (1975). Psychosocial factors

in athletic injuries. *Journal of Human Stress*, 1 (2), 6-20.

Brawley, L. R. (1993). The practicality of using social psychological theories for exercise and health research and intervention. *Journal of Applied Sport Psychology*, 5, 99-115.

Brewer, B. W. (1993). Review and critique of models of psychological adjustment to athletic injury. *Journal of Applied Sport Psychology*. 6, (1), 87-100.

Brewer, B. W. (1998). Adherence to sport injury rehabilitation programs. *Journal of Applied Sport Psychology*. 10, (1), 70-82.

Brewer, B. W. (1998). Introduction to the special issue: Theoretical, empirical, and applied issues in the psychology of sport injury. *Journal of Applied Sport Psychology*. 10, (1), 1-4.

Brewer, B. W., Van Raalte, J. L. & Linder, D. E. (1993). Role of the sport psychologist in treating injured athletes: A survey of sport medicine providers. *Journal of Applied Sport Psychology*, 3, 183-190.

Browx, R. (1971). Personality characteristics related to injury in football. *Research Quarterly*, 42, 133-138.

Burkes, T.D. (1981). The injury-prone athlete. *Scholastic Coach*, 6 (3), 47-48.

Coddington, R., & Troxell, J. (1980). The effect of emotional factors on football injury rates: A pilot study. *Journal of Human Stress*, 6, 3-5.

Cousins, N. (1989). *Head first: The biology of hope and the healing power of the human spirit*. New York: Penguins Books.

Crossman, J.E. (1986, May/June). Psychological and sociological factors supporting athletic injury. *Coaching Review*. 54-58.

Daly, J.M., Brewer, B.W., Van Raalte, J. L., Petitpas, A.J. & Sklar, J.H. (1995). Emotional adjustment et adherence to rehabilitation following a knee surgery. *Journal of Sport Rehabilitation*, 4, 23-30.

- Danish, S. J., Petitpas, A.J., & Hale, B.D. (1992). A developmental-educational intervention model of sport psychology. *The Sport Psychologist*, 6, 403-415.
- Duda, J. L., Smart, A. E., & Tappe, M. K. (1989). Predictors of adherence in the rehabilitation of athletic injuries: An application of personal investment theory. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, 367-381.
- Durso Cupal, D. (1998), Psychological Intervention in sport injury prevention and rehabilitation. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, (1), 103-123.
- Fields, K.B., Delaney, M., & Hinkle, S. (1990). A prospective study of type A behavior and running injuries. *The Journal of Family Practice*, 30, 425-429.
- Fisher, A. C. (1990). Adherence to sports injury rehabilitation programs. *Sports Medicine*, 9, 151-158.
- Flint, F. A. (1998). Integrating sport psychology and sports medicine: The dilemmas. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, (1), 83-102.
- Foster, J. & Porter, K. (1987), *Mental training for healing athletic injury*. Unpublished manuscript.
- Gilbourne, D. & Taylor, A.H. (1998). From theory to practice: The integration to a goal perspective theory and life development approaches within an injury-specific goal setting program. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, (1), 124-139.
- Gordon, S., Milios, D., & Grove, J.R. (1991). Psychological aspects of the recovery process from sport injury: The perspective of sport physiotherapists. *The Australian Journal of Science and Medicine in Sport*, 23, 2, 53-60.
- Gordon, S., Potter, M. & Ford, I.W. (1998). Toward a psychoeducational curriculum for training sport-injury rehabilitation personnel. *Journal of Applied Sport Psychology*. 10, (1), 140-156.
- Gould, D., Weiss, M. & Weinberg, R. (1981). Psychological characteristics of Big Ten Wrestlers. *Journal of Sport Psychology*, 3, 69-81.
- Gregory, B., & Van Valkenburg, J. (1991). Psychology of the injured athlete. *Journal of*

Post Anesthesia Nursing, 6 (2), 108-110.

Hall, H.R. (1983). Hypnosis and the immune system: A review with implications for cancer and the psychology of healing. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25, 92-103.

Hardy, C. J., Richman, J. M., & Rosenfeld, L. B. (1991). The role of social support in the life stress/injury relationship. *The Sport Psychologist*, 5, 128-139.

Hardy, C.J., & Riehl, M.A. (1988). An examination of the life stress-injury relationship among nancontact sport participants. *Behavioral Medecine*, 14, 113-118.

Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1975). The social readjustment scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

Ievleva, L., & Orlick, T. (1991). Mental links to enhanced healing: An exploratory study. *The Sport Psychologist*, 5, 25-40.

Jackson, D.W., Jarrett, H., Bailey, D., Kausek, J., Swanson, J.J., & Powell, J.W. (1978). Injury prediction in young athlete, a preliminary report. *American Journal of Sports Medecine*. 6 (1), 6-14.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and your mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte Press.

Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M. E. P. , & Dwyer, J. (1991). Exploratory style and cell-mediated in elderly men and women. *Health Psychology*, 10, 229-235.

Kerr, G. & Minden, H. (1988). Psychological factors related to the occurrence of athletic injuries. *Journal of Spot and Exercice Psychology*, 10, 167-173.

Kiber, W.B., Chandler, T.J., & Stracener, E.S. (1992). Musculoskeletal adaptations and injuries due to overtraining. *Exercice and Sport Science Rezwiews*, 21, 99-126.

Kluber-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: McMillan.

Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personnality and Social Psychology*, 37, 1-11.

- Kolt, G., & Kirby, R. (1996). Injury in Australian female competitive gymnasts: A psychological perspective. *Australian Physiotherapy*, 42, 121-126.
- Krauss, J.F., & Gullen, W.H. (1969). An epidemiological investigation of predictor variables associated with intra-mural touch football injuries. *American Journal of Public Health*, 59 (12), 2144-2156.
- Lamb, M. (1986). Self-Concept and injury frequency among female college field hockey players. *Athletic Training*, 21, 220-224.
- Larson, G. A., Starkey, C., & Zaichkowsky, L. D. (1996). Psychological aspects of athletic injuries as perceived by athletic trainers. *The Sport Psychologist*, 4, 37-47.
- Laubach, W.J., Brewer, B.W., Van Raalte, J.L. & Petitpas, A.J. (1996). Attributions for recovery and adherence to sport injury rehabilitation. *The Australian Journal of Sciences and Medicine in Sport*, 28 (1), 30-34.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leadbetter, W.B., (1990). An introduction to sports-induced soft-tissue inflammation. In W.B. Leadbetter, J. A. Buckwalter, & S. L. Gordon, (Eds.) *Sports-induced inflammation: Clinical and basic science concepts* (pp. 587-595), Park Ridge, IL: American Academy of Orthopaedic Surgeons.
- Lynch, G. P. (1988). Athletic injuries and the practicing sport psychologist : Practical guidelines for assisting athletes. *The Sport Psychologist*, 2, 161-167.
- Massimo, J. (1985, April). Psychological recovery from injury. *International Gymnast*, pp. 42-43; 58.
- May, J. (1995). Aspects psychologiques des blessures du sportif. In C. Le Scanff et J. Bertsch (Eds.), *Stress et performance* (pp. 49-90). Paris: PUF.
- Mc Auley, E. (1992). Self-referent thought in sport and physical activity. In T. S. Horn (Ed.), *Advances in Sport Psychology* (pp. 102-118). Champaign, IL: Human Kinetics.

- McDonald, S. A., & Hardy, C. J. (1990). Affective response patterns of the injured athlete: An exploratory analysis. *The Sport Psychologist*, 4, 261-274.
- Nideffer, R. M. (1989). Psychological aspects of sports injuries : Issues in prevention and treatment. *International Journal of Sport Psycholgy*, 20, 241-255.
- Orlick, T. (1990). *In pursuit of excellence: How to win in sport and life through mental training*. Second Edition, Champaign, Illinois: Leisure Press.
- Pargman, D. & Lunt, S., (1989). The relationship of sepf-concept and locus of control to the severity of injury in comparatively lower ability level collegiate football players, *Sports Training, Medecine and Rehabilitation*, 1, 203-208.
- Pargman, D. (1993). *Psychological bases of sport injuries* . Morgantown : Fitness InformationTechnology, Inc.
- Pelletier, R.L., Montelpare, W.J. & Stark, R.M., (1993). Intercollegiate ice hockey injuries: A case for uniform definitions and reports. *American Journal of Sports Medecine*, 21, 78-81.
- Perna, F., & McDowell, S. (1993, October). *The association of stress and coping with illness and injury among elite athletes*. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Applied Sport Psychology, Montréal, Québec.
- Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (1987), Exploratory style and illness. *Journal of Personality*, 55, 237-266.
- Petitpas, A. J., (1998). Practical considerations in providing psychological services to sports medecine clinics patients. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, (1), 157-167.
- Petrie, T. (1993). The moderating effects of social support and playing status on the life stress-injury relationship. *Journal of Applied Psychology*, 5, 1-16.
- Petrie, T. A., Falkstein, D.L. (1998), Methodological, measurement, and statistical issues in research on sport injury prediction. *Journal of Applied Sport psychology*, 10, (1), 26-45.

- Petrie, T.A. (1992). Psychosocial antecedents of athletic injury: The effects of life stress and social support on female collegiate gymnast. *Behavior Medicine*, 18, 127-138.
- Quackenbush, N., & Crossman, J. (1994). Injured athletes: A study of emotional responses. *Journal of Sport Behavior*, 17, 178-187.
- Recker, G.T., & Wong, P.T.P. (1985). Personal optimism, physical and mental health: The triumph of successful aging. In J. E. Birren & J. Livingston (Eds), *Cognition, Stress and Aging*. (pp. 134-173). New York: Prentice-Hall.
- Reid, D.C. (1992), *Sport injury assessment and rehabilitation*. New York, NY. Churchill Livingston.
- Rose, J., & Jevne, R. F. J. (1993). Psychosocial processes associated. *The Sport Psychologist*, 7, 309-328.
- Rotella, R. J., & Heyman, S.R. (1993). Stress, injury, and the psychological rehabilitation of athletes. In J.M. Williams (Ed.), *Applied sport psychology: Personal growth to peak performance* (pp. 273-287). Mountain View, CA: Mayfield.
- Salisbury, N. (1984). The comeback trail. *New Body*, 3 (6), 56-58.
- Scheir, M.F., & Carver, C.S., (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Seligman, M. (1991). *Learned optimism*. New York: Alfred A. Knopf.
- Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S., & Creighton, J. L. (1978). *Getting Well Again*. New York: Batam Books.
- Smith, A.M., Scott, S.C., & Wiese, D.M. (1990). The psychological effects of sports injury: Coping. *Sports Medicine*, 9, 352-369.
- Smith, R.E. (1986). Toward a cognitive-affective model of athletic burnout. *Sport Psychology*, 8, 36-50.

- Smith, R.E., Smoll, F. L., & Ptacek, J.T. (1990). Conjunctive moderator variables in vulnerability and resiliency research: Life stress, social support and coping skills, and adolescent sport injuries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1016-1024.
- Smith, R.E., Smoll, F.L., & Schutz, R. (1990). Measurement and correlates of sport-specific cognitive and somatic trait anxiety: The Sport Anxiety Scale. *Anxiety Research*, 2, 263-280.
- Steadman, J.R., (1982). Rehabilitation of skiing injuries. *Clinics in Sport Medecine*. 1 (2), 289-284.
- Suinn, R.M. (1967). Psychological reactions to physical disability. *Journal of the Association for Physical and Mental Rehabilitation*, 21, (1), 13-15.
- Suinn, R.M. (1980). Psychology and sports performance: Principles and applications. In R.M. Suinn (Ed.), *Psychology in sports: Methods and applications* (pp.26-36). Minneapolis: Burgess.
- Swearingen, R.L. (1984). The physician as the basic instrument, In J.S. Gordon, T.D. Jaffe, D.T., & Brestler, D.E. (Eds.). *Mind , Body and Health: Toward an integral medecine* (pp. 101-106). New York: Human Sciences Press.
- Taylor, J. & Taylor, S. (1998). Pain education and management in the rehabilitation from sport injury. *The Sport Psychologist*.. Human Kinetics Publishers, Inc.(12), 1, 68-88.
- Thompson, N., Halpern, B., Curl, W. W., Andrews, J. R., Hunter, C.S., & McLoed, W.D. (1987). High school football injuries: Evaluation. *American Journal of Sports Medecine*, 15, 117-124.
- Udry, E. (1997). Coping and social support among injured athletes following surgery. *Journal of Sport and Exercice psychology*. (19), 1, 71-90.
- Udry, E., Gould, D., Bridges, D., Tuffey, S. (1997). People helping people? Examining the social ties of athletes coping with burnout and injury stress. *Journal of Sport and Exercice Psychology*. (19), 4, 368-395.

- Valliant, P.M., (1981). Personality and injury in competitive runners. *Perceptual and Motor Skills*, 53, 251-253.
- Weinberg, R.S., & Gould, D. (1997). Psychologie et blessures sportives, *Psychologie du sport et de l'activité physique*, Edisem Inc.
- Weiss, M.R., & Troxell, R.K. (1986). Psychology of the injured athlete. *Athletic Training*, 21, 104-109.
- Wiese, D.M., & Weiss, M.R. (1987). Psychological rehabilitation and physical injury: The role of sports medicine team. *The Sport Psychologist*, 1, 318-330.
- Wiese, D.M., Weiss, M.R., & Yukelson, D.P. (1991). Sport psychology in training room: A survey of athletic trainers. *The Sport Psychologist.*, 5, 25-40.
- Wiese-Bjornstal, D.M., Smith, A. M., Shaffer, S, M., Morrey, M. A. (1998). An integrated model of response to sport injury: Psychological and sociological dynamics. *Journal of Applied sport Psychology*. 10, (1), 46-69.
- Williams, J.M., Anderson, M. B. (1998). Psychological antecedents of sport injury. *Journal of Applied sport Psychology*. 10, (1), 5-25.
- Williams, J.M., Hogan, T.D., & Andersen, M.B. (1993). Positive states of mind and athletic injury risk. *Psychosomatic Medecine*, 55, 462-472.
- Willis, H. (1983). Some psychological effects of athletic injuries. *Physiotherapy in Sport*, 5 (3), 16-17.
- Wittig, A.F., & Schurr, K.T. (1994). Psychological characteristics of women volleyball players: Relationships with injuries, rehabilitation, and team success. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 322-330.
- Yaffe, M. (1978). Psychological aspect of sports injuries. *Research Papers in Physical Education*, 67 (3).
- Young, M.L., & Cohen, D.A. (1981), Self-concept and injuries among female collegiate tournament basketball players. *American Corrective Therapy Journal*, 33 (5), 139-142.

Young, M.L., & Cohen, D.A. (1981). Self-concept and injuries among female high school basketball players. *Journal of Sports Medecine*, 21, 5-11.

Yukelson, D. (1986). Psychology of sport and the injured athlete. In D.B. Bernhart (Ed.), *Clinics in Physical Therapy* (pp.175-195). NY: Churchill Livingstone.

Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal..* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Annexe A

Fascicule à distribuer aux athlètes

BIEN GERER SA CONVALESCENCE

Juin 2009, Approche Psychologique



Introduction

La blessure du sportif est une probabilité quotidienne. Si un dysfonctionnement passager est relativement bien accepté par le sportif comme par son entourage, la blessure importante, qui nécessite ou nécessiterait un arrêt prolongé, peut confronter l'athlète à un certain nombre de difficultés. À l'incapacité physique et à l'affectation de l'image de soi qui lui est associée, peuvent effectivement s'ajouter certains troubles psychologiques d'ordre émotionnel ou motivationnel. L'entraîneur se trouve alors dans une position délicate et il n'a pas toujours les moyens de répondre efficacement aux besoins de l'athlète. Ce fascicule a pour objectif d'amener le sportif à planifier ses actions dans le cas d'une éventuelle blessure, au travers d'une préparation spécifique orientée vers le retour à la pratique. Il présente diverses stratégies d'intervention individualisées favorisant l'auto-détermination et l'engagement de l'athlète dans le processus de récupération. Il procure aussi à l'entraîneur quelques outils qui lui permettront de soutenir et d'aider efficacement l'athlète blessé.

Réaction à la blessure

Pour pouvoir planifier et orienter les actions de l'athlète confronté à une blessure, il importe dans un premier temps d'expliquer sa réaction psychologique. Le sportif blessé traverse une phase émotionnellement perturbatrice, caractérisée par la

déception, la baisse de l'estime de soi et le développement de pensées négatives. Cet état s'amenuise généralement par la suite, progressivement, mais reste parfois marqué de retours à des sentiments négatifs. Ce modèle accorde une part importante aux différences individuelles et un statut particulier aux notions d'engagement et de soutien social de la part de l'entourage. Il valorise tant les facteurs personnels que les facteurs situationnels, et semble bien adapté à des perspectives d'intervention auprès d'athlètes blessés. Les sept axes d'intervention proposés ici ont deux objectifs : 1) s'adapter à la phase de panique causée par la douleur et 2) favoriser la guérison et le retour à l'entraînement de l'athlète.

Etablir des buts de guérison

Plusieurs recherches montrent que les athlètes qui guérissent plus rapidement formulent des buts quotidiens. L'établissement de buts permet de transformer l'engagement à guérir de l'athlète en actions précises et concrètes. En formulant des buts quotidiens, à court et à long terme, l'athlète énonce ses besoins et prend les moyens pour les satisfaire. L'établissement de buts aide l'athlète blessé à préciser ses intentions de manière positive, à renforcer le sentiment de contrôle sur ses actions et de pouvoir sur sa guérison. L'établissement de buts est une habileté qui conduit l'athlète à organiser et à planifier ses propres comportements et pensées. De plus, le fait d'établir des buts procure l'opportunité de s'auto-évaluer et d'enregistrer les différents résultats obtenus. Cette dimension semble particulièrement importante en ce qui concerne le processus de récupération puisque celui-ci est caractérisé par une suite imprédictible de progrès et de régressions. Enfin, l'établissement de buts implique l'athlète dans les décisions qui sont prises concernant le programme de récupération ou encore le retour à l'entraînement.

Maintenir l'implication dans son sport

L'athlète blessé devrait, dans la mesure du possible, poursuivre une activité physique. Bien au-delà de la simple forme physique, il peut en tirer plusieurs bénéfices comme la dépense d'énergie excessive résultant de son incapacité à s'entraîner, la réduction du stress et l'amélioration de l'image de soi. Dans le cas d'une blessure qui garderait l'athlète inactif pendant une longue période, l'entraînement à la relaxation peut aider à faire face à l'anxiété ou à la dépression qui accompagnent généralement la privation d'exercice physique. Le fait de rester impliqué dans la pratique de son sport, permet aussi à l'athlète de rester en contact avec son réseau social (entraîneur, coéquipiers).

En effet, la considération des autres, l'estime et la valeur aux yeux de l'entourage agissent comme des déterminants de la vitesse et du succès de la convalescence ou de l'adhésion au programme de rééducation. Lors d'un changement significatif dans leur état de santé, les athlètes tendent à se tourner vers les autres et à nourrir des attentes face à l'aide que leur apporte leur entourage. Le soutien social adéquat semble être une caractéristique très importante de l'athlète blessé qui récupère rapidement en ce sens que les autres membres de l'équipe et de la famille offrent à l'athlète blessé l'opportunité de s'investir et d'être impliqué dans un système d'entraide efficace. Le soutien social sert à satisfaire les besoins d'association de l'athlète, à le rassurer, à améliorer ses habiletés de communication, à réduire les moments

de stress et d'anxiété. Il procure des ressources, des relations et de l'aide psychologique et physique lors de la convalescence.

Visualiser sa guérison

Les recherches liées aux blessures sportives mentionnent que les athlètes pratiquent trois types d'imagerie bénéfiques : l'imagerie de guérison (on voit et on sent guérir la partie blessée), l'imagerie de kinesthésie (on voit des images du traitement de physiothérapie et ses effets) et l'imagerie de récupération (on se voit totalement rétabli en se projetant vers de nouvelles performances). Certains chercheurs ont montré que des images négatives de la blessure qui survient, de son état inflammatoire, de la déchirure, interféraient avec les images positives de guérison et donc gênaient la récupération. Ainsi, pour l'athlète blessé qui ne peut pratiquer physiquement, l'imagerie mentale est particulièrement importante pour maintenir un certain niveau d'habileté, se projeter dans des situations qu'il rencontre fréquemment à l'entraînement et en compétition, et pour garder confiance en ses capacités.

Savoir se relaxer

Les différentes pratiques de la relaxation et du contrôle respiratoire jouent un rôle important dans les programmes de réduction du stress. Il est particulièrement important de réguler la tension causée par le stress de la blessure afin de faciliter la récupé-

Exemples d'application de l'imagerie mentale

1. Visualisez le processus de guérison à l'intérieur de la partie blessée.
2. Visualisez-vous effectuant sans douleur ni difficultés des mouvements spécifiques à votre sport.
3. Imaginez plusieurs fois les habiletés individuelles requises pour votre meilleure performance.
4. Revivez les sentiments qui caractérisent votre meilleure performance.
5. Visualisez-vous revenant à la compétition au mieux de vos capacités.
6. Engagez-vous dans une imagerie qui fait émerger des sentiments positifs, de l'enthousiasme, et de la confiance dans votre retour à l'entraînement et en compétition.

ration en améliorant la circulation sanguine pour régénérer les tissus lésés. Dans certains services d'urgence de chirurgie orthopédique en Amérique du Nord, des techniques de relaxation sont employées pour réduire la tension musculaire. L'état de repos s'avère en effet plus propice à la guérison du blessé. L'atteinte d'un état de relaxation corporelle est un prérequis pour tout travail thérapeutique en imagerie parce qu'il permet d'inhiber l'activité somatique du muscle et les pensées négatives.

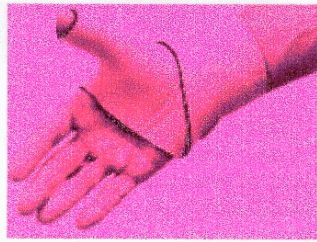
Transformer la situation en opportunité

Il s'agit ici de profiter du processus de guérison pour que l'athlète apprenne et transforme la situation en défi afin de se dépasser et de reconsidérer son style de vie et ses habitudes. Des améliorations surprenantes en matière de récupération d'une blessure grave ou d'une maladie coïncident très souvent avec une prise de conscience de la situation et des besoins de l'athlète. Rappelons que les résultats des recherches effectuées auprès des athlètes de haut niveau montrent le bénéfice de cette réflexion. De nombreux exemples mettent en évidence que l'on peut tirer des leçons grâce à l'expérience de la blessure notamment en développant des habiletés mentales. Certains athlètes profitent de leur blessure pour améliorer leur entraînement mental (relaxation et imagerie de performance et de guérison) et attribuent souvent leurs succès futurs à ce nouveau régime d'entraînement.

Développer une attitude positive

Dans le cas des blessures, l'attitude positive signifie la croyance en la possibilité d'influencer sa propre guérison. Le maintien d'une attitude positive permet de mettre en place le processus physiologique de la guérison et d'en contrôler son évolution. L'attitude positive est clairement identifiée comme l'élément critique de tous les types de convalescence. L'une des caractéristiques de l'athlète qui guérit rapidement a trait à son caractère plus ou moins optimiste. L'optimisme est négativement corrélé avec les symptômes physiques de la blessure et positive-

ment corrélé avec un état de bien-être général, physique et psychologique. Les optimistes font face au



stress différemment. Ils ont, en effet, tendance à accepter la réalité des situations négatives, sans vouloir la nier, à s'engager directement dans le processus de guérison, sans sous-estimer leur douleur. Ils réinterprètent de manière positive les situations et cherchent du soutien social.

Il existe des relations significatives entre le nombre de maladies, de blessures et de visites chez un professionnel de la santé et le style explicatif négatif (la manière de raconter les événements), caractérisé par le pessimisme, le sentiment de culpabilité et l'attribution de la guérison à des facteurs externes. Un tel repli sur soi augmente les risques de solitude et de dépression.

Les athlètes qui guérissent rapidement attribuent leur guérison à des caractéristiques personnelles, tandis que les autres attribuent leur guérison à la kinésithérapie ou au repos. Ainsi, les athlètes qui guérissent plus rapidement ont tendance à se percevoir comme ayant un contrôle direct sur leur convalescence et leur processus de guérison.

Le dialogue interne

Le dialogue interne (se parler dans sa tête) agit sur sa propre attitude. La conduite d'un dialogue interne peut être efficace pour se contrôler, en guidant les pensées positives et aussi en réduisant les pensées négatives. C'est à ce niveau qu'existe la plus grande différence entre les groupes d'athlètes à "guérison lente" et les groupes d'athlètes à "guérison rapide". En effet, il semble que les athlètes ayant un dialogue interne positif s'encouragent, et se motivent, ce qui leur permet de raccourcir leur temps de convalescence.

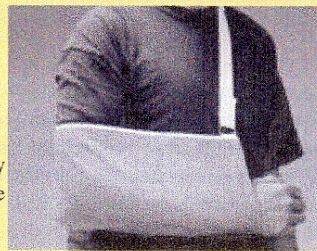
Exemples de dialogue interne positif et négatif

Dialogue interne positif

1. Comment puis-je tirer le maximum de ma situation? Comment puis-je surmonter cet obstacle?
2. Je peux TOUT faire.
3. Il faut que je travaille pour renforcer ma jambe. Elle doit être aussi forte que l'autre.
4. Cela s'améliore de jours en jours.
5. Je me sens bien.

Dialogue interne négatif

1. Cela va probablement prendre une éternité avant de s'améliorer.
2. Quelle erreur stupide! Quel corps inutile!
3. Je ne serai plus jamais aussi fort.
4. Imbécile! Stupide blessure! Pourquoi moi?
5. Je me parlais à moi-même et me disais combien j'étais frustré. Il n'y avait rien de bon dans cette blessure et il n'y avait rien que je puisse faire.



Bases de la convalescence

1. Relaxez-vous mentalement et physiquement.
2. Conservez une attitude positive.
3. Restez en contact mentalement avec la partie blessée et imaginez le processus de guérison qui s'y produit. Voyez, ressentez et expérimentez la guérison, utilisez le plus de détails possible.
4. Voyez et ressentez le corps dans lequel vous aimeriez être.
5. Imaginez votre corps fonctionnant à la perfection dans votre sport.
6. Souvenez-vous qu'une personne qui se sent bien est une personne dont l'état s'améliore de jours en jours.

Adapté de Ievleva & Orlick (1991), *Mental paths to enhanced recovery from a sports injury*, in Pargman, 1993.

BIEN GERER SA CONVALESCENCE

Rédaction : Jean Fourmier, Amélie Soulard, Fabienne d'Arripe-Longueville, Philippe Bourance.

Tirage : 300 Exemplaires

Fax : 01.41.47.46.35

e-mail: Jean Fourmier: Fourmier@u-paris10.fr

Amélie Soulard: ktn_ball@hotmail.com

Fabienne d'Arripe-Longueville: darripe@u-paris10.fr

Philippe Bourance: phille@micromet.fr

Reproduction interdite sans accord préalable.

Copyright © 2000. Laboratoire de Psychologie du Sport de l'I.H.S.E.P.



Annexe B
Profil d'auto-évaluation

Évaluez-vous!

Certains outils, comme le "profil", ont été construits pour évaluer différentes ressources de l'athlète blessé. Dans un profil, l'athlète liste les points à améliorer concrètement à l'entraînement. Il évalue ensuite son niveau actuel. Les notes les plus basses révèlent les points à améliorer en priorité. En s'auto-évaluant régulièrement, l'athlète contrôle le niveau de sa récupération tout au long de sa convalescence.

Voici un modèle de profil personnel, qui, une fois rempli, peut être représenté par des graphiques en bâtons.

Profil de

Date

Composantes de la convalescence	Niveau idéal recherché (sur 10)	Niveau Actuel	Différence

.....

--	--	--	--

Points à travailler en priorité (d'après les plus grandes différences):

1.
2.
3.

À vous maintenant d'évaluer vos stratégies afin de vous rétablir complètement et rapidement. Suivez bien votre programme, tenez bon!

Résumé

Plusieurs modèles issus de la littérature anglo-saxonne ont été élaborés sur la base de la réaction de deuil de Suinn (1967) pour décrire la réaction psychologique de l'athlète de haut niveau blessé (e.g., Kluber-Ross, 1969 ; Rotella & Heyman, 1993). La réaction est présentée comme une succession de stades : (a) choc, refus et anxiété, (b) colère et augmentation de l'émotivité, (c) « marchandage », (d) dépression, (e) acceptation et espoir. Remettant en cause cette approche, les modèles interactionnistes actuels inscrivent la réaction dans un continuum émotionnel (McDonald & Hardy, 1990). Certaines études longitudinales révèlent que le sportif blessé traverse une phase émotionnellement perturbatrice qui s'amenuise progressivement pour laisser place à des sentiments plus positifs lorsque la convalescence se termine (e.g., Quakenbush & Crossman, 1994). De nombreuses études (e.g., Ievleva & Orlick, 1991) ont démontré que les athlètes qui emploient des stratégies positives (adopter un locus de contrôle interne, un dialogue interne positif, rechercher le soutien social, maintenir une attitude positive, conserver un niveau d'engagement élevé dans un programme de récupération) ont une convalescence plus courte que ceux qui utilisent des stratégies négatives (faire des attributions causales externes, adopter un discours interne dévalorisant, s'apitoyer sur son sort, se centrer sur soi et refuser le soutien social). La présente recherche avait pour but d'identifier les réactions psychologiques d'athlètes de haut niveau français face à la blessure sportive afin d'apprécier leur congruence avec les modèles de la littérature. Elle visait également à répertorier les différentes stratégies d'adaptation des athlètes confrontés à la blessure sportive, dans une perspective d'aide à l'entraînement.

Trois catégories de réactions psychologiques à la blessure sportive ont été identifiées : a) la déception, b) la baisse de confiance en soi et c) le développement de pensées négatives. Ces réactions s'accompagnent de deux types de stratégies : 1) les stratégies de convalescence d'ordre individuel et relationnel et 2) les stratégies préventives. Les stratégies individuelles de convalescence comprennent : a) l'engagement actif dans le programme de rééducation, b) la fixation d'objectifs, et c) la considération de l'expérience de la blessure comme un défi personnel. Les stratégies relationnelles se composent : a) de stratégies de négociation de la charge d'entraînement avec l'entraîneur, b) de stratégies de négociation de non-participation à une compétition avec les sélectionneurs afin d'éviter d'échouer à cause d'une méforme, etc) de la recherche de soutien social auprès de la famille, de l'entraîneur ou des pairs. Enfin, les stratégies préventives regroupent les efforts de repérages de signaux d'alarme physiologique, avant-coureurs de l'imminence d'une blessure.

Les réactions à la blessure identifiées dans cette étude sont individuelles et concernent différents registres psychologiques. Les stratégies de convalescence d'ordre individuel ou social mises en évidence dans cette étude concordent globalement avec les résultats des études antérieures (Pargman, 1993). En revanche le caractère simultané ou alternatif des réactions psychologiques et des stratégies d'adaptation identifiées diffère des modèles de la littérature qui présentent les réactions émotionnelles de manière séquentielle ou sur un continuum. Enfin, les « stratégies préventives » utilisées par les athlètes de haut niveau témoignent du caractère éducatif de l'expérience de la blessure. Plus largement, cette étude associée à la littérature existante permet de mettre à la disposition des fédérations sportives une brochure présentant certaines stratégies susceptibles d'améliorer la convalescence du sportif de haut niveau.