



Institut Régional de
Formation aux Métiers
de Rééducation
et de Réadaptation
Pays de la Loire

**Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation
Pays de la Loire.**

54, rue de la Baugerie - 44230 SAINT- SÉBASTIEN SUR LOIRE

**Identification des facteurs biopsychosociaux mis en jeu chez des
handballeuses d'élite et compréhension de leur vécu, lors de la blessure
du ligament croisé antérieur et pendant la phase de rééducation –
Enquête qualitative par entretiens semi-directifs**

Caroline Doumenc

Mémoire UE28

Semestre 10

Année scolaire : 2020-2021

REGION DES PAYS DE LA LOIRE



AVERTISSEMENT

Les mémoires des étudiants de l'Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et de la Réadaptation sont réalisés au cours de la dernière année de formation MK.

Ils réclament une lecture critique. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFM3R.

Remerciements

Je remercie tout particulièrement mon directeur de mémoire et les étudiantes de mon groupe pour leur accompagnement tout au long de cette année. Cela a été un réel plaisir de pouvoir s'entraider et partager nos points de vue.

Merci à l'ensemble des personnes, amies, rencontres professionnelles qui ont participé aux nombreuses relectures et corrections de ce travail.

Je tiens à remercier ma famille, mes proches, sans qui rien n'aurait été possible. Un soutien nécessaire qui m'a permis d'avancer depuis toutes ces années et malgré le tournant professionnel que j'ai dû prendre avant d'en arriver là aujourd'hui.

Merci à ma marraine, sûrement la première personne qui a fait germer dans ma tête cette envie de devenir masseur-kinésithérapeute.

Merci à mes grands-parents qui, où qu'ils se trouvent, m'accompagnent au quotidien.

Résumé

Introduction : Les handballeuses d'élite sont une population à forte prévalence de blessure par rupture du ligament croisé antérieur (LCA). Aujourd'hui, la prise en charge orientée vers le modèle biopsychosocial place le vécu du patient au centre de la rééducation, or la littérature disponible, qui ne précise pas comment prendre en compte les facteurs biopsychosociaux (FBPS) pour optimiser la rééducation, nous amène à nous questionner sur le vécu des patientes en rééducation.

Méthode : une méthode de recherche qualitative par entretiens semi-directifs a été utilisée pour interroger des handballeuses d'élite sur le vécu de leur rééducation après blessure par rupture du LCA et ainsi tenter d'éclairer les masseurs-kinésithérapeutes (MK) sur les FBPS à prendre en compte afin d'améliorer leur prise en charge sur le versant biopsychosocial.

Résultats : L'analyse de trois entretiens a permis de mettre en avant quatre résultats de recherche à travers le discours personnel des patientes concernant l'expression du vécu de la blessure et de la rééducation, tels que l'aspect positif de cet évènement dans leur carrière, l'importance de la confiance accordée au MK, du soutien social et de la perception de la progression.

Discussion : le vécu personnel de la rééducation et la précision de la population interrogée rendent les résultats difficilement généralisables. Notre étude apporte donc un premier point de vue particulier sur le sujet et permet d'attirer l'attention des MK sur les FBPS à prendre en compte dans la rééducation de cette population spécifique. Elle ouvre également un questionnement sur la prise en compte des FBPS par les MK dans leur pratique.

Mots clés :

Facteurs biopsychosociaux – Handballeuses d'élite – Optimisation de prise en charge – Vécu de rééducation

Abstract

Introduction : Elite women handball players are a population with a high prevalence of anterior cruciate ligament (ACL) rupture injury. Today, cares are oriented towards the biopsychosocial model leads us to question the experience of patients in rehabilitation in order to enlighten the physiotherapists in taking into account biopsychosocial factors (FBPS) to optimize the rehabilitation.

Methods : A qualitative research method using semi-structured interviews was conducted to interview elite women handball players on their experience of rehabilitation after an ACL rupture injury.

Results : The results highlight the personal discourse of patients in the expression of the rehabilitation experience and highlight the FBPS also identified in the literature, such as the positive aspect of this event in their career, the importance of trust in the physiotherapist, social support and perception of progression.

Discussion : the personal experience of rehabilitation and the precision of the population questioned made the results difficult to generalize. Our study therefore, brings a particular point of view on the subject and makes it possible to draw the attention of the physiotherapists on the FBPS to be taken into account in the rehabilitation of this population. It also opens up a questioning about the consideration of FBPS by physiotherapists in their practice.

Keywords :

Biopsychological factors – Experience of rehabilitation – Optimization of rehabilitation – Women elite handball players

Sommaire

1. Introduction.....	1
2. Cadre Conceptuel.....	2
2.1 Définition du sport de haut niveau et des différents statuts en tant que sportif..	2
2.2 Personnalité de l'athlète	4
2.3 La blessure dans le sport de haut niveau	6
2.4 Rupture du LCA et prise en charge chez la handballeuse d'élite.....	7
2.5 La prise en charge par le modèle biopsychosocial	10
2.6 Les facteurs biopsychosociaux mis en jeu chez le sportif d'élite blessé.....	11
3. Problématique et question de recherche.....	17
4. Matériel et méthode.....	21
4.1 Choix de la méthodologie de recherche qualitative : l'entretien semi-directif...	21
4.2 Choix de la population interrogée.....	21
4.3 Stratégie de contact des interviewés	23
4.4 Présentation de la patiente 1	23
4.5 Présentation de la patiente 2	24
4.6 Présentation de la patiente 3	24
4.7 Elaboration du guide d'entretien	24
4.8 Paramètres de l'entretien : les conditions spatio-temporelle et sociales	25
5. Résultats.....	26
5.1 Compte rendu des entretiens	26
5.2 Méthodologie de l'analyse qualitative des résultats des entretiens.....	27
5.3 Analyse verticale des entretiens.....	29
5.4 Analyse transversale des entretiens.....	39
5.5 Synthèse des résultats.....	44
6. Discussion.....	45
6.1 Forces et faiblesses de notre méthodologie par entretiens.....	45
6.2 Choix de thématique	48
6.3 Résultats obtenus.....	48
7. Conclusion	51

Références bibliographiques

Annexes 1 et 2

1. Introduction

Depuis la création du métier de masseur-kinésithérapeute (MK), la place du patient au sein du système de santé a évolué.

Dès 1965, un besoin de connaissances a été identifié quant à l'impact psychologique de la prise en charge masso-kinésithérapique chez un patient. Parallèlement, en 1987, les MK étaient considérés avec une « tendance à être des mécaniciens, des techniciens dans leur approche d'évaluation et de traitement » et l'identification des « réponses émotionnelles du patient ne sont pas pertinentes » (1). De nos jours, la prise en charge s'oriente davantage vers un modèle biopsychosocial. D'après le bulletin officiel de la réforme des études de masso-kinésithérapie de 2015 (2), nous retrouvons, notamment à travers la compétence 4 du référentiel de formation « concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie », la prise en compte des facteurs biopsychosociaux (FBPS) dans la rééducation.

Nous avons déjà développé un intérêt pour les relations soignants/soignés lors d'une précédente expérience de professionnelle de santé, mais le fait de suivre une équipe professionnelle de handball pendant les deux dernières années de notre formation en masso-kinésithérapie, a éveillé notre curiosité spécifiquement au sujet du vécu de la rééducation des patientes handballeuses d'élite, suite à une rupture du LCA. Le rôle de MK au sein d'un club sportif professionnel nous semble d'autant plus important, puisque la blessure a un impact professionnel mettant en pause la carrière de ces patientes. L'accompagnement de ces dernières dans la rééducation est quotidien et se déroule sur plusieurs mois. Ces différents éléments nous ont amené à nous questionner sur le vécu de ces patientes en rééducation et à poser la question de recherche suivante : **« A travers les FBPS, quels sont les éléments facilitateurs et les difficultés, identifiés dans le récit des patientes handballeuses d'élite, qui interviennent à partir de la blessure et tout au long du parcours de rééducation ? ».**

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une enquête qualitative auprès de patientes handballeuses d'élite en rééducation, à l'aide d'entretiens semi-directifs. Nos résultats mettent en avant quatre points principaux et des éléments permettant de définir une rééducation optimale.

2. Cadre Conceptuel

2.1 Définition du sport de haut niveau et des différents statuts en tant que sportif

2.1.1 Le sport de haut niveau

Selon le ministère français chargé des Sports, le sport de haut niveau est défini par des critères précis selon plusieurs textes réglementaires. Ainsi, un sport de haut niveau comprend : la reconnaissance du caractère de haut niveau des disciplines sportives ; les projets de performances fédéraux ; les compétitions de référence ; la liste des sportifs de haut niveau (3).

De plus, tout sport pratiqué sur des compétitions de références, universelles et qui porte l'image de la France fait partie des sports dits de haut niveau (3). Ces compétitions étant les Jeux Olympiques et Paralympiques, les championnats du Monde et les championnats d'Europe. Le ministère chargé des Sports définit les compétitions de référence comme « les compétitions officielles figurant au calendrier des fédérations sportives internationales et conduisent à l'établissement d'un classement mondial de référence » (3).

2.1.2 Les catégories de sportifs définis par l'Etat français

Deux notions sont à bien différencier, le sportif d'élite et le sportif de haut niveau. Ce n'est pas la pratique, ni les compétences qui vont différencier ces deux types de sportifs mais le cadre réglementaire législatif de l'Etat français. Le code du sport décrit à l'article L221-1 du 29 novembre 2015, l'existence d'une commission nationale du sport de haut niveau qui a pour mission de « déterminer, après avis des fédérations sportives délégataires, les critères permettant de définir, dans chaque discipline, la qualité du sportif, (...) 2° De définir les critères de sélection des sportifs aux compétitions organisées sous la responsabilité du Comité international olympique » (4).

Le ministère chargé des Sports définit en France trois catégories de sportifs : ceux de haut niveau (SHN), ceux des collectifs nationaux (SCN) et les espoirs (SE) (3). Les SCN sont identifiés par les directeurs techniques nationaux. Leur objectif principal a pour ambition d'obtenir les meilleurs résultats possibles dans leur pratique à court, moyen ou long terme. Ils font partie d'un programme spécifique. Ils pourront donc être sélectionnés pour participer à une compétition internationale en intégrant l'équipe de France dans leur sport. Les SE sont quant à eux reconnus pour leurs compétences dans leur pratique par le directeur technique national de la fédération concernée. Ils ne remplissent cependant pas encore les conditions nécessaires pour être inscrits sur les listes ministérielles en tant que SHN.

En France, depuis 1982, c'est le ministère chargé des Sports qui définit, chaque année, la liste des sportifs de haut niveau (SHN). L'article 221-1, cité précédemment, précise que les sportifs de haut niveau « concourent, par leur activité, au rayonnement de la Nation et à la promotion des valeurs du sport » (5). Ces sportifs de hauts niveaux ont au moins 12 ans et s'inscrivent dans quatre catégories décrites dans les articles R221-1 à R-221-8 relatifs au sport de haut niveau du code du sport (6):

- La catégorie Elite : concerne les sportifs évoluant en compétitions Olympique ou Paralympique, championnats du monde, d'Europe et dans les listes de compétition indiquées dans le projet de performance fédéral (PPF), faisant partie de l'équipe de France dans leur discipline,
- La catégories Senior : les mêmes conditions que pour la catégorie Elite sont applicables,
- La catégorie Relève : concerne les sportifs dont le directeur technique national aura identifié un critère de performance lors des compétitions internationales,
- La catégorie Reconversion : concerne les sportifs inscrits dans les catégories précédentes et qui cessent de remplir les conditions permettant de rester inscrits dans ces catégories. Ils présentent un projet d'insertion professionnelle.

Il s'agit d'un cadre réglementaire très précis. A différencier des sportifs ayant un contrat professionnel dans leur club et qui sont salariés dans le club pour lequel ils évoluent. L'article L222-2 du 29 novembre 2015 du code du sport les définit « comme toute personne ayant pour activité principale rémunérée l'exercice d'une activité sportive dans un lien de subordination juridique avec une association sportive ou une société mentionnée aux articles L.122-2 et L.122-12 » (4). Ces derniers ne sont pas nécessairement inscrits sur les listes ministérielles en tant que sportifs de haut niveau ne rentrant pas dans les critères définis par celles-ci. Ils peuvent être considérés comme faisant partie de l'élite française dans leur pratique mais n'auront pas le statut officiel de sportif de haut niveau. Seul un certain pourcentage aura accès à cette dénomination, en fonction de son recrutement en équipe de France. Ainsi, nous nommons tout sportif pratiquant son sport dans la division la plus haute existant en France comme sportif d'élite, qu'il soit inscrit en tant que sportif de haut niveau ou non. Nous pouvons donc retrouver dans cette catégorie de sportifs, des étrangers évoluant en France sur la saison sportive mais qui ne peuvent prétendre au titre de SHN en France.

Le sportif passe par plusieurs phases d'apprentissage pour atteindre son plus haut niveau de pratique. Bloom identifie ces différentes étapes en 1985 (7). La première phase d'apprentissage, les premières années ou phase d'initiation, est un début de la pratique pour laquelle il développe des habiletés qui sont remarquées. La seconde phase, phase de développement, comprend une augmentation de temps et d'intensité de l'entraînement avec une amélioration forte des compétences dans la pratique. La troisième phase, phase de perfection ou d'excellence, correspond à la période où l'athlète se trouve à son plus haut niveau de performance.

D'autres études emploient des termes différents mais similaires pour évoquer ces étapes de développement. Par exemple, Côté (1999) parle d'années de sélection, de spécialisation d'investissement puis de loisirs (8). Wylleman & Lavallée (2004) parlent d'une étape d'initiation, de développement, de perfectionnement avant un arrêt de la carrière (9).

2.2 Personnalité de l'athlète

Des définitions de « sportifs » et « non sportifs » ont été proposées par plusieurs auteurs. Cependant, il n'existe pas de classement universel permettant de catégoriser les sportifs. Il est donc difficile de comparer entre elles des personnes qui sont classées dans des catégories différentes évaluées par des indicateurs différents (10).

La personnalité est depuis longtemps étudiée afin de prédire les performances de l'athlète. Dans les années soixante-dix, Ruffer a réuni 572 études qui concernaient la personnalité de l'athlète et la performance (11–13). Cependant, à ce jour, il n'a pas jamais été prouvé qu'un lien existe réellement entre les deux (10). Dans le cadre d'une blessure, nous pouvons également nous y intéresser pour tenter de prédire les réactions de l'athlète à la suite d'une blessure et pendant la rééducation.

De façon générale, la personnalité peut être définie comme « l'ensemble des comportements régulièrement affichés par une personne et qui permettent de la distinguer d'autrui, plus particulièrement dans des situations de contact social » (14). L'évaluation des comportements récurrents permet de définir cette personnalité. Or, si nous prenons en compte la situation dans laquelle se trouve l'athlète à un instant T, au moment de la blessure par exemple, et les facteurs environnementaux, alors le comportement de l'athlète peut être différent de celui observé habituellement. C'est pourquoi il est difficile de faire un lien entre une personnalité, avec des comportements qui peuvent varier d'une situation à

l'autre, et des performances sportives ou des événements en lien avec la pratique comme la survenue d'une blessure.

Cox développe cinq théories pouvant expliquer la personnalité (10). **La théorie psychodynamique** émane de Freud (1933) et implique les notions psychologiques de Ça, de Moi et de Surmoi. Le Ça correspond à l'inconscient, la notion de plaisir et de pulsion. Le Moi correspond au conscient, à la réalité. Le Surmoi correspond à la conscience, aux comportements de socialisation de l'individu et aux normes morales inculquées par la société. Ces trois notions s'influencent dans un « conflit dynamique » (10) et définissent la personnalité de l'individu. **La théorie de l'apprentissage social** rapporte que l'individu se construit à partir de tout son apprentissage, de toute situation qu'il rencontrera au cours de sa vie. **La théorie humaniste**, développée par Carl Rogers et Maslow, prétend que la façon dont l'individu vit les expériences de la vie construira sa personnalité. Rogers part du principe que l'humain vit pour un accomplissement personnel, qu'il cherche à s'améliorer. **La théorie des traits de personnalité**, développée par des psychologues tels que Gordon, Raymond et Hans Eysenck, repose sur trente-cinq traits caractéristiques qui définissent la personnalité d'un individu. Et enfin, **la théorie de Jung** selon laquelle « la personnalité d'un individu repose sur deux attitudes (l'introversion et l'extraversion) et quatre fonctions ou processus mentaux (pensée, sentiments, sensation et intuition) » (10). Il prend également en compte l'interaction de l'individu avec autrui.

A travers ces différentes théories, chaque individu développe des traits de personnalité qui lui sont propres. Si les études ne peuvent pas affirmer clairement qu'un lien existe entre personnalité et performances sportives, elles ont cependant relevé des traits de personnalité qui distinguent une population sportive d'une population non sportive. Une plus grande indépendance, objectivité, personnalité extravertie, confiance, ainsi qu'un caractère moins anxieux va différencier les sportifs des non sportifs (10). Reste à savoir si ces traits de personnalité se développent avec la pratique sportive, ou inversement si ce sont ces traits de personnalité qui sont à la base d'une initiative à pratiquer un sport. Certaines études parlent de théorie génétique, dans laquelle l'individu qui possède des traits de personnalité tels qu'une confiance en soi importante, une certaine indépendance, va être plus facilement amené à pratiquer un sport et à persister dans cette pratique, notamment dans les compétitions (10). Plus le niveau de pratique est important, plus les traits de personnalité des sportifs seront similaires. Cependant, ceci ne peut pas être appliqué pour

des niveaux de pratique plus faible. Il s'agit d'une sélection naturelle pour laquelle arriver à un niveau de pratique élevé, comme pour les sportifs de haut niveau, demande certains traits de personnalité qu'une pratique à un niveau bien plus faible n'exigera pas. On retrouve également des profils de personnalité différents en fonction du sport pratiqué (10).

2.3 La blessure dans le sport de haut niveau

De par leur pratique intense en termes de volume horaire et d'exigence physique, les sportifs de haut niveau sont plus à risque d'être blessés que les autres. Des différences sont retrouvées selon les études dans la définition de la blessure. Pour certaines, la blessure se justifie par la nécessité du sportif d'aller consulter un membre du corps médical sans nécessairement devoir arrêter au moins temporairement sa pratique (15) ; pour d'autres, un des critères de définition de la blessure est un besoin d'arrêt de la pratique sportive d'au moins une semaine (16) ou de plus de trois semaines (17). L'essentiel de la définition de la blessure étant donc basé sur le critère d'arrêt de la pratique et du temps d'arrêt nécessaire pour une guérison.

Définir une blessure possède une part objective par un diagnostic médical, mais aussi une part subjective faisant intervenir le ressenti du patient. Selon un rapport de recherche de l'INSEP en 2001 sur la blessure chez les athlètes de haut niveau français (18), trois critères peuvent définir une blessure chez les athlètes de haut niveau : le temps d'entraînement perdu, le diagnostic, l'examen clinique. De plus, chez un athlète de haut niveau une blessure peut être vue de différentes façons. En effet, elle peut le rendre en incapacité de pratiquer son sport et donc de le mettre à l'arrêt de l'entraînement, à l'écart d'un groupe, mais elle peut aussi ne pas avoir d'impact sur sa pratique dans le cas où la blessure est située sur un membre non utilisé dans sa pratique sportive. C'est pourquoi les études ne présentent pas de consensus sur la définition de la blessure chez les athlètes de haut niveau. Nous pouvons retenir qu'une blessure 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 de strapping » (18).

2.4 Rupture du LCA et prise en charge de la handballeuse d'élite

2.4.1 Epidémiologie de la blessure par rupture du ligament croisé antérieur chez les handballeuses d'élite

Le handball est un des sports les plus à risque de blessure par rupture du LCA, du fait de ses spécificités de gestes tels que les pivots, les contacts répétés et imprévisibles.

Une pratique de ce sport à haut niveau, chez les sportifs d'élite est plus à risque que chez des handballeurs amateurs (19). De même, différentes études ont montré que le taux de blessure de LCA par la pratique sportive est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (19,20), avec notamment en handball une incidence entre 2 et 8 fois plus élevée chez la femme (21), un taux de 0,82 rupture de LCA pour 1 000 heures de jeu chez les femmes contre 0,31 rupture de LCA pour 1 000 heures de jeu chez les hommes retrouvé dans une étude. De plus, l'incidence la plus élevée retrouvée chez des handballeuses d'élites norvégiennes est de 2,29 blessure de LCA pour 1 000 heures de jeu en match selon une autre étude (22).

Nous pouvons noter que les études américaines concernant l'épidémiologie de blessure du LCA dans les différents sports ne présentent pas souvent de résultat pour le handball (20,22). En effet, ce n'est pas un sport beaucoup pratiqué outre-Atlantique. Le handball est largement plus populaire en Europe, notamment dans les pays du nord de l'Europe tels que la Norvège, la Suède ou le Danemark par exemple. Les chiffres épidémiologiques retrouvés proviennent ainsi principalement d'études nord-européennes (22).

2.4.2 Les facteurs de risque de rupture du ligament croisé antérieur chez les handballeuses d'élite

Dans le handball, on retrouve ces lésions le plus souvent lors de mouvements de pivot, des changements de direction rapides, des sauts et atterrissages sur une jambe associés à des déséquilibres de la joueuse. 80 % des ruptures de LCA se font sur des actions sans contact (23).

Des facteurs de risque anatomiques ont été retrouvés, notamment dans les différences anatomiques homme/femme, pouvant expliquer une plus grande incidence de cette blessure chez les femmes. Une plus petite longueur du LCA chez la femme que chez l'homme, associée à une plus grande rigidité du ligament, donc moins de souplesse et de capacité d'allongement, ainsi qu'une plus petite faculté d'absorption de l'énergie et de charge, peuvent expliquer une rupture du LCA plus importante chez la handballeuse. De

plus, les femmes possèdent une plus grande laxité articulaire, donc une sollicitation des structures passives et un besoin de souplesse musculaire plus importants que pour l'homme (22).

Chez la femme sont souvent retrouvés, des valgus dynamiques dans une position d'extension presque complète du genou lors de la réception d'un saut et une activité plus importante du quadriceps. De plus, on observe un mouvement du tronc associé à une position du pied au sol éloigné du centre de gravité du corps (22).

Les facteurs hormonaux semblent aussi entrer en compte et augmentent ce risque de blessure. Les œstrogènes qui sont des hormones féminines, agissent sur les différentes structures tissulaires de l'organisme féminin. Ce taux varie en fonction du cycle menstruel. Associées à d'autres hormones, les études menées à ce sujet montreraient que, lors de la phase pré-ovulatoire du cycle menstruel, ces hormones joueraient un rôle dans les interactions avec la structure ligamentaire (22).

2.4.3 La prise en charge

Deux types de prise en charge existent, le traitement fonctionnel et la prise en charge chirurgicale. La chirurgie n'est pas systématique. La HAS préconise une prise en charge chirurgicale pour les patients, quel que soit leur âge, avec une instabilité ou non, ayant une activité sportive avec des pivots ou une activité professionnelle à risque (24).

Les deux seuls objectifs de la chirurgie par reconstruction du LCA sont de prévenir ou de réduire l'instabilité fonctionnelle et de limiter le risque de lésion méniscale secondaire à la rupture du LCA (24). Le type et le niveau de l'activité sportive sont donc pris en compte dans le choix d'orientation du traitement par les professionnels et le patient.

L'HAS précise que l'élément principal dans cette prise de décision en faveur d'une ligamentoplastie est la présence d'une instabilité fonctionnelle gênante (24).

La ligamentoplastie se fait par autogreffe. Deux types de transplant peuvent être réalisés, par le tendon patellaire ou le tendon des ischiojambiers. Une rééducation fonctionnelle préopératoire est préconisée afin de diminuer la douleur, récupérer des amplitudes articulaires fonctionnelles, débiter un renforcement des membres inférieurs, éduquer le patient sur la co-contraction quadriceps-ischiojambiers et aux premiers exercices tels que l'apprentissage de la marche avec les cannes en vue de la phase post-opératoire.

La rééducation postopératoire a pour objectifs généraux de retrouver des amplitudes articulaires comparatives au côté controlatéral, obtenir un contrôle actif du genou, renforcer

les membres inférieurs et surtout obtenir une stabilité fonctionnelle totale (25). Par la suite, la reprise de l'activité sportive se fera selon plusieurs critères : avoir une mobilité fonctionnelle, un genou indolore, stable et sec, une force musculaire suffisante (25).

2.4.4 Impacts professionnels de la blessure

Le sport pratiqué à un niveau professionnel ne fait pas seulement intervenir des facteurs de capacités physiques, de dépassement de soi pour le sportif ou de volonté, de motivation. On retrouve également la notion d'argent que ce soit du côté du club, de l'entité pour laquelle le sportif évolue et pour le sportif lui-même qui fait de sa pratique son revenu financier. C'est pourquoi, pour des intérêts différents, de nombreuses recherches ont été, et sont toujours effectuées concernant les blessures. Associées à une demande croissante de résultats lors des compétitions de haut niveau, les sportifs d'élite effectuent des centaines d'heures d'entraînements sur une saison, cela augmentant le risque de blessure (26).

Le sportif d'élite et les acteurs qui participent à son évolution ont un intérêt dans l'évitement de la blessure. C'est pourquoi de nombreux tests et programmes sont développés pour tenter d'anticiper, prédire et prévenir un potentiel risque de blessure. Des blessures entraînant un arrêt long de la pratique pour le sportif peuvent affecter une progression dans la carrière ou un retour à la pratique difficile, à un niveau plus faible que celui d'avant blessure. Il s'agit d'un autre impact qui peut contribuer à un arrêt de la carrière (27,28).

Une première blessure et la façon dont le sportif va s'en remettre peuvent conditionner la suite de sa carrière, sa façon d'agir dans sa pratique sportive. Il a été démontré que les facteurs tels que la personnalité du sportif, le stress induit par les situations de vie quotidienne, les ressources de « coping », la capacité de réponse au stress, induisent un risque de blessure plus ou moins important (10). Dans les facteurs de stress de la vie quotidienne, nous retrouvons les antécédents de blessures. Les souvenirs de blessures et leurs conséquences, comme le parcours de rééducation, la capacité du sportif de s'être remis de cette blessure, sont intimement liés à un risque de récurrence (10). La récupération physique n'est donc pas la seule condition pour le sportif de reprendre l'entraînement et la compétition après une blessure. La prise en compte de l'état psychologique du sportif permet d'évaluer sa capacité de reprise. Il doit se sentir prêt à reprendre son activité en toute confiance pour ne pas craindre une nouvelle blessure. Cette peur de récurrence engendre une capacité de réponse au stress non optimale et augmente ainsi le risque de récurrence (29).

Concernant les taux de retour à la pratique sportive, environ 65 % des patients opérés pour la première fois d'une reconstruction du LCA retournent à leur niveau de sport d'avant blessure et 55 % retrouvent leur niveau de compétition antérieur à la chirurgie (30). Selon Arden et al. (2014), les athlètes d'élite ont deux fois plus de chance de retourner à leur niveau de sport pré-blessure et 6 fois plus de chance de retrouver leur niveau de compétition, en comparaison à des athlètes dits non-élites (30). Cette même revue systématique de la littérature montre que plus l'athlète avance en âge, moins il a de chances de retrouver son niveau antérieur, tout en sachant que les hommes semblent plus nombreux que les femmes à retrouver leur niveau antérieur.

On voit ainsi qu'une blessure chez un sportif d'élite a des conséquences non négligeables sur sa pratique sportive, avec notamment un risque de ne pas retrouver son niveau de pratique ou de compétition antérieur, et donc sur sa carrière professionnelle.

2.5 La prise en charge par le modèle biopsychosocial

Le modèle biomédical, uniquement basé sur des connaissances médicales pures donc sur des traitements axés sur les médicaments, la physiologie, est critiqué par George L. Engel en 1977 (31). Cette première vision de la santé centrée sur le « corps », a été très largement utilisée de par le développement considérable des recherches et des découvertes médicales, pharmaceutiques, etc. Cependant, comme le décrit Engel, le modèle biomédical sépare le « corps » et l'« esprit », prenant donc en compte uniquement la partie physiologique de la maladie dans la prise en charge du patient (32).

Engel met en avant ce nouveau modèle biopsychosocial (BPS) afin d'intégrer dans la prise en charge des patients, les notions de psychologie et les interactions sociales qui font parties intégrantes du patient et qui le définissent (31). Dans ces premières années, il s'agit d'une nouvelle façon révolutionnaire d'aborder un patient, apportant ainsi une version plus humaine de la prise en charge. En effet, nous commençons à prendre en compte l'individu dans sa globalité et non pas seulement uniquement sur sa pathologie.

Cependant, les premières descriptions qui sont faites de ce modèle sont critiquables (33). En effet, nous le connaissons le plus souvent sous forme de trois sphères, chacune représentant un domaine du modèle, qui s'entrecroisent en un point central (32). Or, dans cette représentation, chaque sphère apparaît comme indépendante des deux autres, de telle façon que les deux nouvelles composantes, la psychologie et les interactions sociales, viennent s'ajouter au modèle biomédical dominant. Cette description n'incite pas les

praticiens à prendre en charge la partie psychologique qui paraît ne pas être de leur ressort, puisque séparée de la sphère biomédicale.

Les nombreuses études publiées s'intéressant aux facteurs biopsychosociaux (FBPS), suite à la présentation de ce premier modèle, citent de nombreux facteurs qui sont différents d'une étude à l'autre. Il existe un manque de clarté sur ce que comprennent les FBPS et sur leur compréhension, expliqué en partie par une difficulté à définir l'ensemble des critères entrant dans les FBPS et à les classer (34). Récemment, Haslam et al. (2019) proposent une nouvelle schématisation du modèle biopsychosocial (figure 1). Les sphères indépendantes font place à un système en trois dimensions où les trois domaines sont interdépendants (33). Il s'agit d'un nouvel exemple permettant de comprendre l'influence d'un domaine sur l'autre, chacun étant en relation étroite.

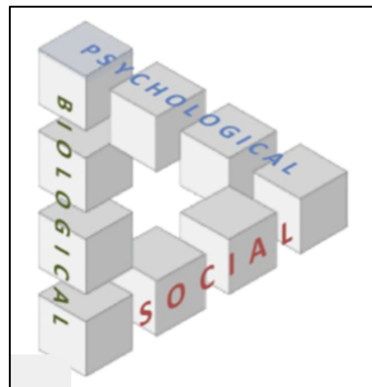


Figure 1. Représentation du modèle biopsychosocial selon Haslam et al. (2019)

2.6 Les facteurs biopsychosociaux mis en jeu chez le sportif d'élite blessé

Depuis l'apparition du modèle biopsychosocial, de nombreuses études se sont intéressées aux facteurs psychologiques pouvant intervenir sur le risque de blessure chez les sportifs. Une revue de littérature (35) fait l'état des lieux des publications à ce sujet et montre qu'il est difficile de comparer les études entre elles. D'une part, en raison d'un grand nombre d'études décrivant des méthodes différentes ; d'autre part, il manquerait des études démontrant l'association de différents facteurs amenant à une blessure. Les conclusions des études sont discutées car les méthodologies de recherche sont difficilement comparables entre elles pour plusieurs raisons. Les blessures intervenant dans un contexte multifactoriel entraînent un vécu propre à chacun (36). Il semble complexe d'extrapoler des résultats pour un groupe de patients ayant la même blessure et qui sont interrogés au même moment de leur rééducation, à un autre groupe ayant un ou plusieurs critères d'inclusion différents.

Interpréter et établir une vérité scientifique générale en interprétant un vécu qui est propre à chacun et qui dépend d'un contexte multifactoriel semble difficile.

Cependant, dans le cadre d'études menées pour la prévention des blessures, plusieurs éléments sont relevés et semblent avoir un effet augmentant le risque de survenue de celles-ci. Les facteurs de stress psychosociaux en font partie, en particulier celui concernant les événements de la vie du sportif et les comportements qui en résultent. On retrouve également le soutien social qui, associé aux événements de la vie aurait une influence sur ce risque (37). En termes de traits de personnalité, il n'y a pas de profil type identifié pouvant augmenter ou diminuer le risque de blessure chez les sportifs. On retrouve plutôt des comportements à risques pouvant interagir dans la survenue d'une blessure (37).

A partir du moment de la blessure et pendant le processus de rééducation, différents modèles de réponses psychologiques à la blessure ont été décrits avant les années 2000. Deux modèles principaux sont à retenir : le modèle par étape et le modèle d'évaluation cognitive. Le modèle par étape reprend le processus de deuil et l'adapte aux blessures. Il est notamment décrit par Pederson et Grodon en 1986 qui utilisent des étapes de réponse au deuil décrites par Kubler-Ross en 1969 (38,39).

Le modèle d'évaluation cognitive de Wiese Bjornstal & Smith, de 1993, s'appuie sur les théories de stress et de coping. La seconde version de ce modèle par Wiese Bjornstal et al. en 1998 est à ce jour la plus utilisée (38). C'est un modèle cyclique permettant la compréhension du processus de réponse psychologique aux blessures sportives.

2.6.1 Le modèle par étape

Le processus de deuil est un modèle en stades décrit par Kubler-Ross en 1969 (39). Il est constitué de 5 étapes, le déni et l'isolement, la colère, la négociation, la dépression, l'acceptation et l'espoir. Initialement utilisé pour la prise en charge de patients en phase terminale d'une pathologie, il a été notamment adapté aux blessures sportives par RJ. Rotella en 1982 (40). Il est alors considéré que chaque sportif d'élite blessé passe nécessairement par l'ensemble de ces étapes lors d'une blessure. Cependant, cette théorie a été déterminée comme peu transposable par Brewer en 2007 (41). En effet, il est difficile de proposer cette réponse type avec des étapes aussi précises puisque la blessure est un événement personnel faisant intervenir des éléments multifactoriels au sein d'un processus dynamique (36). Chacun aura une réponse différente face à une blessure, selon son âge, son

contexte de carrière, s'il est en début ou fin de carrière, si une compétition était en approche ou non, le soutien social dont il dispose, etc.

Mc Donald et Hardy présentent un autre modèle, en 1993, avec deux réactions :

- Le premier impact : c'est la période qui suit le moment où la blessure survient et qui consiste en un choc, de la panique et du désespoir ;
- Le retrait de l'athlète du groupe : prise en charge du sportif pour la guérison par une connaissance de la nature de la blessure et l'évitement de la douleur.

On retrouve dans le modèle de Mc Donald quelques éléments du processus du deuil tels que le choc qui arrive, selon eux, une réaction émotionnelle de panique que l'on pourrait apparenter à l'anxiété ainsi que le désespoir que l'on pourrait lier à la dépression.

Nous identifions donc en commun dans ces deux modèles, l'apparition de caractéristiques émotionnelles négatives suite à une blessure.

Le processus de deuil et le processus de stress sont liés et interagissent entre eux. Ce sont des processus dynamiques, qui évoluent donc dans le temps, tout au long de la rééducation, et qui sont modulés en permanence par les facteurs personnels et situationnels (38). Le but final de la rééducation est de retrouver un état psychologique favorable, positif et une intégrité des structures physiologiques et des capacités physiques du patient. A terme, l'objectif, pour l'athlète, est une reprise de sa pratique à un niveau identique voire meilleur, comparativement à son niveau de pré-blessure.

2.6.2 Le modèle intégré de Wiese-Bjornstal

Le processus de stress a été décrit par Selye en 1974 et simplifié par Wiese et Weiss en 1987. Il a également été décrit par Bjornstal et Smith (1993) et Wiese et Bjornstal (1995). Ce modèle considère que la blessure peut engendrer du stress en fonction des évaluations cognitives mises en place par l'athlète, autrement dit l'interprétation propre, donc subjective, qu'il se fait de la situation et les stratégies qu'il utilise pour y faire face. Cette interprétation subjective de la situation influence ainsi la sphère émotionnelle et donc les réponses comportementales du sportif.

Il existe des interactions entre les FBPS, la capacité d'adaptation dont dispose le patient et son état émotionnel. Les uns influençant les autres, et inversement lorsque nous considérons des situations particulières. Ces aspects s'influencent et impactent donc le comportement du sportif en termes de concentration ou d'attention dans sa pratique. Ce sont tous des aspects que l'on retrouve au sein du modèle de Wiese-Bjornstal (38), qui reste

à ce jour la référence pour décrire les réactions mises en jeu après une blessure et pendant la rééducation chez un sportif d'élite.

Wiese-Bjornstal présente un modèle intégré de la blessure en 1995 puis le réactualise en 1998 (38). Il fait état des conséquences de la blessure et des processus mis en jeu permettant de comprendre les réactions psychologiques après une blessure. Ce modèle complexe intègre les domaines de la cognition, de l'affect ou des émotions et des comportements de l'athlète pour comprendre les conséquences induites par la blessure. En réponse à ces conséquences, l'athlète aura des réactions. Les réactions psychologiques regroupent les domaines des émotions et de la cognition. Les réactions comportementales seront observées pendant tout le processus de rééducation. Il s'agit d'un processus dynamique dont chaque sphère précédemment citée influence les autres. En arrière-plan, nous retrouvons les facteurs personnels et situationnels qui vont avoir une influence sur l'évaluation cognitive du patient dans sa situation de blessure.

Chacun de ces trois domaines comprennent différents éléments. L'ensemble de ces domaines et éléments peuvent être regroupés sous le terme de facteurs biopsychosociaux.

2.6.2.1 L'évaluation cognitive

La sphère cognitive comprend plusieurs facteurs ou évaluations cognitives, qui permettront de donner des indices sur les réactions émotionnelles et comportementales du patient. Wiese-Bjornstal identifie 6 évaluations cognitives : l'ajustement des objectifs, le taux de récupération perçue, la perception de soi, les croyances et attributions causales de la blessure, le sentiment de perte ou de soulagement, l'évaluation de capacités de « coping » (38). Le facteur de perception de soi, estime de soi, aura tendance à diminuer après une blessure avec une confiance en ses performances qui sera aussi impactée négativement tout de suite après la blessure, mais qui tend à augmenter à nouveau à la fin de la rééducation si celle-ci est positive (10). On retrouve de nombreux facteurs personnels et situationnels qui vont avoir un impact sur l'évaluation cognitive. Concernant les facteurs personnels, nous retrouvons ceux liés à l'histoire de la blessure, les différences individuelles, démographiques et physiques. Les facteurs situationnels comprennent le sportif, son environnement social et son environnement de rééducation. Dans son environnement social, nous pouvons retrouver son entourage familial, amical et toute autre personne intervenant dans son quotidien comme ses entraîneurs, ses coéquipiers, des journalistes, etc. Son entourage de rééducation

concerne l'équipe médicale et paramédicale qui le prend en charge, notamment le masseur-kinésithérapeute.

2.6.2.2 Les réactions émotionnelles

La blessure va entraîner des émotions chez le patient. Son état psychologique est perturbé puisque son équilibre physique devient brutalement modifié, et son corps, son outil de travail, n'est plus fonctionnel. La survenue d'une blessure entraînant une rééducation longue, comme une rupture des ligaments croisés, peut donc faire apparaître des émotions négatives. Une étude montre même qu'environ 30 % des athlètes blessés sont atteints de dépression (42). Celle-ci diminue au fur et à mesure que la rééducation avance, comme l'humeur négative, et elle semble davantage présente chez la femme que chez l'homme.

De plus, les sportifs faisant partie d'un collectif sont amenés à être hors du groupe pour la pratique, mais il leur est souvent demandé d'assister aux entraînements et aux matchs afin de conserver un lien avec l'équipe. Ainsi, ils adoptent l'état d'esprit de l'équipe en affichant socialement une certaine positivité, parfois contraire avec leurs émotions personnelles liées à leur blessure (43). De ce fait, leurs émotions visibles publiquement peuvent être positives et motivées alors que leurs émotions propres, réelles, peuvent être davantage négatives ou démotivées.

On retrouve donc différentes façons d'exprimer ou de faire face à la situation de blessure chez l'athlète. Dans les réactions entraînant des émotions négatives, certains sportifs vont adopter des comportements d'acteurs pour cacher leurs émotions personnelles, d'autres présenteront des stratégies inadaptées pour faire face à la situation et d'autres encore, des comportements d'évitement. Ces comportements permettent de faire face au stress lié à la blessure. Parmi les stratégies inadaptées, nous retrouvons la déconnexion et le rejet, une modification de l'autonomie et des limites, une augmentation de la dépendance à autrui et une inhibition (44).

La peur est un facteur qui peut prendre plusieurs formes. L'athlète peut avoir peur de la douleur liée à sa blessure ou liée à sa rééducation, mais il peut également avoir peur de se blesser à nouveau. Cette peur d'une nouvelle blessure peut impacter négativement le résultat de la rééducation sur la récupération des déficiences physiques, réduire ses capacités d'auto-évaluation fonctionnelles et de façon plus globale, le retour à sa pratique sportive (45–47). L'évaluation de ce facteur peut se faire par différents questionnaires. L'utilisation de ces questionnaires présente un intérêt sur différents moments de la

rééducation puisque l'état psychologique du patient évolue entre le moment de sa blessure et au cours de sa rééducation. Il passera par plusieurs phases psychologiques. La peur de se blesser à nouveau peut donc survenir au début de la rééducation ou pendant la rééducation lorsqu'il recommence à effectuer des exercices physiques d'un certain niveau ou des exercices fonctionnels en lien avec sa pratique sportive (45).

En tant que kinésithérapeute, les protocoles existants pour la rééducation de certaines blessures et les études menées proposent des actions sur les déficiences physiques, entraînées par la blessure ou par la chirurgie consécutive à une blessure. Ceci afin de retrouver des capacités physiques et une fonctionnalité adaptée à la vie quotidienne ou pour une reprise du sport. Ainsi, sont pris en compte les aspects musculaires, douloureux, déficits de mouvement, par exemple. Ne sont pas intégrés, l'identification des facteurs psychosociaux et l'impact possible de ces derniers sur le résultat de la rééducation (45).

L'anxiété est un sentiment faisant partie intégrante de cette sphère et évalué dans les différents questionnaires psychologiques existants pour les patients blessés en rééducation.

2.6.2.3 Les réactions comportementales

Les réactions comportementales sont liées aux réactions émotionnelles et cognitives développées précédemment. Selon Cox, il existe des facteurs qui accompagnent la réaction comportementale du patient à la blessure. Ces facteurs sont : l'adhésion à la rééducation, l'utilisation de techniques de maîtrise des capacités psychologiques, l'utilisation du soutien social, la prise de risques, l'effort et l'intensité, la simulation et le « coping » comportemental (10).

Pour le patient, l'intérêt d'une adhésion à sa rééducation est d'aller vers une guérison. Cette adhésion se traduit par un comportement actif du patient lors de sa rééducation. Une échelle permet de mesurer l'adhésion au traitement, la Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale de Brewer (48). Elle présente différents comportements permettant d'évaluer le taux d'adhésion : « 1. Respect des conseils de diminution de l'activité physique. 2. Exécution fidèle des exercices de rééducation à pratiquer à domicile. 3. Respect des consignes de glaçage. 4. Respect des prescriptions médicales (par exemple, prise d'analgésiques). 5. Participation assidue et enthousiaste aux exercices et à la rééducation clinique. » (10). Les facteurs personnels et situationnels interviennent également dans l'adhésion à la rééducation comme sur l'ensemble des facteurs biopsychosociaux, tel que nous avons pu l'évoquer dans les parties précédentes.

Le facteur le plus lié à l'adhésion est la motivation du patient. La motivation intervient jusque dans la phase de retour au sport. C'est un élément clé de la rééducation qui déterminera la capacité du patient à retrouver sa pratique antérieure à la blessure (49). Nous retrouvons également la capacité de tolérance à la douleur et l'intransigeance du patient envers lui-même. L'ensemble de ces facteurs réunis permettent une bonne adhésion à la rééducation. La volonté du patient de retrouver son corps fonctionnel fait donc partie des facteurs motivationnels augmentant l'adhésion au traitement.

Les croyances des comportements permettant de recouvrer une bonne santé ont été étudiés et mis en lien avec l'adhésion au traitement. Une corrélation importante entre les deux a été trouvée. Parmi ces croyances, nous retrouvons la gravité perçue, la vulnérabilité liée à la blessure et l'auto-efficacité liée aux comportements recommandés pour une bonne santé (10).

Le comportement du patient va également être influencé par l'identité sportive du patient. Celle-ci va fluctuer entre le moment de la blessure, tout au long de la rééducation, jusqu'à la guérison. Une étude menée sur des sportifs en rééducation après rupture du LCA a montré une diminution de l'identité sportive, surtout entre 6 et 12 mois après l'opération chez des patientes ayant rencontré des difficultés pendant cette période de rééducation. La croyance en l'efficacité du traitement, l'environnement de rééducation, la pertinence du calendrier de rééducation, les efforts déployés pendant les séances et le soutien social sont les facteurs situationnels les plus liés à l'adhésion au traitement, selon Brewer (50).

La peur de se blesser, l'anxiété, la dépression et l'adhésion au traitement sont des conséquences négatives de la blessure. Les compétences psychosociales permettant de réduire les conséquences négatives suite à la blessure sont l'établissement d'objectifs, les techniques de relaxation, l'imagerie, le discours intérieur et la motivation (51).

Il existe un article qui précise que différents facteurs psychosociaux et contextuels influencent la rééducation et qu'une meilleure compréhension de ces facteurs pourrait optimiser la gestion de la blessure et le retour au sport (52).

3. Problématique et question de recherche

Le choix du sujet s'est fait dans un premier temps, pour notre intérêt à la pratique sportive générale, de façon personnelle et professionnelle. Notre expérience de stage lors des quatre années de formation nous a permis de prendre en charge, sur deux saisons sportives, des

handballeuses d'élite évoluant en première division de hand féminin (D1F) et d'autres sportives handballeuses amatrices. Notre passé professionnel, précédant la formation de masso-kinésithérapie, nous a amené à développer des qualités d'empathie ainsi qu'un intérêt pour les relations soignants-soignés. Nous avons alors remarqué que chaque relation avec un patient se construisait différemment puisque chaque individu était singulier. De plus, nous avons relevé, lors de nos différentes prises en charges de rééducation post chirurgie de LCA, que le vécu de la rééducation était différent d'une patiente à une autre. Ceci notamment chez des handballeuses d'élite qui utilisent leur corps comme outil de travail, avec une relation au corps qui est différente d'un sportif amateur.

Ces différentes expériences nous conduisent aujourd'hui à nous intéresser à la relation thérapeutique, et plus particulièrement à nous centrer sur le vécu du patient lors de sa rééducation, et aux FBPS qui interviennent au sein de cette rééducation. L'intérêt commun étant d'obtenir une adhésion thérapeutique la meilleure possible.

Comme nous l'avons vu précédemment, les ruptures du LCA sont fréquentes dans la pratique sportive, d'autant plus dans des sports de contact, de pivot à haut niveau (53). Le traitement chirurgical est préconisé pour les sportifs d'élite suite à cette blessure, associé à une prise en charge masso-kinésithérapique avant et/ou après la chirurgie afin de retrouver la fonction du genou et d'optimiser le retour au sport (25). Cependant, il s'agit d'une rééducation longue, de plusieurs mois, et certains patients présentent des difficultés à reprendre leur pratique sportive ou à retrouver le niveau antérieur à la blessure. On estime que seulement 63 % des patients opérés retrouvent leur niveau antérieur, trois ans après la chirurgie (54).

Nous savons également que les FBPS peuvent être un frein à un résultat optimal de rééducation et donc au retour à la pratique sportive, tel que la peur d'une nouvelle blessure, dans 66 % des cas de non-retour à une pratique antérieure (55).

De plus, la prise en compte des FBPS fait partie intégrante de nos compétences de MK et de la Classification Internationale Fonctionnelle (CIF) que nous utilisons dans notre pratique (56). La CIF prend en compte les facteurs physiques mais également le fonctionnement de l'individu au sein d'un contexte particulier (57). On y retrouve donc les FBPS qui sont à prendre en compte pour l'évaluation des besoins du patient et dans le résultat de la rééducation. Les FBPS interviennent donc lors du parcours de rééducation et peuvent impacter le retour à la pratique sportive antérieure (57). Il semble donc indispensable que le

MK prend en compte les FBPS dans la rééducation du sportif d'élite afin d'optimiser le retour au sport.

Notre intérêt pour ce thème et nos premières recherches ont apporté un questionnement professionnel :

- Quelles émotions exprime la patiente au kiné après la blessure et tout au long de sa rééducation ?
- Quels comportements la patiente adopte-elle au cours de sa rééducation ?
- Quels processus cognitifs sont mis en jeu chez la patiente au cours de sa rééducation ?
- Est-ce que la patiente s'exprime sur les domaines physiques, psychologiques et sociaux au kiné lors de la période de rééducation ?
- Est-ce que la patiente pense qu'il y a un intérêt à s'exprimer sur sa sphère psychologique et sociale dans le contexte de sa rééducation masso-kinésithérapique ?

Or, dans la littérature il manque de connaissance sur le vécu du patient. L'expression du patient est personnelle, subjective. Les termes employés ne correspondent pas forcément aux termes scientifiques que nous retrouvons dans la littérature concernant les différents facteurs biopsychosociaux, ou à ceux que nous retrouvons dans des questionnaires psychologiques. Il y a également les informations que le patient ne nous communique pas, soit parce que cela relève de l'ordre de l'intime, n'ayant pas nécessairement de lien direct avec la blessure, la rééducation, soit parce qu'il ne fera pas de lien d'intérêt entre ces informations et la rééducation. C'est pourquoi les personnes les plus adaptées pour nous apporter les réponses à ces questions sont les patientes elles-mêmes. De plus, s'intéresser à leur vécu nous permettrait de répondre à notre questionnement professionnel.

De par ce raisonnement, la problématique de cette étude revient à **comprendre le vécu de la patiente handballeuse d'élite en rééducation après chirurgie du LCA afin d'éclairer les MK dans la prise en compte des facteurs biopsychosociaux pour optimiser la rééducation.**

En raison du manque d'informations dans la littérature sur le récit du patient concernant le vécu de sa rééducation et afin de tenter de répondre à cette problématique, puisque ces informations ne peuvent pas se trouver dans la littérature, nous n'avons pas eu d'autre possibilité que d'aller à la rencontre de celles qui vivent et ressentent cette blessure. Ceci

dans le but de mettre en lumière les enjeux biopsychosociaux de la rééducation et ainsi éclairer les MK qui les prendront en charge, permettant alors une meilleure compréhension de ces phénomènes individuels et subjectifs. Nous souhaitons exposer aux MK les FBPS qui semblent importants pour les patientes puisqu'elles nous l'explicitent ou parce que nous les identifions à travers leurs récits. Notre question de recherche en lien avec la problématique est la suivante : **Quels sont les éléments facilitateurs et les obstacles, identifiés dans le récit des patientes handballeuses d'élite, qui interviennent à partir de la blessure et tout au long du parcours de rééducation ?**

Le cadre conceptuel et la démarche de problématisation nous amènent à poser les hypothèses suivantes :

- Hypothèse 1 : La patiente utilise ses propres mots pour parler des FBPS.
- Hypothèse 2 : La patiente a eu des pensées négatives lors de la blessure, cette pause est inattendue et mal vécue dans sa carrière et entraîne l'apparition de peurs.
- Hypothèse 3 : La patiente vit mal les conséquences entraînées par la blessure, être hors du groupe, ne plus pratiquer son sport, ne plus utiliser son corps.
- Hypothèse 4 : Les pensées, états émotionnels et comportements sont fluctuants entre le moment de la blessure et tout au long de la rééducation.
- Hypothèse 5 : Le patient ressent des émotions de plus en plus positives au fur et à mesure de l'avancée de la rééducation.
- Hypothèse 6 : Par son habitude à travailler durement physiquement, la patiente adhère facilement à la rééducation et reste motivée tout au long de celle-ci.
- Hypothèse 7 : Le soutien social et la progression impactent la motivation de la patiente dans la rééducation.
- Hypothèse 8 : La patiente pense que son contexte environnemental social, ses émotions, sa sphère privée, n'ont pas de lien avec la réussite de la rééducation, elle n'en parle donc pas nécessairement au MK.
- Hypothèse 9 : La patiente n'a pas conscience que certains aspects de sa vie, son ressenti, ses émotions, peuvent aider le MK à adapter la rééducation dans le but de l'optimiser.

4. Matériel et méthode

4.1 Choix de la méthodologie de recherche qualitative : l'entretien semi-directif

L'objectif principal de notre recherche est de comprendre le vécu des patientes blessées en rééducation. Pour cela, la méthode la plus adaptée nous semble d'aller interroger directement les patientes sur leur vécu. Nous souhaitons réaliser une étude phénoménologique. Il s'agit d'un courant philosophique du XXème siècle initié par Husserl. Cette méthode s'intéresse au vécu d'une expérience et permet de « comprendre la signification des phénomènes subjectifs, sans les dénaturer, à partir du récit du patient » (58). En effet, si nous cherchons à connaître et comprendre le vécu du patient, nous allons nécessairement aller l'interroger.

Nous nous dirigeons donc vers des entretiens auprès de patientes blessées en rééducation. L'entretien semi-directif permet de laisser au patient une certaine liberté de réponse, tout en le guidant sur notre thème de recherche. Contrairement à une méthode de recherche avec questionnaire par exemple, qui ne permet pas au patient de s'exprimer avec ses propres termes ni d'aller en profondeur dans son vécu, l'étude phénoménologique permet également « d'accéder au « champ phénoménal » de la personne, c'est-à-dire à son expérience globale, sa réalité subjective. Elle montre comment la maladie, la santé sont vécues » (58). Notre rôle est ensuite de décrire le vécu du patient, l'environnement subjectif qu'est son expérience et qu'il nous a confié. De plus, l'entretien peut permettre, grâce à nos échanges, de faire émerger des thèmes que le patient n'aurait pas pensé aborder, ne faisant pas le lien entre avec la rééducation ou n'ayant pas imaginé que cela pourrait avoir un intérêt pour le MK. Cette description se fait sans jugement de valeur ni interprétation du discours.

L'entretien semi-directif permet un échange encadré, grâce à l'élaboration d'un guide d'entretien qui comprend les différents thèmes à aborder, élaboré suite aux hypothèses émises. L'analyse des entretiens permettra de répondre à nos hypothèses et à notre question de recherche (59). Le guide offre un plan logique de déroulement de l'entretien tout en laissant une liberté sur la formulation des questions avec une parole libre pour le patient concernant ses réponses.

4.2 Choix de la population interrogée

Au cours de la formation, notre parcours de stage nous a mené à prendre en charge des handballeuses en première division D1F (LFH) de façon hebdomadaire, en plus de ceux

prévus dans la formation clinique initiale, sur les saisons sportives 2019-2020 et 2020-2021. Lors de ce stage, nous avons pu prendre en soin plusieurs sportifs d'élites blessés après une chirurgie post lésion du ligament croisé antérieur. Forte de ces deux ans d'expérience, notre étude s'intéresse à des handballeuses dites d'élite. Nous entendons par sportives d'élite des sportives de haut niveau, inscrites en tant que tel sur liste ministérielle, ou toute sportive avec un contrat professionnel pratiquant son sport dans la plus haute division française D1 LFH, ou en centre de formation avec l'objectif d'intégrer une équipe de D1 LFH.

La pathologie de rupture du LCA est très fréquemment retrouvée dans cette population de handballeuses d'élite (22). C'est ce que nous avons pu également observer dans notre expérience de stage et à travers le discours de MK spécialisés dans la prise en charge de cette catégorie de patients. Cette recherche pourrait donc représenter un intérêt pour les professionnels MK spécialisés dans le domaine du sport puisqu'ils seront fortement susceptibles d'être confrontés à cette situation.

Afin de déterminer le nombre de patientes interrogées, nous nous sommes basés sur les méthodes d'entretien publiées dans la littérature concernant les entretiens semi-directifs. Nous avons également pris en compte des facteurs temporels et organisationnels qui s'imposent à nous et à la population étudiée. Ainsi, nous avons interviewé 3 patientes, nombre qui entre dans les recommandations de Gatto et Ravestein (60). La sélection des patientes interrogées doit se faire de façon rigoureuse afin d'avoir une méthode la plus scientifique possible. C'est pourquoi nous avons établi les critères d'inclusion suivants :

- Genre : féminin ;
- Niveau de pratique : SHN, contrat professionnel dans la D1 LFH, en centre de rééducation avec objectif d'intégrer la D1 LFH ;
- Blessée par lésion d'un ligament croisé antérieur ;
- Ayant subi une chirurgie réparatrice du LCA suite au traumatisme ;
- Actuellement en rééducation suite à la chirurgie ;
- Parlant français couramment afin de faciliter l'expression du vécu et la compréhension pour l'interviewer.

Au vu du contexte de crise sanitaire dans lequel s'est déroulée l'élaboration de ce travail de recherche, les possibilités de déplacements et rencontres physiques ont parfois été limitées. De plus, la distance géographique ne nous a pas toujours permis de nous rencontrer

physiquement. C'est pourquoi deux modalités de rencontres sont utilisées pour la réalisation des trois entretiens : le face-à-face physique ou l'entretien par visioconférence.

4.3 Stratégie de contact des interviewés

Deux modes d'accès de contact sont possibles, le mode direct et le mode indirect. Les deux ont été utilisés dans le cadre de ce travail. Deux patientes interviewées avaient précédemment été prises en charge lors de stage. Nous savions donc que ces deux joueuses correspondaient aux critères d'inclusion de notre population cible pour effectuer ces entretiens. Nous les avons directement contactées par téléphone afin de leur exposer notre projet et savoir si elles étaient intéressées pour y participer lors d'un entretien. Il s'agit du mode de contact direct. Les entretiens un et trois se sont effectués en visioconférence puisque la distance géographique ne nous permettait pas de nous rencontrer. Le troisième entretien s'est, quant à lui, effectué en présentiel. Afin de programmer la date et l'heure de nos entretiens et d'obtenir leur accord pour l'enregistrement nous avons eu des échanges téléphoniques et par mail.

Concernant le deuxième entretien, un intermédiaire MK que nous connaissons nous a mis en relation avec la MK d'un club de D1 LFH qui suit une joueuse pouvant potentiellement rentrer dans nos critères. Après lui avoir demandé son accord, notre intermédiaire nous a communiqué le numéro de téléphone de la MK. Nous l'avons appelée afin de présenter notre projet de mémoire de recherche, puis nous avons discuté de la joueuse afin de valider son profil pour l'entretien. Ayant été précédemment mise au courant de notre potentiel appel, la MK avait anticipé en demandant à la joueuse si elle serait intéressée pour réaliser un entretien. Lors de ce contact téléphonique, nous avons donc pu confirmer que la joueuse rentrait dans nos critères d'inclusion.

Chaque interviewée a reçu, suite à la planification de nos entretiens, un mail avec le document de consentement à remplir et à nous retourner signé, ainsi qu'un rappel du thème de l'objet d'étude et des modalités spatio-temporelles de l'entretien.

4.4 Présentation de la patiente 1

La patiente 1 (P1) est une joueuse ayant un contrat professionnel et évoluant au sein d'une équipe de D1 LFH en France. Après ses années en centre de formation, elle vient de signer pour la saison, son premier contrat professionnel d'une durée de trois ans.

Elle s'est rompu le ligament croisé antérieur lors d'un entraînement en début de saison, avant la reprise officielle du championnat. Elle s'est faite opérer un mois plus tard et se trouve aujourd'hui à 6 mois de sa blessure et à 5 mois de son opération.

4.5 Présentation de la patiente 2

La patiente 2 (P2) évolue au sein d'un centre de formation. Après avoir joué en nationale 1, elle est repérée par des sélectionneurs lors d'une compétition inter pôles pour intégrer le centre de formation d'un club professionnel de D1 LFH où elle se trouve actuellement pour sa première année. Sa blessure par rupture du ligament croisé antérieur s'est produite à la fin d'un match amical, un mois après le début de la saison.

4.6 Présentation de la patiente 3

La patiente 3 (P3) est une joueuse en première année de centre de formation d'un club professionnel de D1 LFH. Elle a précédemment été sélectionnée en équipe de France jeune. Elle s'est blessée lors d'un entraînement, au mois de novembre de l'année 2020. Opérée trois semaines plus tard, elle se trouve actuellement à trois mois post-opération de reconstruction du ligament croisé antérieur droit.

4.7 Elaboration du guide d'entretien

Blanchet & Gotman décrivent le guide d'entretien comme « un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche (pour soi) en questions d'enquête (pour les interviewés) » (61). Le guide d'entretien est construit grâce à notre question de recherche et aux éléments importants que nous retrouvons au sein du cadre théorique. Les hypothèses posées suite à l'élaboration du cadre théorique, de la problématisation et de la question de recherche permettent la construction des objectifs des entretiens. Les objectifs sont ensuite opérationnalisés en questions et en sous-questions. Nous avons dû traduire nos propos scientifiques et professionnels en questions avec des termes adaptés à un langage compréhensif pour les patients interrogés, leur permettant de nous confier leur vécu. De plus, cela nous a permis d'accueillir des éléments émergents non-appréhendés lors des hypothèses. Ceci s'appuyant sur la définition de Paillé & Mucchielli concernant les entretiens, « dans une recherche, les sujets ne répondent jamais directement aux questions de recherche, celles-ci doivent être opérationnalisées pour que puisse se tenir l'enquête. C'est ici qu'interviennent les questions d'interview, qui interpellent de façon globale l'expérience des acteurs, participants ou sujets » (62).

L'objectif principal des entretiens est de répondre à notre question de recherche. Comme dit précédemment, il faut décomposer cet objectif global en objectifs opérationnels afin de réaliser les entretiens (62) :

- Connaître la place accordée aux FBPS dans le récit de la patiente concernant le vécu de sa blessure et de sa rééducation
- Identifier les pensées des patientes concernant l'intérêt que le MK doit porter aux FBPS dans la rééducation

Par la suite, nous avons établi la liste des questions et sous-questions permettant de répondre aux objectifs opérationnels (*Annexe 1*). Le cadre de l'entretien sert de guide. Il permet de mener l'entretien et de poser les questions pertinentes afin de répondre aux objectifs définis eux-mêmes pour répondre à la question de recherche, après analyse.

4.8 Paramètres de l'entretien : les conditions spatio-temporelle et sociales

Le contexte spatio-temporel pourra avoir une influence sur nous-même ou bien sur le patient. Le cadre spatial se définit par « des lieux (...) et la configuration des places » (61). Un de nos objectifs étant de recueillir le vécu du patient, il est nécessaire que ce dernier soit à l'aise, qu'il se sente en confiance. C'est pour ces raisons que l'ambiance de l'environnement est également importante. Nous avons privilégié des lieux calmes et nous nous sommes assurés que nous ne serions pas dérangés par une activité humaine ou des bruits parasites pendant toute la durée de l'entretien.

Lors des entretiens en visioconférence, les patientes se trouvaient seule, dans un lieu connu pour elle. L'entretien qui s'est déroulé en face à face a eu lieu dans une salle de coaching sportif, au sein du cabinet où elle est prise en charge. Bien qu'elle la connaisse et l'apprécie, elle n'effectue pas sa rééducation dans cette salle précise puisqu'elle n'est pas dédiée aux prises en charge rééducatives. Nous avons prévu en amont, que cette salle soit libre, sans personne d'autre que nous, pour le déroulé de l'entretien. Ainsi, la patiente se trouvait dans un milieu rassurant mais différent de celui dans lequel elle effectue sa rééducation. Le contexte temporel aura un réel intérêt pour la réalisation de notre entretien. En effet, informer au préalable les patientes sur la durée de l'entretien nous a permis de convenir de la date et de l'heure pour lesquelles les patientes étaient totalement disponibles. Planifier les éléments spatio-temporels apporte un cadre sécuritaire sur le déroulé de l'entretien.

5. Résultats

5.1 Compte rendu des entretiens

Avant chaque entretien, la patiente interviewée a reçu par mail le document de consentement à nous retourner rempli et signé pour l'autorisation d'enregistrement et d'utilisation des données dans le cadre de notre mémoire de recherche. Le mail récapitule également la date, l'heure et le lieu de l'entretien. Les trois documents de consentement ont été réceptionnés signés avant chaque entretien.

Afin de cadrer l'entretien, nous utilisons le guide d'entretien établi en amont. Sur ce guide (*Annexe 1*), nous avons introduit une partie avec une rapide présentation de qui nous sommes et un rappel de l'objet de notre entretien. Nous avons imprimé notre guide d'entretien en version papier afin de prendre quelques notes si besoin, de cocher, rayer, les thèmes qui ont été définis par notre guide et évoqués par la patiente lors de notre échange. Ce guide nous permet également d'avoir un fil conducteur et de nous recentrer si nous sentons que l'échange prend un sens que nous ne souhaitons pas ou que nous n'avions pas envisagé. Il nous permet également d'utiliser des relances qui ont été préalablement réfléchies, si des éléments nous semblent manquants dans nos échanges.

5.1.1 Entretien avec P1

Le premier entretien a eu lieu en visioconférence le jeudi 4 mars 2021 à 11h50. Nous débutons directement l'enregistrement audiovisuel lors de notre connexion. Comme convenu lors de nos échanges, nous nous trouvons chacune dans un endroit calme et nous nous sommes assurées de ne pas être dérangées pour une durée estimée d'entretien entre une demi-heure et une heure. Nous étions à domicile et la patiente dans sa chambre en centre de rééducation. Après vérification du bon fonctionnement du son, de la vidéo et de l'enregistrement, nous avons débuté notre entretien. La durée totale d'enregistrement est de 42 minutes. Au bout de 11 minutes d'entretien, une mauvaise connexion a entraîné une coupure de la visioconférence. Nous avons rapidement pu reprendre l'entretien là où il s'était arrêté, après seulement 1 minute de coupure. Cela n'a pas coupé l'élan de parole de la patiente qui a pu reprendre son discours sans perdre le fil de son idée. L'entretien a été directement retranscrit de façon brute sur un fichier Word, après qu'il ait eu lieu. Le verbatim est composé de 12 pages.

5.1.2 Entretien avec P2

L'entretien avec P2 s'est déroulé le dimanche 7 mars 2021 à 11h en visioconférence. Nous étions à notre domicile et la patiente P2 se trouvait dans sa chambre à domicile. Ne connaissant pas la patiente, nous nous sommes rencontrées visuellement pour la première fois. L'enregistrement a débuté dès le début de notre connexion. Après vérification du bon fonctionnement de la visioconférence et de l'enregistrement audio, nous nous sommes présentées chacune notre tour. L'entretien a duré 38 minutes. La retranscription écrite brute de notre échange s'est réalisée directement après avoir conclu l'entretien à la fin de l'enregistrement. Le verbatim est composé de 10 pages.

5.1.3 Entretien avec P3

L'entretien avec P3 s'est déroulé en présentiel le mercredi 10 mars 2021 à 14h, au sein d'une petite salle de coaching sportive faisant partie du cabinet où la patiente effectue sa rééducation. Nous nous sommes assurés que la salle était vide et que nous ne serions pas dérangées lors de l'entretien. Nous avons à notre disposition des chaises pour nous installer. Nous avons effectué l'enregistrement grâce à un dictaphone posé entre la patiente et nous-même, en le précisant à la patiente. Celui-ci a démarré une fois installées, après vérification du bon fonctionnement de l'appareil. L'entretien a duré 25 minutes. La retranscription brute écrite a eu lieu en rentrant à notre domicile après l'entretien. Le verbatim est composé de 7 pages.

5.2 Méthodologie de l'analyse qualitative des résultats des entretiens

Les trois étapes suivant la réalisation des entretiens vont permettre d'effectuer l'analyse de ces derniers. En effet, selon Paillé et Muchielli, la transcription est la première étape suivant l'enregistrement des entretiens. Il s'agit de mettre à l'écrit ce que nous avons enregistré. Ensuite, vient la transposition, c'est-à-dire « l'annotation du corpus » (62). Enfin, la reconstitution permettra « l'écriture du rapport » (62).

5.2.1 La transcription

Afin d'effectuer l'analyse des informations apportées par les patientes, nous avons, dans un premier temps, retranscrit les entretiens à l'écrit. Cette étape de passage à l'écriture doit être la plus fidèle possible aux échanges qui ont eu lieu (63). Nous obtenons ainsi un corpus de données par trois verbatim. Un verbatim correspond à la transcription écrite d'un entretien (64).

Afin de faciliter la suite de l'analyse des verbatim, une mise en forme commune à chacun a été faite. Chaque ligne est numérotée, du premier mot de l'entretien au dernier. Pour plus de clarté dans la lecture, une ligne vierge est sautée entre chaque tour de parole de l'interviewer ou de la patiente interrogée. Enfin, par soucis d'anonymisation, les patientes sont appelées P, comme nous l'avons décrit dans la présentation de chacune précédemment. De plus, chaque ville ou nom d'une quelconque personne évoquée par l'une des patientes est remplacé par le symbole « *** » avec une précision entre parenthèses pour que le lecteur comprenne de qui il s'agit sans en connaître l'identité précise. Quand il s'agit d'une ville, nous précisons si la patiente parle de sa ville d'origine ou de la ville de son club de handball. Quand il s'agit d'une personne, nous précisons si la patiente parle de ses parents, amis, coach, médecin, MK.

5.2.2 La transposition

La transposition est une étape importante entre le passage de l'écriture brute de l'entretien à une analyse de son contenu (62). Ici, des données qui nous paraissent pertinentes, significatives sont extraites du contexte du verbatim. Si ces données nous paraissent pertinentes, nous les relevons pour les intégrer dans une thématique identifiée au préalable de l'entretien ou bien dans une thématique nouvelle. Les thématiques identifiées ou thèmes sont définis comme « un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant » (62). C'est une analyse thématique qui a deux fonctions selon Paille & Mucchielli : le repérage et la documentation (62). Le repérage consiste en l'identification des différents thèmes au sein du corpus.

Les thématiques sont identifiées en fonction de notre question de recherche et de nos hypothèses. Il peut également y avoir des thématiques nouvelles, dites émergentes auxquelles nous n'avions pas pensé auparavant (65). Ainsi, pour chaque thématique, nous identifierons les propos de chaque entretien qui y correspondent. Il s'agit d'une analyse verticale des entretiens selon Blanchet & Gotman (61).

Cette première étape a été réalisée grâce à l'utilisation d'un code couleur. Dans un premier temps, nous avons parcouru chaque entretien en surlignant par une couleur les propos qui relevaient d'un thème. Ainsi, nous obtenons plusieurs thèmes avec chacun une couleur correspondante. En parcourant le verbatim d'un entretien, nous pouvons ainsi clairement identifier à quel thème se rapporte les propos de la patiente.

Chaque thème et propos en lien relevés dans les verbatim des trois entretiens sont réunis au sein d'une grille d'analyse qui correspond à la production des résultats (*Annexe 2*). Il s'agit d'une « représentation simplifiée des données brutes » (66). Ensuite, la documentation permet de relever des répétitions de certains thèmes et faire des regroupements.

Par la suite, chaque thématique sera analysée individuellement. Il s'agit de l'analyse transversale. En effet, elle « découpe transversalement, ce qui d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème » (61). Nous pouvons identifier les similitudes et les différences de point de vue de chaque patiente interviewée pour chaque thématique. Produire une telle grille d'analyse avec une lecture verticale et transversale qui fait le lien avec des thématiques issues de notre objet de recherche, de nos hypothèses, nous place dans le cadre de notre recherche. Paille & Mucchielli le précise ainsi, « se pencher sur un corpus de données pour en faire une analyse, c'est se situer dans un cadre de recherche » (62).

5.2.3 La reconstitution

Troisième étape de l'analyse, la reconstitution permet de passer de la grille d'analyse à un texte rédigé qui argumente les liens faits entre les thématiques de la grille et les propos rapportés des patientes sans faire intervenir notre point de vue (66).

5.3 Analyse verticale des entretiens

5.3.1 Reconstitution de l'entretien avec P1

Sphère cognitive : pour ce qui relève des interventions cognitives, P1 nous évoque ce qui lui a permis d'analyser l'évènement, prendre de la distance et trouver des justifications, des raisons à la blessure. Les différents échanges avec les coachs et l'équipe ont été essentiels dans cette démarche. Elle explique sa blessure, en partie par la situation sanitaire difficile dans laquelle nous vivons depuis un an avec un arrêt brutal de la saison précédente, donc de la pratique (l.48-50). Cet élément est appuyé par le discours du chirurgien qui lui a évoqué un nombre inhabituellement important de sportifs d'élites blessés depuis le début de la crise sanitaire (l.50-51). Son nouveau statut au sein de l'équipe est, selon elle, une autre explication de cette blessure. Elle possédait, pour cette nouvelle saison, le premier poste de pivot, puisque la pivot principale prévue initialement était absente pour cette saison. Le fait que les coachs lui aient verbalisé qu'ils avaient confiance en elle pour tenir ce rôle, est un facteur supplémentaire pouvant expliquer la situation (l.52-55). Enfin, P1 est entrée dans sa dernière année d'étude de masso-kinésithérapie le mois de sa blessure. C'est également, selon elle, une des raisons de cette blessure (l.56).

Concernant ses pensées en lien avec la blessure, lors du traumatisme, elle pense que c'est un évènement injuste. C'est pour elle une incompréhension puisqu'elle travaille en permanence sur son physique pour se sentir bien (l.78). Elle passe ensuite par une phase d'acceptation, expliquant qu'il n'y a pas d'autre solution et qu'il faut avancer. Elle parle à nouveau d'une « remise en question » pour trouver des raisons à cette blessure. A ce moment-là, elle se penche sur elle-même, son travail physique, son rythme de vie mais n'y trouve pas de justification (l.99-102).

Concernant les ressentis corporels, P1 parle de son corps qui « lâche » (l.104). En effet, elle ne s'était jamais imaginée pouvoir vivre cette blessure par rupture du LCA puisque les sensations qu'elle avait de son corps étaient bonnes, elle se sentait forte. Elle explique qu'il va être compliqué de retrouver une confiance identique à celle qu'elle avait avant la blessure. De plus, c'est la première fois qu'elle vit une telle blessure.

Pour sa reprise, elle dit que ce sera au moment où elle aura « 100 % confiance » (l.116). Elle exprime également avoir « peur » de ne pas revenir à son niveau.

Concernant son ressenti par rapport au groupe, le quitter a été une des étapes les plus dures pour elle. Elle a ressenti une sensation de manque entraînant des pleurs (l.125-127) associée à une peur de perdre sa nouvelle place de joueuse principale et sa bonne intégration (l.134-137).

Concernant ses ressentis sur ces capacités, elle se demande d'abord comment elle va pouvoir refaire le geste sur lequel elle s'est blessée et qu'elle a pourtant effectué « des centaines de fois sans avoir peur » (l.151-152). Puis, cela a évolué au fil du temps, lorsqu'elle a progressé physiquement et perçu cette progression pendant la rééducation.

Elle évoque tout de même une phase « horrible mentalement » (l.160) durant laquelle elle a eu l'impression de ne plus progresser, de tourner en rond dans sa rééducation que ce soit parce qu'elle côtoyait les mêmes MK ou bien parce que les exercices étaient redondants. Cela s'ajoutait à sa vie en dehors de la rééducation, dans laquelle elle était en période de stage pour sa formation avec des journées identiques. Tout ceci associé à l'image erronée qu'elle avait de son corps par une sensation d'être capable de réaliser des activités, des exercices alors qu'en réalité, elle ne le pouvait pas.

Elle a eu besoin, à ce moment-là, de faire une coupure dans la rééducation, d'avoir un temps de 4 jours de pause.

Cette blessure est aussi vue de façon positive par la patiente P1 au sein de sa carrière. Le fait que cela arrive la première année de son contrat est positif pour elle puisqu'elle dit avoir deux ans pour se rattraper. De plus elle prend cet évènement comme « une chance » pour travailler ses études de MK. La face négative de cette blessure au sein de sa carrière est également liée au fait que ce soit sa première année de contrat, puisqu'elle pensait devoir faire ses preuves. Elle appréhende la prochaine saison puisqu'elle devra se refaire une place auprès des coachs et de l'équipe.

Concernant son état d'esprit, la patiente P1 se décrit comme ayant un état d'esprit de « bosseuse », avec une grande détermination.

Sphère émotionnelle : au début, elle ressent de la tristesse, de l'injustice et de l'incompréhension par rapport à cet évènement et à la blessure. Le premier mois, elle ressent de la colère. Puis, elle parle de « deux sons de cloche » (l.185), avec une sensation de tristesse, de colère contre elle-même et contre « tout le monde » avant de laisser place à la lassitude juste avant l'opération, une impression d'être dans un « engrenage » et dans un « rouleau compresseur ». Suite à l'opération, elle ressent toujours de la tristesse et selon elle, les émotions impactent fortement sa motivation dans le travail. Elle dira « le positif emmène le positif » (l.340).

Sphère comportementale : les premières semaines après la blessure, la patiente P1 pleure, décrit un comportement de méchanceté avec tout son entourage, lié au sentiment d'injustice (l.77-80). Elle parle d'un comportement qui n'est pas habituel chez elle « J'en veux à tout le monde, ...vraiment je me reconnaissais plus », « je ne suis pas moi, je rigolais plus », « j'étais méchante, j'étais horrible » (l.80-83).

Jusqu'à deux semaines après l'opération, elle est dans une attitude d'incompréhension et de plainte. Puis, à partir de deux semaines postopératoires, son comportement s'est modifié. Elle l'explique par le fait que la rééducation préopératoire lui a permis de bien « reprendre », puis suite à l'opération, elle « retourne un peu au fond du gouffre » (l.203-204). La sensation de lassitude revient à ce moment-là. Suite à ces deux semaines post-opératoires de comportement et d'émotions négatives, elle bascule dans une phase intense de travail avec une grande motivation et avec en tête, l'objectif de reprendre le handball et sa place le plus rapidement possible (l.87-88).

La patiente P1 adopte un comportement prudent concernant sa reprise. Elle souhaite reprendre doucement avec une réintégration progressive des entraînements (l.178).

Il n'y a jamais eu de moment dans lesquels elle aurait souhaité tout arrêter. Elle explique cela par le fait qu'elle ait été capable de réagir en demandant une pause lorsqu'elle en a ressenti le besoin. Cette interruption a entraîné un comportement positif lors de sa reprise, avec une progression visible.

Concernant le soutien, la patiente P1 a été entourée de ses amies de promotion avec qui elle a pu « pleurer », et de sa meilleure amie qui s'est fait la même blessure une semaine plus tôt. Elles ont donc traversé les mêmes étapes aux mêmes moments. Sa famille avait un rôle auprès d'elle pour déverser « sa haine » (l.236). Les coachs ont eu un rôle bienveillant envers elle avec une attitude compréhensive, d'écoute et de conseil.

P1 a porté beaucoup d'attention à son comportement par rapport à son hygiène de vie, en particulier son hygiène alimentaire sur les trois premiers mois après la blessure. Elle a adopté ce comportement en ayant pour objectif de se sentir bien dans son corps. Elle pense que cela a beaucoup joué sur sa progression dans la rééducation. Cependant, lors des « grandes étapes » de sa rééducation, elle s'est récompensée en s'offrant des cadeaux symboliques ou un repas plaisir, « aux grandes étapes je me suis offert des trucs », « à l'opération, aux anniversaires c'était juste genre une tartelette à la framboise » (l.363-365).

Informations que la patiente transmet au MK : la patiente P1 pense qu'il est important de transmettre au MK son ressenti par rapport à son état de forme physique, toutes les sensations qu'elle peut ressentir dans son genou, la douleur. Elle parle aussi de la façon dont elle perçoit sa blessure, son état d'esprit selon les différents moments depuis sa blessure et tout au long de la rééducation. Selon elle, le MK doit s'intéresser à la manière dont la patiente se sent par rapport au groupe, mais pas nécessairement à ce qui se passe dans la sphère familiale.

Confiance de la patiente envers le MK : P1 a débuté sa rééducation avec le MK de l'équipe qu'elle connaît depuis plusieurs années. Ce MK a été remplacé par un autre MK, 4 mois après sa blessure. Elle évoque ici une étape difficile. Elle se sentait capable de confier toute sa vie privée au premier MK, et se demandait si elle aurait pu faire de même avec le second MK. Quand elle parle de sa relation avec le premier MK, elle dit « je ne sais pas si j'arriverai à retrouver cette relation » (l.311) et elle ajoute « j'ai tellement tout donné à *** (son premier MK), j'avais 100 % confiance... c'est dur de redonner sa confiance » (l.314).

Définition du « bonne rééducation » : selon la patiente P1, une bonne rééducation se définit par la confiance qu'elle porte à l'équipe médicale et paramédicale, savoir qu'ils sont

capables de lui donner des conseils adaptés. Elle souhaite également se sentir accompagnée par les coachs dans sa préparation physique. Même si parfois, elle accorde davantage de confiance au MK, elle est capable de faire la différence entre les compétences de chacun, ce qui constitue un élément important lui permettant d'avoir confiance.

Rôles du MK selon la patiente : le plus important, selon P1, se trouve dans les compétences du MK dans son travail, attendant un suivi complet de sa part. Elle souhaite que le MK sache tout de sa rééducation, qu'il retienne chaque détail de ce qu'il lui propose et de sa situation. Ensuite, vient l'intérêt qu'il va lui porter, sur son état émotionnel, son vécu de la situation, qu'il s'intéresse à qui elle est en dehors du handball et de la rééducation. A ce moment-là de l'entretien, elle pense se contredire avec ce qu'elle a pu dire précédemment concernant l'intérêt que le MK porte à sa sphère privée. Elle dit ici qu'elle souhaite que le MK s'intéresse à qui elle est en dehors du handball et de la rééducation, en la questionnant sur sa famille par exemple.

5.3.2 Reconstitution de l'entretien avec P2

Sphère comportementale : la patiente P2 parle de la blessure comme une crainte commune aux sportifs d'élites, et particulièrement la rupture de LCA à laquelle elle a immédiatement pensé, en l'évoquant comme une blessure redoutée par tous.

Concernant l'image de soi, la patiente P2 n'avait jamais imaginé pouvoir se blesser. Il s'agit de sa première blessure. Cependant, elle fait le lien entre la blessure et sa condition physique qu'elle pense faible, « ça m'est arrivé parce que je suis trop faible (...) physiquement je suis petite, je suis pas très costaud » (l.61-62). Cette pensée arrive sur le moment de la blessure. Suite à l'opération, P2 a une image positive de son corps, comme un « nouveau » genou (l.100-105).

Cet évènement a entraîné une remise en question de sa place au sein de l'équipe, du club et sa projection sur l'année, avec une peur d'être oubliée, mise à l'écart. C'est l'une de ses premières pensées lorsqu'elle se blesse. La difficulté qu'elle a ressentie était liée au fait de ne plus pouvoir jouer avec son équipe (l.124-127).

La patiente P2 interprète cette blessure au sein de sa carrière comme une « opportunité » (l.76), une « chance » (l.81). Elle se fixe un nouvel objectif et développe une motivation pour travailler sa condition physique et pouvoir ensuite évoluer dans sa carrière. Elle prend cette période comme une nouvelle expérience. Cette idée lui a été transmise à travers le discours des coachs qui lui ont présenté la situation comme une opportunité pour travailler sur son

physique. P2 pense que cette blessure va modifier sa façon de penser, lui permettre de renforcer son mental. Elle pense en ressortir des éléments bénéfiques (l.142-145).

Concernant les stratégies d'adaptation, P2 se fixe de nouveaux objectifs. Son point de vue par rapport à sa place et son rôle se modifie, comme si son arrivée dans le club était maintenant davantage pour travailler son physique que pour jouer au hand (l.203-206).

Son état d'esprit pendant la rééducation est influencé négativement par les échecs sur des exercices (l.203-206) ou lorsque son corps réagit avec un genou qui gonfle, une douleur, etc., et influencé positivement lorsqu'elle se voit progresser (l.200).

Sphère émotionnelle : lors de sa blessure, elle a ressenti de la déception (l.65-66) « donc sur le coup j'étais déçue ». L'annonce du diagnostic de rupture du LCA a entraîné des pleurs, l.68-69 « au final quand j'ai appris que c'était ça j'étais en pleurs parce que c'était horrible ». La tristesse est une émotion que P2 a ressentie lors de la blessure uniquement. Après l'opération, elle a ressenti des émotions positives, une bonne humeur (l.100), état d'esprit qui a persisté tout du long de la rééducation, jusqu'à notre entretien. Elle évoque le fait d'avoir peur de refaire le geste sur lequel elle s'est blessée (l.44).

Sphère comportementale : avant d'avoir le diagnostic, la patiente P2 a voulu se rassurer, « j'essayais de me rassurer » (l.66-68), puis sa réaction suite à l'annonce du diagnostic a été de pleurer (l.68-69). Elle a trouvé du soutien auprès de son entourage familial, ses parents, ses amis, mais également auprès des coachs de l'équipe, de la psychologue du club et des MK (l.73-76). Ce soutien lui apporte de la motivation et l'aide à accepter la situation (l.212-214 et l.224). Elle évoque également les MK dans ce rôle de soutien « les kinés rentrent beaucoup en jeu car je les vois tous les jours » (l.214-215). La patiente parle aussi du rôle de la psychologue auprès d'elle, qui lui donne des clés pour visualiser la situation de différentes façons. De plus, elle occupe une nouvelle place auprès des coachs et au sein de l'équipe, en apportant des conseils sur le terrain lors des matchs (l.127-130).

Son comportement concernant son travail de préparation physique s'est modifié suite à la blessure. En effet, elle savait que c'était un objectif de progression pour elle mais ne trouvait pas la motivation nécessaire et le voyait comme une obligation (l.110-111). Puis, ce comportement s'est transformé en une routine de plaisir, en motivation (l.113-115).

Elle dit s'occuper davantage d'elle, que ce soit sur son hygiène alimentaire ou sa préparation physique, cela devient une nouvelle routine (l.157 et l.160-165).

La patiente P2 perçoit la rééducation par étapes et est capable d'observer sa progression au fur et à mesure « de jour en jour je me vois progresser et je savais qu'il fallait que je vois la suite par étape (...) dans quelques jours je reprends la marche, dans deux mois je vais faire de la natation, du vélo tout ça. Et du coup je trouve ça bien parce que c'est par étape » (l.174-179), « je vais reprendre le hand petit à petit » (l.182).

Informations que le patient transmet au MK : la patiente parle au MK de son état physique (l.248-249), de ses besoins d'être poussée, motivée (l.251-253). Elle transmet donc au MK son mode de fonctionnement et sa personnalité timide au début puis très sociable (l.265-268). Elle parle aussi de sa sphère privée au MK (l.269 et 274).

Définition d'une « bonne rééducation » : avoir un rythme régulier de séances avec le MK est un élément de définition d'une bonne rééducation selon P2 (l.230). Selon elle, la rééducation doit être faite d'échecs (l.230-233) afin de repérer les faiblesses et orienter le travail. Le MK doit adopter une posture compréhensive et s'adapter à sa patiente (l.257-261). Elle ressent également le besoin de sentir la présence, la motivation, l'accompagnement du MK (l.258-260). La connaissance du patient par le MK lui semble également être un point important (l.260-261).

Les rôles du MK dans la rééducation : selon la patiente P2, le MK doit être impliqué dans la rééducation de la patiente (l.219-220). Il doit également s'adapter, être dans une attitude de motivation, faire sentir au patient qu'il est présent et bien le connaître (l.257-261). Etre rassurant fait également partie de son rôle dans la rééducation (l.286).

La patiente P2 pense aussi que le MK doit aimer son métier « Je vois qu'elle aime ce qu'elle fait et moi je trouve que ça fait plaisir de voir qu'elle aime ce qu'elle fait » (l.299-300).

Le contexte environnemental à grande échelle : P2 aborde également le contexte de crise sanitaire dans lequel les équipes évoluent sur ces deux dernières saisons. Pour P2, cette crise rend la saison difficile (l.85).

5.3.3 Reconstitution de l'entretien avec P3

Sphère cognitive : la patiente P3 évoque plusieurs aspects de l'image de soi. Sur son image physique, elle comprend rapidement le diagnostic lorsque les MK et médecins réalisent les tests diagnostics d'une rupture de LCA, immédiatement après la blessure. L'image de son corps commence à être modifiée entre le moment de la blessure et l'opération, en raison d'une perte de masse musculaire qui devient perceptible. Suite à l'opération, cette modification de l'image corporelle est accentuée, notamment par son genou gonflé,

déformé et la perte de masse musculaire de plus en plus visible sur ses deux membres inférieurs, ceci de façon plus flagrante du côté opéré. Cette opération entraîne des difficultés fonctionnelles pour la marche et toute activité de la vie quotidienne, ce qui perturbe son image d'individu autonome et de sportive d'élite qui utilise son corps au quotidien comme outil de travail. Elle dit cependant connaître son corps et savoir que sa corpulence longiligne (I.68) est un facteur de risque de blessure. Concernant la blessure en elle-même, elle a conscience que, pour une pratique de haut niveau, c'est un événement qui peut se produire (I.68). En sachant cela, elle a déjà commencé à écouter son corps, elle a la sensation de se connaître et de savoir ce qui est bon ou non pour elle dans sa pratique du handball, dans les exercices qu'elle va pouvoir faire en renforcement ou lors de la rééducation (I.67).

Concernant l'image qu'elle se fait d'elle au sein du club, elle se questionne sur la place qu'elle va pouvoir occuper après la blessure. Au moment de la blessure et dans les semaines qui suivent, elle perd son objectif principal de faire ses preuves au sein de l'équipe (I.30-31 et I.42-43). C'était la raison principale de son arrivée dans le club pour ensuite évoluer avec l'équipe de D1 LFH. La perte de sa place au sein du groupe en tant que joueuse et la modification de l'image qu'elle porte sur ses capacités physiques lui donnent la sensation de devoir repartir de zéro pour se faire à nouveau une place au sein de l'équipe et auprès des coachs (I.43).

P3 a ressenti de la frustration de se retrouver en dehors du groupe, de son équipe. Elle associe cela à un sentiment de solitude. Les voir jouer au handball a fait ressortir cette frustration, elle a donc pris de la distance en ne se rendant plus aux entraînements (I.97-100). La situation est mieux acceptée au fur et à mesure que le temps passe après la blessure, notamment lorsqu'elle réalise les différents examens comme l'IRM qui va confirmer le diagnostic de rupture du LCA. Les premiers tests réalisés manuellement ainsi que le discours des médecins et des MK ont été les premiers éléments qui lui ont permis de se préparer à ce diagnostic (I.32-33). Ensuite, la rééducation préopératoire a également permis d'accepter cette blessure par une remise au travail avec des objectifs, une utilisation de son corps (I.38-41).

L'opération était donc attendue avec hâte par la patiente P3. Elle avait une impression de nouveau départ, d'une nouvelle étape et d'objectifs nouveaux, différents de ceux qu'elle avait avant la blessure (I.40).

Concernant la progression et le taux de récupération perçu par la patiente P3, cela a évolué au fil du temps. Au début de la rééducation, elle se questionnait sur sa capacité de progression, sa capacité à retrouver son niveau de pratique du handball antérieur à sa blessure. Elle met cela en lien avec les sensations corporelles douloureuses, une fatigue inhabituelle et un corps qui n'est plus fonctionnel comparé à son corps sain (l.101-102). Lors de notre entretien, à trois mois de son opération, elle percevait une progression positive entraînant un état d'esprit positif et une motivation (l.102-103).

La blessure est interprétée comme une pause bénéfique dans sa carrière (l.79-80). Cela lui permet de faire des activités différentes du hand et de se focaliser sur une progression de ses capacités physiques. Elle souhaite alors exploiter ce temps libre pour se renforcer et améliorer sa condition physique (l.81-84). P3 exprime vouloir se sentir prête physiquement pour être prête psychologiquement à reprendre le handball (l.72-75).

Sphère émotionnelle : lors de la blessure et les jours suivants, l'émotion dominante était de la tristesse (l.92). Avant l'opération, elle ressent une excitation grandissante associée à une appréhension de l'opération (l.93-94). Lors de son réveil, après l'anesthésie, P3 est positive et se dit contente d'avoir passé cette étape (l.93). Dans les jours qui ont suivi l'opération, P3 passe par toutes les émotions avec une difficulté à gérer chacune d'entre elles ainsi qu'une sensation d'être perdue (l.95-96). Elle fait le lien avec la modification de son image corporelle en postopératoire, les douleurs et une perte de son autonomie, le besoin de l'aide d'une tierce personne dans la vie quotidienne. Etre en dehors du groupe lors des entraînements impacte négativement son état émotionnel puisqu'elle a pour habitude de vivre en communauté et au sein d'une équipe (l.97-100). Etre en communauté apporte du positif pour P3. La douleur et la fatigue des deux semaines qui ont suivi l'opération entraînent un découragement (l.95). Une fois cette phase de découragement postopératoire passée, elle ressent des émotions positives qui sont toujours présentes lors de notre entretien.

Sphère comportementale : la fixation d'objectifs stimule la patiente après l'opération (l.96). C'est ce qui lui permet de garder son état d'esprit positif. Ses comportements et ses émotions sont modifiés par les différentes réactions physiques de son genou. Lorsqu'il gonflait ou devenait douloureux, des pensées négatives arrivaient, en lien avec ses capacités physiques, et elle pensait alors ne pas pouvoir réussir les exercices (l.109-110). Cela entraînait

un comportement d'entêtement et ne pas atteindre l'objectif de réussite de l'exercice impactait négativement sa sphère émotionnelle.

La perception de la progression et les sensations corporelles perdues qu'elle retrouve au cours de la rééducation telles que, être capable de monter et descendre des escaliers, marcher sans douleur, plier le genou, reprendre de la force musculaire, sauter, sont des éléments importants qui influencent positivement la sphère émotionnelle de P3 (l.111-112).

Concernant le soutien social, P3 se sent entourée. En effet, elle vit en colocation avec deux joueuses de son équipe et cela l'aide positivement au quotidien (l.113-114). Par ce moyen et par le fait de côtoyer les filles en dehors des entraînements, elle garde un lien permanent avec l'équipe. De plus, sa famille est présente pour la soutenir (l.121-122). Elle pense que la situation serait beaucoup plus difficile à vivre si elle n'avait pas ces différents soutiens.

Ce soutien passe également par la confiance que les coachs lui accordent et lui montrent après la blessure (l.122-123). Leurs discours lui permettent de se projeter sur la saison prochaine et de se sentir incluse dans le groupe, sachant qu'ils comptent sur elle pour la suite.

Informations que le patient transmet au MK : les informations importantes à transmettre au MK sont principalement de l'ordre du ressenti physique, pendant et en dehors de la rééducation, et de l'état de motivation à tout instant (l.142-144). Autrement dit, de l'ensemble de ses ressentis en lien avec la rééducation. La patiente P3 pense qu'elle n'a pas besoin de parler de sa sphère privée à son MK (l.145-146).

Définition d'une bonne rééducation : selon P3, une bonne rééducation passe nécessairement par la confiance qu'elle accorde aux professionnels de santé et notamment au MK et à ses compétences professionnelles (l.133-134). Cela concerne le fait d'être à l'aise dans sa relation avec le MK, afin d'avoir une bonne communication et lui transmettre ses ressentis (l.134-136).

La transmission au MK de tout ce qu'elle peut ressentir physiquement est un élément central d'une bonne rééducation pour P3. De plus, il faut qu'il y ait une progression physique pour entraîner une progression psychologique et un état d'esprit positif (l.137).

P3 pense également que l'occupation du temps en dehors des séances avec le MK et le fait de ne pas être isolée participent à une bonne rééducation (l.137-138).

Avis de la patiente concernant les rôles du MK dans la rééducation : pour la patiente P3, le MK joue un rôle central dans son parcours de rééducation puisqu'il fait partie de son

quotidien et qu'il est décisionnaire de son programme de rééducation, donc des activités qu'elle réalise (I.159-160).

Après avoir réalisé l'analyse verticale de chaque entretien, nous présentons maintenant l'analyse transversale. Chaque thématique étudiée est maintenant vue à travers les discours des trois patientes. Nous comparons, entre eux, les faits rapportés de façon organisée à travers les thématiques précédemment identifiées. Nous mettons en lien les résultats obtenus de l'analyse transversale et les hypothèses afin de tenter d'y répondre.

5.4 Analyse transversale des entretiens

Hypothèse 1 : La patiente utilise ses propres mots pour parler des FBPS.

A travers les différentes thématiques abordées, sphères cognitive, émotionnelle et comportementale, nous avons obtenu des similitudes dans les discours des patientes. Cependant, ces similitudes s'expriment parfois de différentes façons en fonction de chacune. En effet, elles possèdent toutes leur propre langage pour raconter leur vécu de la blessure et de la rééducation ainsi que pour exprimer leur ressenti.

Pour évoquer l'**image de soi**, P1 se sentait forte et n'imaginait pas pouvoir se blesser, parlant d'un corps qui « lâche ». A contrario, P2 évoque son corps comme « pas très costaud » et y trouve une justification de sa blessure. Quant à P3, elle parle de sa silhouette « longiligne » qu'elle identifie comme un facteur de risque de blessure et de la modification de son image corporelle à travers les changements perceptibles, c'est-à-dire l'atrophie musculaire, le genou gonflé. On perçoit ainsi que les patientes ayant une image de leur corps qui semble non adaptée à leur pratique, selon leurs croyances, se pensaient plus à risque de blessure, contrairement à P1 qui avait une image solide, forte de son corps et qui ne comprend donc pas comment elle a pu se blesser. De plus, leur image corporelle a été modifiée, mais cela s'exprime à travers des éléments qui diffèrent. Par ailleurs, P3 sépare sa façon de penser et son corps physique qu'elle perçoit comme un réel outil de travail qui peut être défaillant, puisqu'elle a conscience que la blessure est un événement qui peut se produire, c'est un risque qui fait partie de sa carrière. P1, qui se dit avoir un fort caractère et qui présente un discours déterminé, projette la même image de son corps qui lui semble fort et n'envisageait pas de pouvoir se blesser.

Concernant le **taux de récupération perçu**, P2 et P3 avait des pensées plutôt négatives au début, en lien avec leur corps opéré, leur genou gonflé, non fonctionnel, la douleur. Puis, au fur et à mesure de la rééducation et de la récupération, ces pensées sont devenues de plus

en plus positives et ont accroît leur motivation. Pour l'une, cela a été progressivement de plus en plus positif, alors que pour P2, cet état a varié en fonction de sa réussite ou non des exercices et des réactions de son genou. Aussi, concernant l'image positive de cet évènement au sein de leur carrière, P1 parle de « chance », P2 d'une « opportunité » et d'une « chance » et P3 d'une « pause bénéfique ». Pour exprimer leur **ressenti émotionnel** depuis la blessure et tout au long de la rééducation, nous retrouvons un vocabulaire commun, telles que la tristesse pour les trois patientes, ajoutée à de la colère, de l'injustice, de la frustration et de l'incompréhension pour P1, de la déception pour P2, une sensation d'être perdue et de découragement pour P3, lors de la blessure. P1 emploie également des termes qui lui sont très personnels pour se décrire, notamment lorsqu'elle se trouve dans un état émotionnel à travers lequel elle se pense difficilement supportable pour tout son entourage. Les émotions positives s'expriment à travers un langage familier à P1, « charbonner » pour décrire une bonne dynamique de travail, de la « bonne humeur » pour P2, de « l'excitation » et des « émotions positives » pour P3.

A travers ces différents exemples, nous pouvons confirmer l'hypothèse 1.

Hypothèse 2 : La patiente a eu des pensées négatives lors de la blessure, cette pause est inattendue et mal vécue dans sa carrière et entraîne l'apparition de peurs.

Les trois patientes nous évoquent, à travers leur récit et par leurs propres mots, des processus cognitifs, des émotions et des réactions comportementales négatives lors de la blessure. Cependant, cet évènement est totalement inattendu pour P1 alors que pour P2 et P3, en fonction de l'image de leur corps, elles envisageaient davantage la blessure comme un risque réel. Pourtant, que cette blessure soit envisagée ou non, les trois patientes s'accordent sur le fait que cette pause est une **opportunité** pour placer au premier plan des objectifs qui ne l'étaient pas auparavant mais qui seront bénéfiques pour la suite de leur carrière. Il s'agit notamment de se préparer davantage physiquement, d'apprendre à s'occuper différemment d'elles-mêmes, de changer leur fonctionnement pour l'améliorer. Les peurs qui apparaissent ont, pour chacune, évolué au fur et à mesure de la progression de la rééducation.

L'hypothèse 2 est confirmée pour l'apparition de pensées négatives et parfois de peurs, mais infirmée pour la pause qui serait malvenue, concernant les trois patientes présentées.

Hypothèse 3 : La patiente vit mal les conséquences entraînées par la blessure ; être hors du groupe, ne plus pratiquer son sport, ne plus utiliser son corps.

Se retrouver en dehors du groupe est une des principales difficultés ressenties par les trois patientes. On remarque également que leur **image corporelle** est **questionnée**, parfois modifiée, du fait de cette utilisation normalement quotidienne qui devient soudainement impossible dans un premier temps puis de façon différente. Elles présentent des réactions différentes face à cela. P2 se trouve un nouveau rôle et reste sur le banc auprès de son équipe lors des matchs, alors que P3 se met à distance lors des entraînements. Cependant, elles ont toutes exprimé le **besoin de soutien et de reconnaissance** de leur place au sein du groupe, par leurs coéquipières et par les coaches.

Cette hypothèse 3 est confirmée.

Hypothèse 4 : Les pensées, états émotionnels et comportements sont fluctuants entre le moment de la blessure et tout au long de la rééducation.

Comme nous avons pu le développer pour l'hypothèse 1, l'ensemble des FBPS évoqués par les patientes lors de la blessure ont ensuite évolué en fonction des différentes phases de leur parcours médical et de rééducation. En effet, nous pouvons identifier l'instant de la blessure, la période de rééducation préopératoire, le moment de l'opération, les premiers jours postopératoires, puis les différentes phases de progression en rééducation avec, par exemple, l'augmentation de charge en renforcement, le gain de mobilité, de force, la reprise des appuis, des sauts, de la course à pied, etc. Ainsi, nous pouvons observer que les FBPS évoluent en fonction du moment, de l'étape, de la progression.

L'hypothèse 4 est confirmée.

Hypothèse 5 : La patiente ressent des émotions de plus en plus positives au fur et à mesure de l'avancée de la rééducation.

En prenant du recul sur le parcours des patientes, nous remarquons à travers leur discours, des émotions et des réactions cognitives et comportementales qui évoluent positivement au cours de la rééducation, en fonction de leur progression. Chaque patiente interviewée présente un parcours de rééducation sans difficulté particulière. La progression est perceptible pour chacune d'entre elles et s'exprime par un état d'esprit et des réactions de plus en plus positives.

L'hypothèse 5 est confirmée avec toutefois une nuance. La condition de la **progression** doit être **perceptible** pour entraîner cette évolution positive des émotions au fur et à mesure de la rééducation.

Hypothèse 6 : Par son habitude à travailler durement physiquement, la patiente adhère facilement à la rééducation et reste motivé tout au long de celle-ci.

En termes d'adhésion thérapeutique, les patientes P1 et P3 nous évoquent la **confiance** qu'elles accordent au MK et à l'équipe médicale, afin que la rééducation se passe bien. Elles ont des attentes particulières envers le MK qui favorisent cette **adhésion thérapeutique**, comme un accompagnement complet, une connaissance entière de leur situation de santé, de leur parcours de rééducation, l'adoption d'une posture compréhensive, motivante.

Les patientes ayant identifié leur condition physique comme un risque de blessure trouvent une motivation supplémentaire dans la rééducation pour améliorer cette dernière. Il s'agit d'un élément favorisant l'adhésion thérapeutique. Cette habitude de dépassement de soi physique se retrouve également à travers leur discours, notamment lorsqu'elles évoquent que l'état d'esprit positif est entraîné par la **perception de la progression** qui se fait par le travail. Le **système de récompense** par la progression par le travail physique est un autre élément qui fait partie du fonctionnement de ces patientes handballeuses d'élites et qui participent à l'adhésion thérapeutique.

L'hypothèse 6 est confirmée et se complète par d'autres éléments, telle que la confiance de la patiente accordée au MK.

Hypothèse 7 : Le soutien social et la progression impactent la motivation de la patiente dans la rééducation.

Pour chacune des patientes, le **soutien** est indispensable. P1 distingue les différents soutiens que lui apportent sa sphère familiale, amicale, médicale ou professionnelle à travers les coachs et ses coéquipières. P2 et P3 ne différencient pas chaque sphère de cette façon, mais P2 précise que l'ensemble de ces soutiens lui permettent d'être motivée et d'accepter la situation. P3 met, quant à elle, davantage en avant le soutien nécessaire de ses coéquipières et des coachs afin qu'elle se sente toujours incluse dans le groupe et qu'elle sache qu'ils comptent sur sa présence pour la suite.

La **progression** semble un des éléments principaux qui aura une influence sur la **motivation** lors de la rééducation. En effet, nous retrouvons cet élément à travers le discours des trois patientes. C'est la progression qui entraîne et maintient des processus cognitifs, des émotions et des comportements positifs tout au long de la rééducation.

L'hypothèse 7 est confirmée à travers ces différents éléments.

Hypothèse 8 : La patiente pense que son contexte environnemental social, ses émotions, sa sphère privée, n'ont pas de lien avec la réussite de la rééducation, elle n'en parle donc pas nécessairement au MK.

Les avis diffèrent entre les trois patientes quant à l'intérêt que le MK doit porter sur la sphère privée. Pour P1 et P3, transmettre les informations concernant leur **ressenti physique** en lien avec la blessure, l'opération ou les séances de rééducation est primordial. Pour P2, ces informations sont également importantes mais se complètent par sa **sphère privée**. P1 semble partagée sur l'intérêt de parler de sa sphère privée, puisqu'elle nous dit à la fois qu'elle parle facilement de sa vie privée au MK lorsqu'elle lui fait confiance, mais que ce n'est pas un élément obligatoire. Puis, elle ajoute tout de même que le MK doit être capable de s'intéresser un minimum à elle en lui posant des questions sur sa sphère familiale. P3 pense qu'il n'est pas nécessaire de parler de sa vie privée au MK puisque cela n'intervient pas dans la rééducation.

L'hypothèse 8 ne peut donc pas être totalement confirmée puisque nous avons ici trois cas différents pour trois patientes. Une pour qui c'est un élément primordial, une deuxième pour qui cela ne l'est pas du tout et une troisième qui semble mitigée.

Hypothèse 9 : La patiente n'a pas conscience que certains aspects de sa vie, son ressenti, ses émotions, peuvent aider le MK à adapter la rééducation dans le but de l'optimiser.

Comme nous l'avons vu pour l'hypothèse 8, les patientes ont des avis qui diffèrent quant aux informations à transmettre au MK afin d'optimiser la rééducation. Deux patientes sur trois placent au premier plan l'aspect **physique**, les **ressentis corporels**. La troisième insiste davantage sur la partie personnelle, parler de soi et de sa **sphère privée**. Dans les trois discours, ne sont pas évoqués la transmission de toutes les émotions qui gravitent autour de la rééducation, comme par exemple la frustration d'être en dehors du groupe.

L'hypothèse 9 est partiellement confirmée.

5.5 Synthèse des résultats

Les réponses apportées aux hypothèses invitent à répondre à l'objectif de cette étude. Celui-ci était de recueillir le vécu des patientes handballeuses d'élite en rééducation, après rupture du LCA, afin de comprendre l'enjeu des FBPS dans la rééducation et ainsi l'optimiser. Dans cette partie, nous réalisons une synthèse des résultats de cette étude à travers l'analyse effectuée. Ainsi, nous présentons dans cette partie quatre résultats principaux et nous proposons une définition d'une « bonne » rééducation selon les résultats de notre recherche.

5.5.1 L'expression du vécu est personnelle et propre à chaque patient

Nous avons pu relever **un langage propre à chaque patiente** concernant son vécu de la blessure et son parcours de rééducation. Nous retrouvons les différents FBPS à travers un vocabulaire propre à chacune, que ce soit pour exprimer les interventions cognitives, leurs émotions ou leurs réactions comportementales.

5.5.2 L'évènement de la blessure et le parcours de rééducation présentent un aspect positif au sein de leur carrière

Concernant le vécu du traumatisme et de la rééducation, les points de vue, les émotions ressenties et les comportements divergent mais il en ressort une idée commune, **l'aspect positif de cet évènement pour la suite de leur carrière**. Pour des raisons différentes, que ce soit l'envie d'améliorer leur performance physique, de renforcer leur mental ou de modifier leur mode de vie, elles se fixent toutes de **nouveaux objectifs** avec l'idée de ressortir des éléments positifs de cette période.

5.5.3 Il existe différentes étapes de la rééducation correspondant corrélées avec l'évolution des FBPS

Chacune d'entre elles a ressenti des émotions négatives lors de la blessure et dans les semaines qui ont suivi. **Différentes étapes** communes sont ressorties de leur discours et sont en lien avec des **évolutions des FBPS**. L'étape de l'opération apporte à la fois de l'excitation et du stress. Puis, dans les phases de rééducation préopératoire et postopératoire, certaines ont ressenti des hauts et des bas en termes de motivation, de ressentis, quand d'autres sont restées positives.

5.5.4 Des divergences sur les sujets d'intérêts que le MK doit porter aux patientes

En rapport avec les sujets abordés avec le MK, deux patientes estiment qu'il doit s'intéresser à leur **sphère privée**, alors que seule l'une d'entre elles pense que le principal est de transmettre les ressentis uniquement en lien avec les **sensations corporelles et les séances de rééducation**. Nous relevons donc ici des **divergences** d'avis propres à chacune.

5.5.5 Proposition de définition d'une « bonne » rééducation

La confiance accordée par les patientes au MK, **la progression observable** pendant la rééducation et **l'importance du soutien social** sont les éléments sur lesquels les patientes ont porté le plus d'intérêt pour définir une « bonne rééducation ».

6. Discussion

6.1 Forces et faiblesses de notre méthodologie par entretiens

Au vue de notre thématique de travail, la méthodologie qualitative par entretiens semi-dirigés semblait la plus adaptée pour répondre à notre question de recherche. En effet, comme nous l'avons présenté dans la partie Matériel et Méthode, nous souhaitons connaître le vécu des patientes concernant leur rééducation. C'est pourquoi pour tenter d'obtenir des réponses à nos questions nous nous sommes directement adressé à elles. Cependant lors de la réalisation des différentes étapes de construction de notre méthode, de sa réalisation et de l'analyse des entretiens nous avons relevé plusieurs biais et limites.

6.1.1 Orientation des réponses en fonction de la formulation des questions

Tout d'abord, nous avons pris en compte l'importance de l'étape de formulation des questions lors de la construction du guide d'entretien. En effet, le risque en formulant les questions est celui d'influencer la réponse de l'interviewé (63). Nous pensons que la question 8 peut avoir influencé la réponse des patientes. En effet par, « Qu'est ce qui va influencer votre motivation pendant la rééducation ? », nous insinuons que la motivation de la patiente est nécessairement influencée, alors qu'elle aurait pu nous dire qu'il n'existe pas d'éléments qui influencent sa motivation. Nous aurions pu commencer par poser la question « Est-ce que votre motivation est toujours la même ? », puis en fonction de sa réponse nous lui aurions demandé quels éléments vont modifier cette motivation.

Afin de connaître l'avis des patientes sur chaque FBPS nous aurions dû poser de façon précise une question pour chaque FBPS. Dans un premier temps, c'est la méthode que nous avons voulu suivre. Cependant, nous nous sommes rendus compte que les questions auraient été trop nombreuses et que les citer tel quel aurait nécessairement orienté les

réponses et peut-être même incité le patient à nous évoquer un sujet qui n'a pas d'importance pour lui. Hors ce que nous souhaitions, était de recueillir les informations que le patient trouve importantes et pertinentes pour sa prise en charge. C'est pourquoi dans un second temps nous avons fait le choix d'élargir certaines questions. Hors le nouveau risque de présenter des questions trop larges est que les patientes ne comprennent pas l'objectif de notre question en ne sachant pas comment y répondre ou en abordant des domaines qui ne correspondent pas à la question. Afin d'éviter cela nous aurions pu faire un test grâce à un entretien exploratoire afin d'ajuster nos questions pour élaborer le guide d'entretien définitif.

6.1.2 Compréhension des questions

Comme nous venons de le voir, les questions élargies ont permis aux patientes de s'exprimer librement. Cependant, le vocabulaire employé dans les questions comme le terme « ressenti » peut être compris de différentes façons. Par exemple certaines ont exprimé uniquement leur vécu émotionnel quand d'autres ont abordé leurs réactions comportementales pour répondre à cette question concernant leur ressenti lors de la blessure et pendant la rééducation. Alors que nos attentes étaient de l'ordre des différentes évaluations cognitives mises en place par les patientes. Mais nous ne pouvions pas poser la question en utilisant le terme « évaluation cognitive » puisqu'il s'agit d'un vocabulaire professionnel qui n'est pas facilement compréhensible par tous et la compréhension de la question influence la réponse apportée. Nous avons dû utiliser des relances, reformulations, que nous avons préalablement préparées pour que la réponse corresponde au domaine de la question posée.

6.1.3 Biais de confirmation des hypothèses

Lors de l'analyse des données recueillies dans le discours, nous pouvons faire face au biais de confirmation des hypothèses. Il s'agit de l'interprétation des données en fonction des hypothèses que le chercheur souhaite confirmer (65). En effet, dans notre méthode qualitative nous utilisons le discours des patientes pour en faire des résultats. Hors le discours est un moyen d'expression personnel et lors de l'analyse des entretiens nous avons été amené à devoir classer, séquencer, identifier des éléments des discours afin de les classer dans les thématiques préalablement identifiées. Cette étape sensible ne doit pas être une totale interprétation de notre part. Cependant, l'expression des patientes étant subjective nous obtenons des réponses différentes pouvant en plus faire l'objet d'une

interprétation de notre part. Les réponses apportées peuvent donc être soumises à ce biais de confirmation des hypothèses. Nous aurions pu comme le précise Kohn et Christiaens (65) utiliser des techniques telles que la triangulation ou le double codage par deux chercheurs indépendants afin de réduire ce risque.

6.1.4 Faible nombre d'entretiens et non saturation des réponses

Cette méthodologie qui permet d'approfondir les connaissances à travers le discours en laissant libre réponse au patient présente cependant le risque d'obtenir des résultats moins généralisables. En effet, l'outil de récoltes des données par entretien, permet de recueillir un nombre de réponses souvent plus faible que l'utilisation d'un outil comme le questionnaire. Même si nous avons respecté les recommandations de Gatto et Ravestein en effectuant 3 entretiens (60) nous nous sommes aperçus qu'il s'agit d'une quantité trop faible puisque nous n'avons pas nécessairement obtenu de saturation des résultats en réponse à nos questions. Les résultats sont moins généralisables et transposables à grande échelle.

6.1.5 Connaissances des patientes

Par facilité de contact nous avons réalisé deux entretiens avec des patientes que nous connaissions. L'une d'entre elle est une connaissance personnelle, que nous n'avons pas eu en soin pour sa rééducation. La seconde est une patiente que nous avons prise en charge lors de sa rééducation après chirurgie du LCA. L'aspect positif est que ces patientes peuvent se sentir totalement libre dans leurs réponses et nous apporter des éléments de réponses d'un niveau plus personnel qu'une patiente que nous ne connaissons pas. Le risque retrouvé est que dans leur récit elles abordent des sujets que nous avons déjà abordés en séance sans les expliciter de façon à ce que cela soit compréhensible pour notre travail de recherche puisque qu'elles considèrent que nous savons de quoi elles parlent.

6.1.6 Choix de la population interrogée

Par intérêt et opportunité nous avons fait le choix de cibler notre population sur les handballeuses d'élite. Si nous avions davantage de temps pour sélectionner notre population nous aurions pu la cibler davantage en recherchant uniquement des patientes évoluant en D1F avec contrat professionnel. Cependant, les opportunités qui se sont présentées nous ont amené à élargir notre population à des patientes évoluant en centre de formation mais avec pour projet d'intégrer l'équipe D1F de leur club. Les patientes interviewées sont relativement jeunes et en début de carrière. Elles ont donc potentiellement plus de temps pour reprendre leur carrière après la blessure qu'une joueuse

plus âgée pour laquelle la question de poursuite ou d'arrêt de sa carrière pourrait se poser après un telle blessure. Les enjeux pourraient être différents selon l'âge des joueuses.

D'autre part, il serait intéressant de connaître le vécu de la rééducation des patients masculins, pratiquant un autre sport ou concernant une autre pathologie. Des comparaisons entre chaque pourraient ainsi être faites et amener d'autres éléments concernant le rôle et l'impact des FBPS.

6.2 Choix de thématique

Dans le domaine de la psychologie les frontières sont vastes, les FBPS sont nombreux, il est donc difficile d'en faire une liste exhaustive et de les classer. Chaque auteur ayant publié sur ce sujet, fait le choix de s'intéresser à des FBPS spécifiques et à en laisser d'autres de côté. Délimiter l'ensemble de ces facteurs est une difficulté qui s'est présentée lors de nos premières recherches dans la construction du cadre conceptuel. Après avoir balayé la littérature sur ce sujet et pour avoir une représentation la plus claire possible de ce que sont les FBPS nous avons fait le choix d'utiliser un modèle particulier, celui de Wiese et Bjornstal (60). Le choix s'est porté sur ce modèle pour son organisation qui expose trois grands domaines regroupant chacun différents FBPS. C'est pour des critères de clarté, de facilité de compréhension et pour avoir une vue d'ensemble de ce que sont les FBPS que nous avons choisi ce modèle. Mais il s'agit d'un choix personnel donc discutable et qui aurait pu se faire avec un point de vue différent.

6.3 Résultats obtenus

Après avoir analysé et synthétisé les résultats nous relevons qu'il semble difficile de chercher à faire exprimer et à recueillir l'avis du patient concernant l'ensemble des FBPS qui peuvent exister. En effet comme nous l'avons précisé précédemment, les FBPS sont très nombreux et parfois difficile à délimiter puisqu'ils correspondent à l'ensemble des facteurs biologiques, psychologiques et sociologiques qui interviennent dans la vie d'un individu. Ainsi nous pouvons y regrouper plusieurs dizaines d'éléments. Nous avons dû poser des questions assez larges pour ne pas influencer la prise de position sur des FBPS en particulier mais avec le risque que le patient n'évoque pas des sujets qui pourraient nous intéresser. Nous avons également cité certains FBPS que nous avons choisi en fonction de leur importance dans la littérature, comme la peur de se blesser à nouveau qui semble être un FBPS prédominant dans le vécu de la rééducation. A cela s'ajoute les limites et biais méthodologiques que nous avons présentés précédemment. Les résultats obtenus dépendent donc de l'ensemble de

ces facteurs mais également de l'avis propre des patientes interrogées qui ne vont pas évoquer tous les FBPS dans le récit du vécu de la blessure et de la rééducation que de soit de façon volontaire ou non. Nous pouvons donc dire que les résultats de notre travail de recherche correspondent à un angle de vue spécifique des FBPS dans la rééducation des patientes handballeuses d'élite après rupture et chirurgie du LCA.

En fonction du modèle de Wiese et Bjornstal nous avons établis des thématiques basées sur les trois grandes catégories qui sont, l'évaluation cognitive, les réactions émotionnelles et les réactions comportementales. Dans chacune de ses thématiques se trouvent des sous-thématiques qui sont les FBPS correspondants. Les questions posées ont été construites dans le but de retrouver à travers les réponses des patientes leur avis sur ces FBPS pour chaque thématique. Les résultats qui en ressortent nous permettent de mettre en exergue certaines sphères qui sont davantage représentées dans le discours des patientes par rapport à d'autres. Dans le discours des patientes, certains FBPS sont plus présents et semblent donc avoir plus d'importance dans le vécu de la rééducation. Les propos des patientes apparaissent comme des éléments facilitateurs ou des freins dans l'optimisation de la rééducation. Cela nous apporte de nouvelles questions : en fonction de quoi chaque patiente porte plus ou moins d'intérêt pour certains FBPS ? Est-ce que le MK doit davantage s'intéresser à certains FBPS pour optimiser la rééducation de ces patientes ? Jusqu'à quel niveau la connaissance de chaque patiente par le MK a un impact sur la qualité de l'optimisation de sa prise en charge ?

De plus, les patientes ont fait ressortir des éléments parfois difficiles à classer dans les catégories identifiées puisque les frontières entre chacune sont minces. En effet, les thématiques d'évaluations cognitives et de réactions comportementales comprennent des éléments qui se rapprochent. Par exemple, le soutien social que nous retrouvons dans ces deux catégories. Notre façon de classer les propos des patientes dans chaque catégorie de FBPS a donc complexifié notre analyse. Nous retrouvons également des propos qui nous semblent importants puisque les patientes l'évoquent plusieurs fois alors que nous ne les avons pas appréhendés dans nos thématiques. Nous ne savons pas si nous devons trouver une correspondance à une des thématiques, ce qui fait intervenir une interprétation de notre part ou bien si nous devons faire une nouvelle catégorie avec des données émergentes. Par exemple le contexte de crise sanitaire dans lequel nous vivons depuis plusieurs mois est ressorti dans les propos de P1 et P2 pour qui leur pratique a été

chamboulée avec une fin de la dernière saison prématurée, moins de pratique et une organisation de cette saison difficile. Le contexte environnemental ne prend donc pas uniquement en compte l'environnement direct de la patiente comme son équipe, son cadre vie, son entourage etc. Il doit aussi être vu à plus grande échelle comme la crise sanitaire qui a des répercussions sur toutes les activités de la vie quotidienne, professionnelles et sur certains FBPS comme les émotions, le stress. La lecture des résultats a donc été plus complexe que ce nous pensions mais cela relève notamment de notre thématique des sciences humaines qui est un domaine sujet à la subjectivité.

A travers ces résultats nous retrouvons ce que dit Haslam et al. dans la littérature (33,34), à savoir que séparer les trois grands domaines des FBPS serait une erreur. Nous ne pouvons pas les considérer les uns à côté des autres. En effet, si nous avons eu des difficultés à trier les propos des patientes et à les classer c'est bien parce que les trois domaines interagissent en permanence entre eux. Les FBPS sont constamment en mouvances et s'influencent les uns les autres. On ne retrouve pas un point de départ et un point d'arrivé avec une progression linéaire que ce soit en terme de facteurs liés à l'évaluation cognitive, aux réactions émotionnelles ou comportementales, pendant la rééducation.

Tout au long de ce travail de recherche nous avons poursuivi une veille littéraire. C'est ainsi que nous avons trouvé un article paru en janvier 2021 qui s'intéresse aux FBPS pendant la rééducation de patient opérés d'un LCA (68). Afin de recueillir les FBPS leur méthode a été de transmettre un questionnaire. Une liste de facteurs leurs sont présentés. Il n'y a pas de réelle réponse libre du patient donc on ne peut pas réellement parler d'un avis totalement libre mais ils se sont basés sur la littérature pour identifier des facteurs impactant la rééducation positivement ou négativement. Les résultats obtenus mettent en avant la peur de se blesser comme un des facteurs impactant le plus négativement la rééducation. En ce qui concerne les facteurs influençant positivement la rééducation nous retrouvons une bonne relation avec le MK, une évaluation des progrès fonctionnels, le soutien social, la fixation d'objectifs. Ces résultats sont relativement corrélés aux éléments que notre recherche a mis en avant par les entretiens auprès des patientes.

7. Conclusion

La rééducation après chirurgie pour reconstruction du LCA oblige les handballeuses d'élite à mettre entre parenthèse leur carrière. La littérature met en avant l'importance de la prise en compte des FBPS dans le risque de blessure et dans le retour au sport. Un des enjeux principaux est donc de savoir repérer et identifier les FBPS pour permettre au MK d'optimiser la rééducation et faciliter la reprise de la pratique, donc de leur carrière. Cependant, il manque de littérature concernant le recueil du vécu des patientes durant la rééducation. Ce travail a donc permis d'ouvrir la voie pour savoir explorer le vécu de la blessure et de la rééducation des patientes handballeuses d'élite, par des entretiens semi-directifs. Quatre résultats en ressortent. Le premier élément mis en évidence concerne l'expression personnelle du vécu de la rééducation. Chaque patiente utilise un vocabulaire personnel pour s'exprimer. Un second élément que nous n'avions pas appréhendé est l'aspect positif de la blessure dans la carrière des patientes. En effet, elles réussissent à prendre de la distance et à trouver des éléments bénéfiques à cette pause inattendue. Troisièmement, leur discours a mis en évidence différentes étapes qui composent le parcours de rééducation, corrélées avec l'évolution des différents FBPS. Dernièrement, d'après les résultats de cette étude, pour obtenir une bonne rééducation, les patientes accordent une importance, à la confiance accordée au MK, au soutien social et à la capacité de visualiser leur progression. Le MK doit être attentif et tenir compte de l'ensemble de ces éléments dans la prise en charge afin d'avoir une rééducation la plus optimale possible dans le but de favoriser la meilleure reprise sportive possible.

Des limites ont été retrouvées dans la réalisation de cette étude. La méthodologie qualitative par entretien semi-directif pourrait apporter une part de subjectivité aux résultats de l'étude. De plus, les FBPS sont nombreux et ne peuvent pas être tous appréhendés dans les entretiens. Nous abordons ainsi les FBPS sous un certain angle, en fonction de la littérature et de l'émergence du discours des patientes. Cela associé à la population précise que nous étudions, nous ne pouvons pas généraliser nos résultats à grande échelle. De futures recherches concernant le point de vue des MK permettraient d'identifier leurs connaissances sur les FBPS et d'en savoir plus sur leurs pratiques à ce sujet. Ces éléments permettraient d'objectiver des similitudes ou des différences entre le vécu des patients et les actions mises en place par les MK.

Références bibliographiques

1. May, J R and Sieb, G E. Athletic injuries: Psychosocial factors in the onset, sequelae, rehabilitation and prevention. Sport Psychology. PMA Publishing. mai 1987;
2. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute - Légifrance [Internet]. [cité 27 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031127778/2020-09-27/?fbclid=IwAR2aBkJi2Q7BkERWbPCivBA-h65AugHOphKSIXI88VXafzBy_imVZ_sOY9Y
3. Ministère chargé des Sports [Internet]. [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sport-performance/sport-de-haut-niveau/Le-sport-de-haut-niveau-c-est-quoi>
4. Article L221-1 - Code du sport - Légifrance [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031548837/2015-11-29
5. Légifrance - Le service public de la diffusion du droit [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
6. Article R221-1-1 - Code du sport - Légifrance [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033170800/2016-12-01
7. Bloom B. Developing Talent in Young People. BoD – Books on Demand; 1985. 574 p.
8. Côté J. The Influence of the Family in the Development of Talent in Sport. *The Sport Psychologist*. déc 1999;13(4):395-417.
9. Wylleman P, Alfermann D, Lavalley D. Career transitions in sport. *Psychology of Sport and Exercise*. janv 2004;5(1):3-5.
10. Cox RH. *Psychologie du sport*. Bruxelles: De Boeck; 2013.
11. Ruffer, W.A. Personality traits of athletes. *The physical educator*. 1976b;(33):211-4.
12. Ruffer, W.A. Personality traits of athletes. *The physical educator*. 1975;(32):105-9.
13. Kalat JW. Introduction to psychology [Internet]. Pacific Grove [Calif.: Brooks/Cole : Wadsworth; 1999 [cité 4 nov 2020]. Disponible sur: <http://books.google.com/books?id=ODNaAAAAAYAAJ>
14. Kalat JW. Introduction to psychology. 5th ed. Pacific Grove [Calif.]: Brooks/Cole : Wadsworth; 1999. 1 p.
15. Blackwell, B., & McCullagh, P. The relationship of athletic injury to life stress, competitive anxiety and coping resources. *Athletic Training*. 1990;25, 23-7.
16. Coddington RD, Troxell JR. The Effect of Emotional Factors on Football Injury Rates — A Pilot Study. *Journal of Human Stress*. déc 1980;6(4):3-5.
17. Gould, D., Udry, E., Bridges, D., & Beck, L. Coping with season-ending injuries. *The Sport Psychologist*. 1997a;11(4), 379.
18. Jean F. Fournier, Fabienne d'Arripe-Longueville, Philippe Fleurance, Amélie, Soulard, Fournier. La blessure chez les athlètes de haut niveau français : étude des stratégies d'adaptation psychologique et perspectives d'intervention. :71.
19. Laver L, Myklebust G. Handball Injuries: Epidemiology and Injury Characterization. In: Doral MN, Karlsson J, éditeurs. *Sports Injuries* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2014 [cité 18 mars 2021]. p. 1-27. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-36801-1_287-1
20. Prodromos CC, Han Y, Rogowski J, Joyce B, Shi K. A Meta-analysis of the Incidence of Anterior Cruciate Ligament Tears as a Function of Gender, Sport, and a Knee Injury–Reduction Regimen. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*. déc

2007;23(12):1320-1325.e6.

21. Michaelidis M, Koumantakis GA. Effects of knee injury primary prevention programs on anterior cruciate ligament injury rates in female athletes in different sports: A systematic review. *Physical Therapy in Sport*. août 2014;15(3):200-10.
22. Renstrom P, Ljungqvist A, Arendt E, Beynon B, Fukubayashi T, Garrett W, et al. Non-contact ACL injuries in female athletes: an International Olympic Committee current concepts statement. *British Journal of Sports Medicine*. 7 avr 2008;42(6):394-412.
23. Steffen K, Nilstad A, Krosshaug T, Pasanen K, Killingmo A, Bahr R. No association between static and dynamic postural control and ACL injury risk among female elite handball and football players: a prospective study of 838 players. *Br J Sports Med*. févr 2017;51(4):253-9.
24. HAS. Prise en charge thérapeutique des lésions méniscales et des lésions isolées du ligament croisé antérieur du genou chez l'adulte. 2008.
25. HAS. Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou. 2008.
26. Aynsley M. Smith, RN, MA, Eric K. Milliner, MD. Injured Athletes and the Risk of Suicide. *Journal of Athletic Training*. 1994;P.337-341.
27. Ogilvie, B. C., & Taylor, J. Career termination issues among elite athletes. *Handbook of research on sport psychology*. In R. N. Singer, M. Murphey, L. K. Tennant (Eds.), (New York: Macmillan. 1993;761-75.
28. Wylleman P, Alfermann D, Lavallee D. Career transitions in sport: European perspectives. *Psychology of Sport and Exercise*. janv 2004;5(1):7-20.
29. Appaneal RN, Perna FM, Larkin KT. Psychophysiological Response to Severe Sport Injury Among Competitive Male Athletes: A Preliminary Investigation. *Journal of Clinical Sport Psychology*. mars 2007;1(1):68-88.
30. Ardern CL, Taylor NF, Feller JA, Webster KE. Fifty-five per cent return to competitive sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery: an updated systematic review and meta-analysis including aspects of physical functioning and contextual factors. *Br J Sports Med*. nov 2014;48(21):1543-52.
31. Siksou M. Georges Libman Engel (1913-1999): Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *Le Journal des psychologues*. 2008;260(7):52.
32. Engel GL. Clinical Application of the Biopsychosocial Model [Internet]. Vol. 1. Oxford University Press; 2017 [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: <http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780190628871.001.0001/med-9780190628871-chapter-2>
33. Haslam SA, Haslam C, Jetten J, Cruwys T, Bentley S. Group life shapes the psychology and biology of health: The case for a sociopsychobio model. *Soc Personal Psychol Compass* [Internet]. août 2019 [cité 10 févr 2021];13(8). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/spc3.12490>
34. Mescouto K, Olson RE, Hodges PW, Setchell J. A critical review of the biopsychosocial model of low back pain care: time for a new approach? *Disability and Rehabilitation*. 7 déc 2020;1-15.
35. Junge A. The Influence of Psychological Factors on Sports Injuries. *Am J Sports Med*. sept 2000;28(5_suppl):10-5.
36. Flint FA. Integrating sport psychology and sports medicine in research: The dilemmas. *Journal of Applied Sport Psychology*. mars 1998;10(1):83-102.
37. Deroche T, Stephan Y, Lecocq G, Le Scanff C. Les déterminants psychologiques de la blessure physique du sportif: une revue de littérature. *Psychologie Française*. déc 2007;52(4):389-402.
38. Wiese-bjornstal DM, Smith AM, Shaffer SM, Morrey MA. An integrated model of

- response to sport injury: Psychological and sociological dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology*. mars 1998;10(1):46-69.
39. Kübler-Ross, E. On death and dying. In: Macmillan. New-York; 1969.
 40. Rotella, R. J. Psychological care of the injured Athlete. In: *The injured athlete*. D. N. Kulund. Philadelphia: Lippincott; 1982. p. 213-24.
 41. Brewer, B. W. Psychology of sport injury rehabilitation. In G. Tenenbaum & R. C. Eklund (Eds.), *Handbook of sport psychology*. In: Hoboken, N.J.: Wiley. 2007. p. 404-24.
 42. Appaneal RN, Levine BR, Perna FM, Roh JL. Measuring Postinjury Depression among Male and Female Competitive Athletes. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. févr 2009;31(1):60-76.
 43. Mankad A, Gordon S, Wallman K. Perceptions of Emotional Climate Among Injured Athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*. mars 2009;3(1):1-14.
 44. Gallagher BV, Gardner FL. An Examination of the Relationship between Early Maladaptive Schemas, Coping, and Emotional Response to Athletic Injury. *Journal of Clinical Sport Psychology*. mars 2007;1(1):47-67.
 45. Hsu C-J, Meierbachtol A, George SZ, Chmielewski TL. Fear of Reinjury in Athletes: Implications for Rehabilitation. *Sports Health*. mars 2017;9(2):162-7.
 46. Noyes FR, Barber-Westin S, éditeurs. *Return to Sport after ACL Reconstruction and Other Knee Operations: Limiting the Risk of Reinjury and Maximizing Athletic Performance* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019 [cité 8 janv 2021]. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-22361-8>
 47. Kvist J, Ek A, Sporrstedt K, Good L. Fear of re-injury: a hindrance for returning to sports after anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. juill 2005;13(5):393-7.
 48. Brewer BW, Van Raalte JL, Petitpas AJ, Sklar JH, Pohlman MH, Krushell RJ, et al. Preliminary psychometric evaluation of a measure of adherence to clinic-based sport injury rehabilitation. *Physical Therapy in Sport*. août 2000;1(3):68-74.
 49. Sonesson S, Kvist J, Ardern C, Österberg A, Silbernagel KG. Psychological factors are important to return to pre-injury sport activity after anterior cruciate ligament reconstruction: expect and motivate to satisfy. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. mai 2017;25(5):1375-84.
 50. Brewer BW. Adherence to sport injury rehabilitation programs. *Journal of Applied Sport Psychology*. mars 1998;10(1):70-82.
 51. Covassin T, Beidler E, Ostrowski J, Wallace J. Psychosocial Aspects of Rehabilitation in Sports. *Clinics in Sports Medicine*. avr 2015;34(2):199-212.
 52. Truong LK, Mosewich AD, Holt CJ, Le CY, Miciak M, Whittaker JL. Psychological, social and contextual factors across recovery stages following a sport-related knee injury: a scoping review. *Br J Sports Med*. oct 2020;54(19):1149-56.
 53. Duthon, V. B., Messerli, G., & Menetrey, J. Reconstruction du ligament croisé antérieur : indications et techniques. *evue Médicale Suisse*. 2008;2744-8.
 54. Ardern CL, Webster KE, Taylor NF, Feller JA. 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*. 1 juin 2011;45(7):596-606.
 55. Lee DYH, Karim SA, Chang HC. Return to sports after anterior cruciate ligament reconstruction - a review of patients with minimum 5-year follow-up. *Ann Acad Med Singap*. avr 2008;37(4):273-8.
 56. Chapiro F. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gérontologie et société*. 2001;24 / n° 99(4):37.
 57. Ardern CL. Anterior Cruciate Ligament Reconstruction—Not Exactly a One-Way

- Ticket Back to the Preinjury Level: A Review of Contextual Factors Affecting Return to Sport After Surgery. *Sports Health*. mai 2015;7(3):224-30.
58. Ribau C, Lasry J-C, Bouchard L, Moutel G, Hervé C, Marc-Vergnes J-P. La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. *Recherche en soins infirmiers*. 2005;N° 81(2):21.
59. J.-C. Combessie. La méthode en sociologie, *La Découverte*. In: *La Découverte*. 2007. (Repères).
60. Gatto F, Ravestein J. *Le mémoire: penser, écrire, soutenir, réussir*. Montpellier: Sauramps médical; 2008.
61. Blanchet A, Gotman A. *L'enquête et ses méthodes - L'entretien*. In: Armand Colin. Paris; 2017.
62. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. In 2015.
63. Demoncey A. *La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien*. *Kinésithérapie, la Revue*. déc 2016;16(180):32-7.
64. Bardin L. *L'analyse de contenu* [Internet]. Presses Universitaires de France; 2013 [cité 19 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906.htm>
65. Kohn L, Christiaens W. *Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique*. 2014;LIII(4):67.
66. Sauvayre R. *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales* [Internet]. Dunod; 2013 [cité 19 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/les-methodes-de-l-entretien-en-sciences-sociales--9782100579709.htm>
67. Wiese-bjornstal DM, Smith AM, Shaffer SM, Morrey MA. An integrated model of response to sport injury: Psychological and sociological dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology*. mars 1998;10(1):46-69.
68. Walker A, Hing W, Lorimer A, Rathbone E. *Rehabilitation characteristics and patient barriers to and facilitators of ACL reconstruction rehabilitation: A cross-sectional survey*. *Physical Therapy in Sport*. mars 2021;48:169-76.

Table des annexes :

- Annexe 1 : Guide d'entretien
- Annexe 2 : Grille d'analyse des entretiens

Annexe 1 : Guide d'entretien

Questions au patient	Réponses attendues (cocher si répondu)	Hypothèses en lien
<p>Q1 : Comment avez-vous vécu cet évènement sur le moment de la blessure ? Quelles ont été vos pensées ? Comment avez-vous interprété cet évènement soudain ? Et par la suite ?</p> <p>Q2 : Qu'est ce qui est le plus difficile à vivre pour vous depuis la blessure ? Relance : Je veux dire, quelles conséquences entraînées par la blessure ont été/sont difficiles à vivre ?</p> <p>Q3 : Cela a-t-il modifié l'image que vous</p>	<p>La sphère cognitive : l'entourage social, familial, l'équipe, les stratégies d'adaptation, l'image de soi, le taux de récupération perçue, l'ajustement des objectifs. Ces éléments qui influent sur la sphère émotionnelle et les comportements du patient. C'est <u>l'interprétation des conséquences de la blessure.</u></p> <p>Q1 : Sensation de perte, de soulagement : moins de pression, temps de « pause » bienvenu dans la carrière ? ou au contraire « stress » car moment de carrière important ?</p> <p>Q2 : Attentes : être en dehors du groupe, ne plus pratiquer, ne pas être autonome, etc.</p> <p>Q3 : Oui, image corporelle modifiée, corps qui trahit le patient, corps moins fort, moins de capacité physique, moins de confiance dans son corps.</p> <p>Ou bien non, pas de changement de l'image corporelle,</p>	<p><u>Hypothèse 1</u> : La patiente utilise ses propres mots pour parler des FBPS.</p> <p><u>Hypothèse 2</u> : La patiente a eu des pensées négatives lors de la blessure, cette pause est inattendue et/ou mal vécue dans sa carrière et entraîne l'apparition de peurs.</p> <p><u>Hypothèse 3</u> : La patiente vit mal les conséquences entraînées par la blessure ; être hors du groupe et/ou ne plus pratiquer son sport et/ou ne plus utiliser son corps.</p> <p><u>Hypothèse 4</u> : les pensées, états émotionnels et comportements sont</p>

<p>portez sur votre corps, votre santé, votre capacité physique ? De quelle façon ?</p> <p>Q4 : Comment percevez-vous la suite de votre rééducation, le retour à votre pratique ?</p> <p>Q5 : Comment considérez-vous cet évènement au sein de votre vie et de votre carrière ?</p>	<p>adaptation du patient à l'évènement traumatique, conscience d'un corps qui peut se blesser et retrouver des capacités physiques antérieures après rééducation pour une reprise d'activité.</p> <p>Q4 : Soit un retour avec hâte, plaisir, envie de retrouver le groupe, la compétition. Soit un retour avec anxiété, peur de ne pas être à la hauteur, peur d'une nouvelle blessure, moins de confiance en son corps.</p> <p>Q5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comme une pause bienvenue. Pause dans le stress d'une saison pour mieux revenir. - Comme un frein, un arrêt forcé. Difficulté à être hors du groupe, peur de ne pas revenir au niveau, peur d'une nouvelle blessure, peur d'être mis à l'écart du groupe. - Comme un passage obligé dans une carrière de sportif professionnel. 	<p>fluctuants entre le moment de la blessure et tout au long de la rééducation.</p> <p><u>Hypothèse 5</u> : Le patient ressent des émotions de plus en plus positives, au fur et à mesure de l'avancée de la rééducation.</p> <p><u>Hypothèse 6</u> : Par son habitude à travailler durement physiquement, la patiente adhère facilement à la rééducation et reste motivée tout au long de celle-ci.</p> <p><u>Hypothèse 7</u> : Le soutien social et la progression impactent positivement la motivation de la patiente dans la rééducation.</p>
<p>Q6 : Comment vous sentez-vous depuis le début de votre rééducation ?</p>	<p><u>La sphère émotionnelle</u> : toutes les émotions ressenties.</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Etes-vous passée par différents états émotionnels ? tristesse, déception, découragement, excitation, motivation, etc. ? - Si oui, lesquels et à quels moments ? <p>Q7 : Quels éléments vous permettent d'être positive ou négative pendant les séances de rééducation ? Qu'est-ce qui peut influencer votre état émotionnel, votre motivation sur la rééducation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que votre blessure et la rééducation ont influencé/amené des changements dans votre vie quotidienne ? Si oui, de quelle façon ? <p>Autonomie, humeur, social, familial, par rapport à l'équipe, le travail</p>		
<p>Q8 : Qu'est ce qui va influencer votre</p>	<p><u>La sphère comportementale</u> : correspond à l'adhésion au traitement. Se traduit par l'implication dans la rééducation, l'effort produit, la motivation, induits par le soutien social, les résultats de la rééducation.</p> <p>Q8 : Attentes. Si les efforts produits amènent une</p>	

<p>motivation pendant la rééducation ?</p>	<p>progression, le patient augmente sa motivation donc son adhésion à la rééducation.</p>	
<p>Q9 : Pensez-vous avoir besoin de soutien ? Si oui, quel soutien avez-vous, quel soutien aimeriez-vous avoir ?</p>	<p>Q9 : Famille, amis, du groupe, coach, de l'équipe médicale et paramédicale.</p>	

Questions	Réponses	Hypothèses
<p>Q10 : Qu'est-ce qu'une « bonne » rééducation selon vous ? une rééducation qui se passe bien ?</p>	<p>Q10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration physique - A terme, retrouver son niveau sportif d'avant blessure - A terme, réintégrer le groupe - Avoir un soutien familial, de l'équipe médicale/paramédicale, et de l'équipe/coach - Pas de complication physique 	<p><u>Hypothèse 8</u> : La patiente pense que son contexte environnemental social, ses émotions, sa sphère privée, n'ont pas de lien avec la réussite de la rééducation, elle n'en parle donc pas nécessairement au MK.</p> <p><u>Hypothèse 9</u> : La patiente n'a pas conscience que certains aspects de sa vie, son ressenti, ses émotions, peuvent aider le MK à adapter la rééducation dans le but de l'optimiser.</p>
<p>Q11 : Quelles informations sont importantes pour vous à transmettre au MK ? Sur votre état émotionnel, votre vie en dehors de la rééducation ?</p>	<p>Q11 :</p> <p>Les éléments stressants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stress lié à une récupération qui semble insuffisante/trop lente 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Stress de ne pas pouvoir réintégrer le groupe - Stress d'être mis à l'écart par les coachs <p>L'état de forme : fatigue physique liée à la rééducation ou autre. Ou bien bonne forme. L'état de motivation.</p>	
--	--	--

Questions	Réponses	Hypothèses
<p>Q12 : Pensez-vous que le MK doit s'intéresser à votre sphère privée ? Si oui, à quels aspects de votre vie devrait-il s'intéresser ? Si non, pourquoi ?</p> <p>Q13 : Selon vous, quel rôle à le MK dans la rééducation jusqu'au retour à votre pratique sportive ?</p> <p>Q14 : Pensez-vous que le MK vous pose toutes les questions nécessaires pour que votre rééducation se passe bien ?</p>	<p>Intérêt des patients pour que le MK s'intéresse au vécu de leur blessure et les répercussions dans leur vie privée, intime, relationnelle, émotionnelle, travail, etc.</p> <p>Rôle du MK selon le patient</p>	

Annexe 2 : Grille d'Analyse des entretiens

	P1	P2	P3
Les pensées / le ressenti			
Sphère cognitive			
Sphère émotionnelle			
Sphère comportementale			
Informations que le patient transmet au MK			
Définition d'une « bonne » rééducation			
Avis du patient sur les rôles du MK dans la rééducation			
Thématique nouvelle			