

SPECIAL FOR SPORTFISI@:

LE RETOUR AU SPORT APRÈS UNE BLESSURE: QUAND LE MENTAL PREND LE DESSUS

MÉLANIE HINDI, PSYCHOLOGUE FSP, PRÉPARATRICE MENTALE ET MEMBRE
DE LA SASP (ASSOCIATION SUISSE DES PSYCHOLOGUES DU SPORT),
WWW.MELANIEHINDI.COM

Résumé

Lors d'une blessure, les variables physiologiques ne peuvent pas expliquer à elles seules le retour effectif ou non au sport. Il est indispensable de prendre également en compte les variables psychologiques et plus précisément la réponse psychologique associée au retour sport (psychological readiness to return to sport) pour prédire et décider – de manière interdisciplinaire – de la reprise ou non de l'activité sportive.

Cette composante est évaluable à l'aide de questionnaires validés scientifiquement et le thérapeute peut influencer positivement sur celle-ci à l'aide de techniques telles que l'éducation thérapeutique, la fixation d'objectifs ou l'exposition progressive.

Finalement, la nécessité du retour au sport est remise en question, au profit de la santé, du bien-être et de la qualité de vie de l'individu.

Comme nous le savons tous, la blessure est une conséquence fréquente du fait de pratiquer une activité sportive, que ce soit à un niveau amateur ou élite. Chaque année en Suisse, plus de 410'000 personnes se blessent en raison de la pratique d'un sport, le ski alpin et le football tenant le haut du tableau en matière de blessures moyennement graves (séjour hospitalier compris entre 1 et 6 jours) et graves (séjour hospitalier de 7 jours et plus), et ce depuis de nombreuses années (BPA, 2018). Ces blessures s'accompagnent alors fréquemment d'un arrêt de la pratique sportive, d'une durée plus ou moins longue selon la gravité de ces dernières.

Quelles sont les variables permettant de prédire un retour au sport?

Quelques précisions terminologiques tout d'abord: lorsque l'on parle de «retour au sport», il est entendu, selon le consensus de Berne (Arderm et al., 2016), un retour à l'activité sportive pratiquée avant la blessure, mais l'athlète ne performe pas à son niveau de performance souhaité (Fig.1 -BJSM).



Figure 1 The three elements of the return to sport (RTS) continuum.

Pour certaines blessures, la littérature est claire sur le fait que ce sont des variables de type physiologiques qui déterminent si un athlète va reprendre sa pratique sportive ou non, comme pour les blessures de la hanche et de l'aîne, pour lesquelles plus de 85% des athlètes retournent à leur pratique sportive. La force des adducteurs de hanche étant le facteur le plus prédictif d'un retour au sport.

Pour les blessures aux ischio-jambiers, bien que près de l'ensemble des athlètes retournent à la pratique sportive, il n'existe pas de consensus concernant les facteurs prédictifs en termes de temps pour un RTS.

Concernant les blessures à l'épaule, il n'existe que peu d'études sur la prévalence d'un retour au sport et les facteurs prédictifs semblent rester inconnus pour le moment (Arderm, 2016).

Si l'on s'en tient à ces types de blessures, il semblerait donc qu'il «suffise» de travailler de manière spécifique sur ces

variables physiques et réaliser certaines mesures objectives afin de prédire si l'athlète va effectivement retourner à son sport de prédilection ou non.

Les variables «objectives» n'expliquent pas tout

Pour le genou, notamment lors d'une rupture LCA (qui est la lésion ligamentaire la plus fréquente et la plus étudiée concernant le retour au sport) la littérature nous informe que malgré 90% des opérations qui sont considérées comme une réussite, seuls environ 81% des athlètes retournent à une forme de sport, 65% retrouvent leur niveau pré-opératoire et seulement 55% des athlètes ayant subi une chirurgie retournent à la compétition à 1 an post-opératoire (Ardern, 2014). La propension physique et les variables individuelles (telles qu'être un homme, être jeune ou jouer à un niveau élite par exemple) ne suffisent donc pas pour prédire une reprise du sport. Pour cette lésion, la variable la plus prédictive à 4, 6 et 12 mois post-opératoire d'un retour au sport à 12 mois est la «réponse psychologique positive», qui inclut des variables de motivation, de confiance et une faible peur de se re-blesser (Ardern et al., 2011; 2012; 2014).

En ce qui concerne le tendon d'Achille, pour une tendinopathie d'Achille, 55 à 90% de athlètes retournent à leur sport après 1 an de traitement. Après une rupture, la fourchette est plus large et se situe entre 29 et 87% selon les études.

A nouveau, la littérature nous indique ici (du moins en cas de rupture du tendon) que c'est la peur de se re-blesser qui affecte la décision d'un retour au sport, surtout si la reprise concerne la discipline dans laquelle la blessure est survenue (Ardern et al., 2016).

La peur de se re-blesser et l'évaluation subjective de ses propres capacités

Cette peur de se-reblesser est problématique car elle entrave la participation sportive (voire l'adhésion au traitement) et retarde, voire compromet le retour au sport. La peur de se re-blesser est d'ailleurs souvent citée comme le facteur n°1 de non-retour au sport lorsque l'on demande aux athlètes les raisons de leur décision (Podlog, 2005; Ardern, 2012; Hsu, 2016).

Cette peur de se re-blesser semble être reliée, de manière plus générale, au jugement que l'athlète porte sur sa propre capacité de guérison, ce qui va déterminer en grande partie sa décision d'un retour ou non au sport.

En effet, lorsque l'on demande aux athlètes au début de leur

rééducation quel est le temps qu'ils estiment pour leur retour au sport, plus le temps indiqué est long, moins grandes sont les chances d'un retour réel sur le terrain (Ardern et al., 2013).

De plus, dans le cas de blessures au genou, il semblerait que ce soit l'évaluation subjective du genou (perception subjective des symptômes et des fonctions du genou) qui explique la plus grande variance de cette réponse psychologique (Webster et al., 2018). Le retour au sport est donc extrêmement dépendant du ressenti subjectif, du regard que l'individu porte sur sa situation et de sa confiance en ses propres capacités dans l'avenir.

D'un point de vue très pragmatique, lorsque cette réponse psychologique est basse, cela engendre de l'anxiété qui se traduit par de la tension physique et une attention qui ne se focalise pas (ou plus) sur les éléments pertinents pour l'action. Les informations neuro-musculaires sont envoyées de manière anarchique et le risque de re-blessure réel augmente.

McPherson et al. (2019), dans leur récente étude sur la récurrence (LCA), démontrent d'ailleurs que les personnes qui connaissent un second épisode de blessure obtiennent, à 12 mois post-opératoire (lors de leur première blessure), des scores de réponse psychologique associée au retour au sport significativement plus bas que ceux qui ne se sont pas re-blessés et cette corrélation serait d'autant plus importante chez les jeunes patients.

Les champs d'action en tant que professionnel de la santé

Il s'avère donc primordial, en tant que professionnel de la santé, de prendre en compte et de travailler sur ces composantes psychologiques afin que l'athlète puisse poursuivre une activité sportive, voire réinvestir son sport de prédilection si tels sont son envie et son objectif.

En guise d'évaluation, votre sens clinique est évidemment votre outil privilégié, mais des tests validés scientifiquement existent afin de vous assister et confirmer vos hypothèses.

De manière générale, vous pouvez utiliser:

- Le Injury-Psychological Readiness to Return to Sport Scale (I-PRRS) (Glazer, 2009)

- Le Re-Injury Anxiety Inventory (RIAI) (Walker, 2010), qui permet de distinguer l'anxiété de re-blessure en cours de réhabilitation ou lors de la reprise du sport (entraînement ou compétition)

- Le Tempa Scale of Kinesiophobia (TSK) (French et al, 2007), qui mesure la peur du mouvement ou de la re-blessure dans

les douleurs chroniques. Cette échelle existe en plusieurs langues, notamment en version française (French et al. 2002) et allemande (Rusu et al, 2014).

De manière plus spécifique, vous pouvez utiliser:

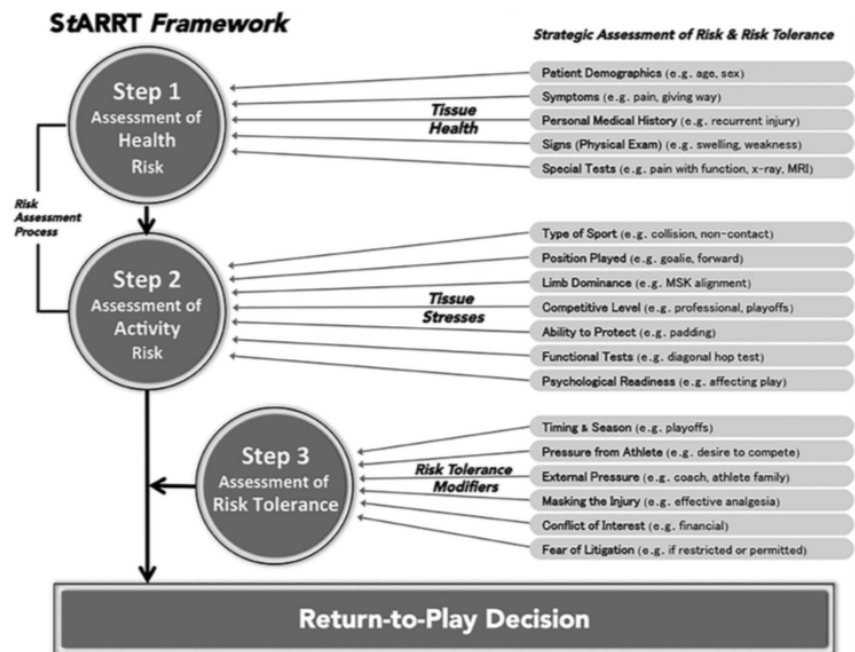
- Pour le LCA, le ACL-Return to Sport after Injury (ACL-RSI) (Webster et al., 2008). Cette échelle a été validée en plusieurs langues, notamment en version française (Bohu et al., 2015) et en version allemande (Müller et al., 2014).
- Pour l'épaule, le Shoulder Instability-Return to Sport after Injury (SI-RSI) (Gerometta et al., 2016).

Une fois évaluée, les techniques utilisées pour influencer positivement cette composante psychologique sont nombreuses. Pour une vision holistique, je vous invite à parcourir l'article de Hsu et al. (2016), qui répertorie les différentes interventions psychosociales possibles. Cependant, 3 aspects me paraissent fondamentaux et devraient faire partie de la prise en charge thérapeutique:

- Education thérapeutique: trop nombreux sont encore les athlètes qui ne savent pas exactement quelles structures sont touchées par leur blessure et lesquelles ont été « réparées » par la chirurgie. Le degré de détail à donner dépend de l'intérêt et du niveau de compréhension de l'athlète, mais il est démontré qu'une meilleure connaissance des processus réduit l'anxiété.
- Fixation d'objectifs: Il est important de discuter des objectifs thérapeutiques avec l'athlète. Ce sont des individus qui travaillent constamment avec des objectifs et il peut être intéressant de transférer cela au contexte de la rééducation. Cela donne une direction et permet de constater la progression et l'efficacité du traitement, tout en préservant certains aspects de l'identité d'athlète.
- Exposition progressive: exposer les athlètes à des situations anxigènes de manière progressive pour montrer le non-danger aide le patient à prendre confiance en ses capacités et ses structures.

Ces 3 éléments doivent être sous-tendus par l'attitude générale du praticien, qui doit être empreinte de discours empathique et positif, valorisant les petits succès et soulignant les progrès. Cela aide l'athlète à structurer de manière positive le discours

Fig.2 StARRT (Strategic Assessment of Risk and Risk Tolerance) framework for return to play decisions.



qu'il tiendra avec lui-même et «l'histoire» qu'il se racontera au sujet de sa blessure et de sa rééducation.

Cependant, il se peut que, dans certains cas, le niveau des symptômes anxio-dépressifs soit trop important et envahissant pour que la rééducation soit efficace et qu'un retour au sport puisse être envisagé. Si vous identifiez la présence de ce type d'état chez vos patients, il est important de ne pas rester seul et de travailler avec l'appui d'un médecin afin d'évaluer si l'adresse à un psychologue (du sport ou non) s'avère nécessaire.

Dans tous les cas, il est indispensable que la décision d'un retour au sport soit prise de manière partagée et interdisciplinaire. Le modèle StARRT (Ardern et al. 2016) peut guider et aider les praticiens dans leur réflexion (Fig.2 - BJSM).

Le retour au sport, seul indicateur de réussite?

Enfin, je vous invite à reconsidérer cette absolue nécessité d'un retour au sport ou à la compétition. Lorsque nous demandons aux athlètes les raisons d'un non-retour au sport, la peur de se re-blessure se place certes en n°1, mais les autres raisons évoquées sont des raisons familiales, professionnelles, un changement de style de vie ou un changement de priorités (Tjong et al. 2014). Parfois, la blessure s'avère être aussi une opportunité de repenser sa vie et ce qui est réellement important pour soi. Le non-retour au sport peut donc être considéré comme une réorientation de ses objectifs de vie et non pas comme un échec en soi, le but étant que la personne poursuive une activité physique pour se maintenir en bonne santé.

Finalement, ce non-retour au sport peut être également souhaité de manière plus ou moins consciente par le sportif et la blessure peut parfois cacher un mal être plus profond, nécessitant de rester dans le statut de «sportif blessé», ce afin d'échapper à des contraintes plus importantes (Bourdet-Loubère, in Décamps, 2011).

En effet, ce retrait «forcé» du monde du sport est une manière socialement acceptable de ne plus être exposé aux pressions, et parfois maltraitances, que l'environnement sportif engendre fréquemment.

Si vous identifiez que l'athlète est en prise avec ces «bénéfices secondaires», il est important de l'adresser à des professionnels compétents afin qu'il puisse les aborder et trouver d'autres stratégies plus favorables à sa santé. En d'autres termes, le retour au sport et à la performance peut être l'objectif à viser, pour autant que ce ne soit pas au détriment du bien-être et de la qualité de vie de l'individu.



Mélanie Hindi est psychologue FSP. Elle a étudié la psychologie de la santé à l'Université de Lausanne puis a obtenu un D.U. en préparation mentale et psychologie du sportif à l'Université de Lille 2 en France. Elle termine actuellement un DAS en psychologie du sport qui lui permettra d'obtenir son titre de spécialisation.

Mélanie a travaillé pendant près d'une année en tant qu'assistante d'enseignement à la Haute Ecole de Santé du Canton de Vaud et en tant que chargée de recherche aux ligues de la Santé du Canton de Vaud. Elle a ensuite occupé une place de spécialiste de la santé en entreprise pour une grande assurance pendant 3 ans et a développé en parallèle une consultation en psychologie du sport. Depuis 2017, elle se consacre la plus grande partie de son activité à l'accompagnement psychologique de sportifs.

Bibliographie:

- Ardern, C., L., Österberg, A., Tagesson, S. et al. (2014). The impact of psychological readiness to return to sport and recreational activities after anterior cruciate ligament reconstruction. *British Journal of Sports Medicine*, 48, 1613-1619.
- Ardern, C., L., Taylor, N., F., Feller, J., et al. (2012). A systematic review of psychological factors associated with returning to sport following injury. *British Journal of Sports Medicine*, 0, 1-8.
- Ardern, C., L., Taylor, N. F., Feller, J., Whitehead, T., S., Webster, K., E. (2013). Psychological Responses Matter in Returning to Preinjury Level of Sport After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Surgery. *The American Journal of Sports Medicine*, (41), 7, 1529-1558.
- Ardern, C., L., Webster, K., E., Taylor, N., F., Feller, J., A. (2011). Return to sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery: a systematic review and meta-analysis of the state of play. *British Journal of Sports Medicine*, 45, 596-606.
- Ardern, C. L. et al. (2016). 2016 Consensus statement on return to sport from the First World Congress in Sports Physical Therapy, Bern. *British Journal of Sports Medicine*, 50, 853-864.
- Bohu, Y., Klouche, S. Lefevre, N., Webster, K., Hermann, S. (2015). Translation, cross-cultural adaptation and validation of the French version of the Anterior Cruciate Ligament-Return to Sport after Injury (ACL-RSI) scale. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 23, 1192-1196.
- Bureau de Prévention des Accidents. (2018). Blessés et tués dans le sport pour des sports choisis, 2015. Récupéré le 21.08.19 sur https://www.bfu.ch/fr/Documents/04_Forschung-und-Statistik/02_Statistik/2018/PDF/F_USP.T.10.pdf

- Décamps, G. (2011). *Psychologie du sport et de la santé*. Bruxelles : De Boeck.
- French, D. J., France, C. R., Vigneau, F., Evans, R. T. (2007). Fear of movement/(re)injury in chronic pain: a psychometric assessment of the original English version of the Tampa scale for kinesiophobia (TSK). *Pain*, 127, (1-2), 41-51.
- French, D. J., Roach, P. J., Mayes, S. (2002). Peur du mouvement chez des accidentés du travail: L'Échelle de Kinésiophobie de Tampa (EKT) [Fear of movement in injured workers: The Tampa Scale of Kinesiophobia]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 34(1), 28-33.
- Gerometta, A., Klouche, S., Herman, S., Lefèvre, N., Bohu, Y. (2016). Facteurs psychologiques influençant sur le retour au sport après un épisode d'instabilité d'épaule, étude de validation de l'échelle SIRSI. *Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique*, 102, (7), S147.
- Glazer, D. (2009). Development and Preliminary Validation of the Injury Psychological Readiness to Return to Sport (I-PRRS) Scale. *Journal of Athletic Training*, 44, (2), 185-189.
- Hsu, C.-H., Meierbachtol, A., George, S. Z., Chmielewski, T. L. (2016). Fear of Reinjury in Athletes: Implications for Rehabilitation. *Sports Health*, 9, (2), 162-167.
- McPherson, A. L., Feller, J. A., Hewett, T. E., Webster, K. E. (2019). Psychological Readiness to Return to Sport Is Associated With Second Anterior Cruciate Ligament Injuries. *The American Journal of Sports Medicine*, 47, 4, 857-862.
- Müller, U., Schmidt, M., Krüger-Franke, M., Rosemeyer, B. (2014). Die ACL-Return to Sport after Injury Skala als wichtiger Parameter bei der Beurteilung Rückkehr zum Sport Level I und II nach Rekonstruktion des vorderen Kreuzbands (deutsche Version). *Sports Orthopaedics and Traumatology*, 30, 2, 135-144.
- Podlog, L., Eklund, C. (2005). Return to Sport After Serious Injury: A Retrospective Examination of Motivation and Psychological Outcomes. *Journal of Sport Rehabilitation*, 14, 20-34.
- Rusu, A. C., Kreddig, N., Hallner, D., Hülsebusch, J., Hasenbring, M. I. (2014). Fear of movement/(Re)injury in low back pain : confirmation validation of a German version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15, 280.
- Tjong, V. K., Murnaghan, M. L., Nyhof-Young, J. M., Ogilvie-Harris, D., J. (2014). A Qualitative Investigation of the Decision to Return to Sport after Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. To Play or not To Play. *The American Journal of Sports Medicine*, 42, (2), 336-342.
- Walker, N., Thatcher, J., Lavalley, D. (2010). A preliminary development of the Re-Injury Anxiety Inventory (RIAI). *Physical Therapy in Sport*, 11, 1, 23-29.
- Webster, K. E., Feller, J. A., Lambros, C. (2008). Development and preliminary validation of a scale to measure the psychological impact of returning to sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery. *Physical Therapy in Sport*, 9, 9-15.
- Webster, K. E., Nagelli, C. V., Hewett, T. E., Feller, J. A. (2018). Factors Associated With Psychological Readiness to Return to Sport After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Surgery. *The American Journal of Sports Medicine*, 46, 7, 1545-1550.