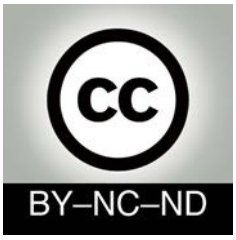
http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

DEPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2022-2023

Au-delà du terrain : Le rôle du réengagement occupationnel dans la reconstruction de l'identité chez les joueurs de rugby devenus tétraplégiques

La réinsertion occupationnelle d'un athlète professionnel suite à un accident sportif.

Soutenu par : Victor LAGIER

11804764

Tuteur de mémoire : Laurent FIDRY

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Université Claude Bernard Lyon 1

Président
FLEURY Frédéric
Président du Conseil Académique
BEN HADID Hamda
Vice-président CA
REVEL Didier
Vice-président CFVU
BROCHIER Céline

Directeur Général des Services
ROLLAND Pierre

Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyenne **Pr. RODE Gilles**

U.F.R de Médecine et de maïeutique - Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyen **Pr. PAPAREL Philippe**

Comité de Coordination des Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Présidente **Pr. BURILLON Carole**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. MAURIN Jean-Christophe**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques
Directeur **Pr. DUSSART Claude**

Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Pr. LUAUTE Jacques**

Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences
ANDRIOLETTI Bruno

U.F.R. Biosciences
GIESELER Kathrin

U.F.R. de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (S.T.A.P.S.)
Directeur **BODET Guillaume**

Institut des Sciences Financières et d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **LEBOISNE Nicolas**

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **GUIDERDONI Bruno**

Institut National Supérieure du Professorat et de l'Education (I.N.S.P.E.)
Administrateur provisoire
Pierre CHAREYRON

POLYTECH LYON
Directeur **PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)
Directeur **MASSENZIO Michel**

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION

Directeur ISTR : **Pr. LUAUTE Jacques**

DÉPARTEMENT / FORMATION ERGOTHERAPIE

Directeur du département

LIONNARD-RETY Sabine

Coordinateurs pédagogiques

BODIN Jean-François

FEBVRE Marine

IBANEZ Amandine

LIONNARD-RETY Sabine

Responsables des stages

LIONNARD-RETY Sabine et IBANEZ Amandine

Responsable des mémoires

IBANEZ Amandine

Secrétariat de scolarité

PASSE Cindy

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Laurent Fidry, mon tuteur de mémoire, pour sa grande disponibilité durant l'accompagnement de ce travail et pour avoir nourri ma réflexion.

À tous les professionnels qui ont accepté de prendre le temps de partager leurs expériences, merci pour la richesse de nos échanges.

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique et mes tuteurs de stage qui m'ont accompagné pendant ces trois dernières années, pour leur partage de savoirs.

Merci à toute la promotion 2019-2022 pour sa belle énergie et sa bienveillance. Et tout particulièrement un grand merci à Ottilie qui m'a supporter toutes ces années, à Arthur, Laurent et à Isaure pour sa capacité à avoir toujours le bon mot pour rebouster.

Merci à ma famille, mon père et mon frère pour leur soutien sans faille.

Merci à mes amis qui m'accompagnent, me réconfortent, m'aident constamment.

Merci à mes collègues du restaurant où je travail, qui m'ont toujours redonné le sourire, qui m'aide et qui m'ont allégé mon emploi du temps dans les derniers mois de rédaction.

Merci à Marie Charlotte pour son aide dans ma relecture

© Université Claude Bernard Lyon1 - ISTR - Ergothérapie.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Table des matières

TABLE DES ILLUSTRATIONS **3**

GLOSSAIRE **4**

PREAMBULE **5**

INTRODUCTION **7**

I. PARTIE THEORIQUE **9**

1.1 L'ACCIDENTOLOGIE DANS LA PRATIQUE DU RUGBY, LA TETRAPLEGIE 9
1.1.1 Traumatologie du rachis et Blessés médullaire dans le rugby. *9*
1.1.2 Facteurs de risques d'accidents médullaires graves dans la pratique du rugby. *12*
1.1.3 Adaptation des règles visant une amélioration de la sécurité du joueur. *13*
1.2 EN SITUATION DE TETRAPLEGIE ET JOUEUR DE RUGBY PROFESSIONNEL 15
1.2.1 Processus rééducationnel de la personne atteinte de tétraplégie *15*
1.2.1.1Distinction entre la prise en charge d'un athlète tétraplégique et d'une personne ordinaire tétraplégique en ergothérapie. 15
1.2.2 Un soutien communautaire *17*
1.2.2.1 Création de la Fondation Albert Ferrasse 17
1.2.2.2 Statut professionnel et indemnisations 17
1.2.3 Interruption définitive d'une carrière sportive *18*
1.2.3.1 Perte de la subjectivité, du « moi » 18
1.2.3.2 Une transition occupationnelle à long terme et à hauts risques psychologiques. 19
1.2.4 Une crise identitaire *21*
1.2.4.1 Une identité athlétique restrictive 21
1.3 TETRAPLEGIE ET PRISE EN CHARGE EN ERGOTHERAPIE 22
1.3.1 Un processus rééducationnel ergothérapique validé, établi et prouvé *22*
1.3.2 Le Modèle de l'occupation Humaine *23*
1.3.2.1 Etre 24
1.3.2.2 Agir 24
1.3.2.3 L'environnement 25
1.3.2.4 Le devenir 25
1.4 L'OCCUPATION, UN POUVOIR SALVATEUR 26
1.4.1 Redéfinition des rôles perdus 26
1.4.2 Prise en charge ergothérapique à long terme 27

II. PROBLEMATISATION **28**

III. PARTIE METHODOLOGIE **29**

3.1 OBJECTIF ET TYPE DE RECHERCHE 29
3.2 CHOIX DE LA POPULATION 29
3.3 RECHERCHE DES INTERVENANTS 30
3.4 CHOIX ET CONSTRUCTIONS DE L'OUTIL 31
3.5 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES 31
3.6 ASPECT ÉTHIQUE 32
3.7 LES CONTRAINTES ET LES LIMITES DES ENTRETIENS 32

IV. RESULTATS ET ANALYSES **33**

4.1. PRESENTATION DES PARTICPANTS 33
4.2 CONTEXTE DE LA SITUATION D'ENQUETE 33
4.3 PRESENTATION THEMATIQUE DES RESULTATS 34
4.3.1 L'Ergothérapie dans l'accompagnement de la tétraplégie *34*
4.3.1.1 Les Objectifs à court et moyen terme 34
4.3.1.2 Un projet de soin dans un projet de vie propre à la personne 35
4.3.2 La prise en charge spécifique en ergothérapie de l'athlète de haut niveau *36*
4.3.2.1 prise en charge et impact psychologique après l'accident 36
4.3.2.2 Similitudes et divergences dans la prise en charge d'une tétraplégie en ergothérapie ; entre un athlète et une personne ordinaire. 37
4.3.3 Le retour à domicile *38*

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

4.3.3.1 Rythme et mode de vie à domicile d'une personne en situation de tétraplégie. 38
4.3.3.2 Impact du retour à domicile sur le maintien occupationnel 38
4.3.3.3 Réussite d'un projet de vie à domicile 39
4.3.4 La prise en charge à long terme des personnes atteintes de tétraplégie, y compris les athlètes de haut niveau, en ergothérapie 40
4.3.4.1 Les modèles utilisés 40
4.3.4.2 Réussite d'une transition de vie via un suivi axé sur le réengagement occupationnel 40
4.3.4.3 Redéfinition des rôles par l'activité 41

V. DISCUSSION 42

5.1 CONFRONTATIONS DE LA LITTERATURE AVEC LES RESULTATS 42
5.1.1 Un réengagement Occupationnel à court et moyen long terme 42
5.1.2 L'accompagnement spécifique d'un sportif professionnel 43
5.1.3 Une redéfinition des rôles via un accompagnement écologique et occupationnel au long terme 44
5.2 INTERETS ET LIMITES DE L'ETUDE 46
5.3 QUESTION DE RECHERCHE ET SUGGESTION POUR LA SUITE DE L'ETUDE 47

CONCLUSION 49

BIBLIOGRAPHIE 51

ANNEXES I

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Table des illustrations

Figure 1 : Titre : : Incidence des blessés médullaires en France entre 1995–1996 et 2005–2006 ……10

Figure 2 : Titre : Modèle du MOH ……27

Figure 3 : Tableau de présentation des intervenants……35

Figure 4 : Tableau de présentation de la durée et de la méthode de la situation d'enquête.....35

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Glossaire

LNR : Ligue Nationale de Rugby

FFR : Fédération Française de Rugby

GMF : Garantie Mutuelle des Fonctionnaires

SSR : Soins de Suites et de Réadaptation

Activité signifiante : Une activité ayant du sens, une importance pour la personne qui va la réaliser

Activité significative : le sens social attribué à l'activité par l'entourage de l'individu.

Activité de vie quotidienne (AVQ) : ce sont les activités réalisées quotidiennement pour prendre soin de soi. Ces activités sont nécessaires à la survie, au bien-être et à la participation sociale

Autonomie et indépendance: l'autonomie est la faculté de choisir sa propre vie alors que l'on définit l'indépendance comme la capacité à réaliser seul les actes de la vie quotidienne.

Performance / Rendement Occupationnel : D'après Fischer, la performance occupationnelle est « ce que fait la personne à ce moment, son comportement observable ». (ANFE & Aurélie GAUTHIER, 2018)**.**

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Préambule

Lors de ma deuxième année d'ergothérapie, j'ai décidé d'orienter le choix de mes stages sur les soins de suite de réadaptations. Lors de mon deuxième stage de deuxième année à l'hôpital Henry Gabriel, je me suis intéressé à la rééducation de personnes devenues tétraplégiques. Le suivi de cette population a fait éclore un thème d'initiation à la recherche qui me permettrait d'allier ma passion, le rugby, et ma future profession l'ergothérapie.

Depuis petit, je suis pris de passion et d'admiration de ce sport qui est le rugby. J'ai joué pendant 15 ans au rugby, au plus haut niveau national de ma catégorie. J'ai eu de nombreuses blessures, plus ou moins graves, qui m'ont contraint de stopper ma pratique pendant quelque temps puis de la reprendre après une rééducation.

Le fait de ne plus pouvoir exercer ce sport pendant une période plus ou moins définie a eu comme conséquence un désengagement occupationnel et social au sein de mon équipe. Généralement, les joueurs blessés sont mis de coté et travaillent majoritairement seuls.

J'aimerai étudier et analyser les conséquences psychologiques, environnementales, occupationnelles que peut avoir un arrêt définitif d'une pratique sportive professionnelle chez un joueur de rugby.

La pratique et la connaissance d'un ergothérapeute sur l'analyse d'un quotidien et sur le maintien occupationnel me semblent pertinentes dans l'étude d'une transition occupationnelle évitant la rupture sociale.

L'alliance entre la sphère sportive professionnelle du rugby à quinze et l'ergothérapie me semblait intéressant à analyser et à étudier. L'évocation de cette alliance nous fait d'abord penser à l'handisport avec la pratique du rugby en fauteuil roulant par des personnes en situation de handicap.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

En tant qu'ancien joueur de rugby de haut niveau dans ma jeunesse, les règles de sécurités visant à se protéger de tout accident nous a longtemps été expliquées. Les différentes phases de jeu du rugby à XV comme les regroupements, les mêlées, les phases de placages sont propices à de possibles et nombreuses blessures.

Je veux travailler, au cours de ce mémoire à l'initiation à la recherche, sur la survenue d'accidents graves comme la tétraplégie sur des joueurs de rugby professionnels et ainsi allier l'ergothérapie à ces apparitions soudaines de situation de handicap.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Introduction

Le rugby est un sport datant du début du XIX ème siècles. Il est à l'origine des pays britanniques et son créateur se nomme William Webb Ellis. Moins d'un siècle plus tard, la fédération française de rugby est créée. Au fil de son évolution, le rugby et la pratique du rugby varient. Cette pratique s'arrête puis reprend notamment durant des périodes historiques marquées par les guerres. Cependant, le rugby a toujours été un sport réputé pour sa brutalité et sa dangerosité. Les premiers recensements des traumatismes sévères, accidents du rachis cervical, subis par les joueurs de rugby naîtront dans les années 1970 par des études réalisées par les pays anglophones. (Bohu, Julia, Bagate, Peyrin, Thoreux, et al., 2008a).

Les premiers joueurs blessés médullaires apparaissent et leur nombre s'accroît au fil des saisons. La prise en charge de ces personnes ainsi que leurs dédommagements engendrent des coûts financiers importants. Au fil des saisons, des joueurs et anciens joueurs prennent connaissance des possibles risques liés à leur sport. La prise de conscience de l'ensemble des structures dirigeantes, nationales et internationales, a permis de baisser significativement le nombre de grands blessés du rugby. Depuis environ 25 ans, la pratique du rugby est basée sur la prévention des risques et sur la sécurité des joueurs via la constante adaptation des règles de jeu.

Le nombre d'accidents et de blessés a certes diminué mais il est encore trop important pour être accepté dans le monde de l'ovalie. Ces joueurs professionnels devenus invalides suite à leurs traumatismes se voient privés de la principale occupation qui rythmait leur existence, leur pratique sportive. (Brewer & Petitpas, 2017).

L'émergence des études recherchant l'intérêt d'une continuité occupationnelle dans le maintien d'un bien-être et d'une qualité de vie acceptable par la personne, montre l'intérêt d'une prise en charge favorisant l'occupation. L'attention portée sur l'occupation Humaine et sur les périodes de transitions a permis de comprendre la multitude des origines des

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

problèmes occupationnels, d'un être humain au cours de sa vie. (Kielhofner & Forsyth, 1997; Parkinson et al., 2017).

Les périodes de transitions de vie impactent les rôles sociaux, les rôles familiaux, les rôles profesionnels et ont une incidence sur l'identité propre de l'individu. Chez les athlètes de haut niveau, leur identité personnelle est conditionnée par leur pratique sportive et par l'importance qu'il porte à leur sport. (Brewer & Petitpas, 2017). Une blessure ou un arrêt soudain de carrière chez ces mêmes athlètes a un impact sur leurs occupations, leurs environnements et ainsi que sur leur propre personne.

Chez les rugbymans professionnels est-ce le même impact ? Quels sont les réengagements occupationnels que peut avoir un rugbyman à la suite d'un arrêt soudain ? Comment un ergothérapeute, avec son expertise sur les occupations humaines, peut l'aider ? À quel moment l'ergothérapeute intervient dans le processus de transition occupationnelle et comment elle se met en place ? Quelles sont les conséquences sur l'individu et sur ces rôles ?

L'ensemble de ces questions a permis de dégager une problématique de départ et d'étudier au long de cette initiation à la recherche en ergothérapie, **L'influence de l'ergothérapie dans le réengagement occupationnel chez le joueur professionnel de rugby à XV devenu tétraplégique à la suite d'un accident sportif.**

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

I. Partie Théorique

Le rugby est arrivé en France en 1872 avec la création du premier club de rugby, au Havre. En 1890, le rugby est adopté par l'Union des sociétés françaises des sports athlétiques. C'est en 1906 qu'aura lieu le premier match international de l'équipe de France. (*Le rugby*, s. d.).

La FFR, Fédération Française de Rugby, a été créée le 13 mai 1919, elle est responsable de développer et d'organiser le rugby à XV en France. Le rugby dans l'hexagone comptabilise 3278 arbitres, 1 centre national à Marcoussis. Il existe 1910 clubs de rugby regroupés en 94 comités départementaux qui sont eux même regroupés en 13 ligues régionales. En France, le rugby est un sport qui recense environ 265 035 licenciés. (*Présentation de la Fédération*, s. d.)(*Le nombre de licenciés de retour à la FFR, les femmes en nette hausse*, s. d.).

La LNR, Ligue Nationale de Rugby, a été créée en 1998. Elle a pour objectif de gérer le secteur professionnel du rugby. Ce secteur se compose du Top 14, Pro D2 et enfin le secteur international. La LNR est une délégation du ministère de la jeunesse et des sports et de la FFR. (Rugby, s. d.).

1.1 L'accidentologie dans la pratique du rugby, la tétraplégie

1.1.1 Traumatologie du rachis et Blessés médullaire dans le rugby.

Les traumatismes du rachis chez le rugbyman sont les moins fréquents, mais ils constituent les blessures qui engendrent généralement une grande invalidité. (Kaux et al., 2014). L'accidentologie du rugbyman varie et évolue en symbiose avec l'évolution de la pratique de ce sport.

L'invalidité et la gravité de la blessure dépendent principalement du niveau d'atteinte de la blessure et donc de la partie du rachis qui est touchée. Les lésions du rachis représentent environ 5% des traumatismes du rugbyman (Bohu, Julia, Bagate, Peyrin, Thoreux, et al.,

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

2008b). Le rachis cervical est la partie du rachis la plus vulnérable, c'est la région du rachis nous permettant d'entreprendre de nombreux mouvements. Selon Bernard Dusfour, médecin généraliste et ancien président de la commission médicale à la ligue nationale de rugby, la plupart des grands blessés de rugby professionnels sont la conséquence d'une faiblesse musculaire.(Moggio & Fabioux, 2020).

Les traumatismes du rachis sont classés en deux catégories, les traumatismes aigus avec une atteinte tétraplégique ou bien une succession de micro-traumatismes qui généreront une dégénérescence arthrosique plus tard (Bohu, Julia, Bagate, Peyrin, Thoreux, et al., 2008b). Gérénalement, au cours d'une saison, le rugby français dénombre 2 à 3 accidents médullaires graves avec des séquelles fonctionnelles sévères, depuis les années 2000, grâce à la mise en place de certaines mesures de prévention, le nombre de blessés diminue. (cf partie sur les adaptations des règles du rugby).

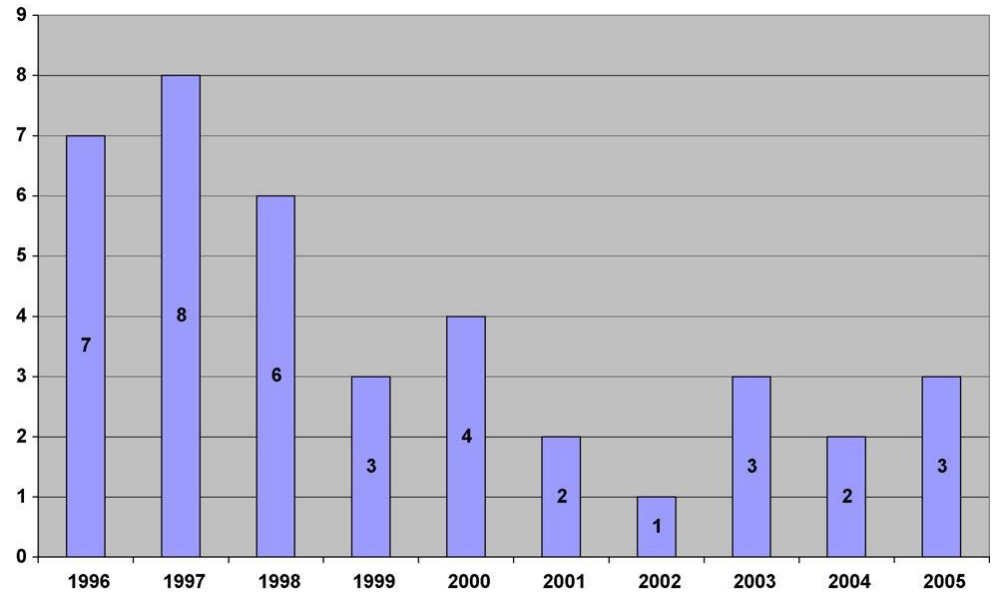


Schéma 1 : Titre : Incidence des blessés médullaires en France entre 1995–1996 et 2005–2006 (Bohu, Julia, Bagate, Peyrin, Thoreux, et al., 2008b).

Durant la saison 2017-2018 dans la sphère professionnelle, l'incidence des pathologies du rachis représente 10% des 2 300 blessures survenues. (Moggio & Fabioux, 2020). L'ensemble de ces lésions présentaient des signes neurologiques avec des symptômes transitoires ou définitifs, notamment des névralgies, des paraplégies et des tétraplégies.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Parmi ces blessures, 5 patients ont eu une lésion médullaire grave et une personne est décédée durant les soins de réanimations.(Bohu, Julia, Bagate, Peyrin, Colonna, et al., 2008). Les pathologies, en général, et plus précisément celle du rachis sont recueillies via les déclarations d'accident de l'assureur de la FFR. Les traumatimes du rachis sont classifiées en fonction des risques engendrés par le joueur via un examen clinique, un IRM. Le résultat de cet examen va permettre d'établir l'aptitude ou non d'un retour à la compétition du joueur à la suite de son traumatisme. Ce protocole de retour à la compétition fut à l'initiative de la commission médicale de la ligue nationale de rugby, en 2009. Il se base sur l'indice de Torg, risque structurel lié à la pratique du rugby en compétition. (Bernard et al., 2009; Moggio & Fabioux, 2020).

Cette classification est définie par :

- G0 : absence de pathologie
- G1 : existence d'une pathologie mais absence de contre indication à la pratique du rugby en compétition.
- G2 : Contre-indication relative à la pratique du rugby mais possible reprise du joueur avec une connaissance préalable du risque pris.
- G3 : Contre-indication absolue.

Le rugby est un sport qui évolue avec son temps. Il a longtemps été considéré comme un sport réservé aux hommes à cause de la brutalité qu'il peut y avoir durant les différentes phases de jeu. Or, depuis des années, le nombre de licences de rugby féminine est en constante évolution grâce aux résultats prometteurs de l'équipe de France féminine. En France, on comptabilise environ 17 000 licences en 2018, 3 fois pus qu'en 2004.(Philipine, 2018).Cependant, le rugby féminin n'est pas indemne des accidents médullaires graves liés à la pratique du rugby. Le rugby féminin connaît plus de blessures ligamentaires au niveau des genoux et des chevilles. Ceci s'explique d'après Jean-Pierre Guinoiseau, ancien président du comité médical de la fédération française de rugby, par une pratique du rugby basée sur l'évitement et non dans l'affrontement physique. (Moggio & Fabioux, 2020).

À la suite de cette partie dédiée à l'épidémiologie des traumatismes du rachis cervical dans la pratique du rugby. Certains facteurs semblent prépondérants dans la survenue d'une atteinte tétraplégique.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

1.1.2 Facteurs de risques d'accidents médullaires graves dans la pratique du rugby.

Les principales études réalisées sur la survenue d'une tétraplégie à la suite d'un traumatisme en lien avec la pratique du rugby, démontrent qu'en fonction de certains facteurs la prévalence d'une tétraplégie ou d'une blessure médullaire grave varie.

Une étude portant sur 39 blessés médullaires graves chez le rugbyman met en valeur une importante corrélation entre le poste occupé et la survenue d'une tétraplégie. En France, il faut comptabiliser environ 225 000 licenciés. Parmi ces 39 personnes en situation de tétraplégie, 2 joueurs étaient internationaux. Cette étude recense 28 cas de tétraplégie entre 1996 - 2000 et 11 entre 2001 – 2005. (Bohu, Julia, Bagate, Peyrin, Thoreux, et al., 2008a).

Il a été constaté que les postes d'avant sont plus sensibles aux traumatismes cervicaux (Pillard et al., 2010). Ceci peut s'expliquer dû fait que la phase de jeu propice aux accidents de rugby est soit la mêlée générant principalement les blessures les plus graves. Le poste de talonneur, le numéro 2 au rugby, est le poste le plus exposé aux accidents du rachis cervical. (Bohu, Julia, Bagate, Peyrin, Thoreux, et al., 2008a; Pillard et al., 2010).

Le talonneur, lors de la mêlée, reçoit l'impact de 16 joueurs. (Moggio & Fabioux, 2020). Il est le plus exposé car il se situe au centre de cette phase de jeu. Lors de celle-ci, les têtes des joueurs de premières lignes sont en quinconce. Un défaut de positionnement ou un manque de technicité engendre dans la plupart du temps des contraintes de rotations sur le rachis cervical. Elles peuvent être responsables de certaines luxations unies ou bi articulaires du rachis cervical inférieur. (Kaux et al., 2014).

Il existe des contradictions selon les auteurs sur les phases de jeu qui génèrent le plus de blessés. Certains évoquent le placage comme principal pourvoyeur d'accidents dans la pratique du rugby. (*L'épidémiologie des traumatismes liés à la pratique du rugby - Revue de la littérature*, s. d.; Scher, 1991). D'autres articles présentent le moment de la mêlée comme la principale phase de jeu où survient le plus grand nombre de traumatismes. (Bohu, Julia, Bagate, Peyrin, Thoreux, et al., 2008a).

Cette différence peut s'expliquer par le moment où les études ont été réalisées notamment dans des pays différents et à des années différentes. L'absence de concordance

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

entre ces articles peut également être justifiée par le fait que ces études n'étudient pas exactement la même population de rugbyman et ne possèdent pas le même effectif.

Certaines phases de la saison sont opportun aux traumatismes. Cependant une divergence existe aux seins des différentes revues de la littérature sur l'identification de la période la plus favorable à la survenue des lésions. La phase de pré-saison et début de saison serai en symbiose avec une importante apparition de traumatismes aux membres inférieurs chez les joueurs amateurs ou semi-professionnels.(*L'épidémiologie des traumatismes liés à la pratique du rugby - Revue de la littérature*, s. d.). En ce qui concerne les joueurs ayant le statut de professionnel, la période printanière est favorable aux traumatismes liés au rachis cervical.

Contrairement aux idées reçues, la gravité des blessures ne serait pas en lien avec le nombre de matchs joués. Effectivement, ce moment de la saison comprend moins de rencontres. Cette période correspond aux matchs à élimination directe. Ces matchs ont une intensité plus élevée et sont susceptibles d'occasionner de plus graves blessures dans les zones d'affrontements directs. (Kaux et al., 2014; *L'épidémiologie des traumatismes liés à la pratique du rugby - Revue de la littérature*, s. d.).

Les accidents médullaires graves comme la tétraplégie apparaissent majoritairement dans les catégories seniors, plus de 19 ans, (*L'épidémiologie des traumatismes liés à la pratique du rugby - Revue de la littérature*, s. d.), et avec une moyenne d'âge avoisinant les 25-26 ans. (Bohu, Julia, Bagate, Peyrin, Thoreux, et al., 2008a).

Les accidents avec une lésion médullaire occasionnent dans la majorité des cas une incapacité fonctionnelle importante du blessé.

En réponse à l'apparition des traumatismes répétés et aux coûts humains importants qu'ils génèrent. La FFR et la LNR se sont préoccupées d'aménager les règles, d'améliorer la prévention des risques via une meilleure connaissance des incidents par les éducateurs et par une meilleure formation des arbitres.

1.1.3 Adaptation des règles visant une amélioration de la sécurité du joueur.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

La traumatologie chez le joueur de rugby évolue et elle est en lien avec l'évolution de sa pratique. (Bohu, Julia, Bagate, Peyrin, Thoreux, et al., 2008a). Le rugby est classé à la neuvième place des sports les plus dangereux. La popularité de cette pratique sportive a pour conséquence une sur-médiatisation des accidents de ce sport. (Moggio & Fabioux, 2020).

D'après Alexandre RUIZ, arbitre professionnelle de rugby, pages 112*„ « C'est l'évolution de la société et la médiatisation de plus en plus forte du rugby qui fait qu'on parle plus aujourd'hui des blessures dans ce sport (…) je suis curieux, par exemple de savoir ce que va donner l'interdiction du placage à deux et la limitation de la zone haute du placage à la taille (…) les instances du rugby n'ont pas peur d'essayer des choses pour que le jeu soit de plus en plus sécurisant ».(Moggio & Fabioux, 2020)*

L'apparition du professionalisme dans les années 90 a contribué à l'exposition au grand publique du rugby. La médiatisation du rugby a cependant incité les joueurs amateurs à reproduire ce qu'il se faisait au plus haut niveau, (Moggio & Fabioux, 2020), ayant des répercussions dramatiques sur la santé physique des joueurs voir même le décès de jeunes joueurs. (Moggio & Fabioux, 2020)

La mise en place de nouvelles règles comme l'aménagement des commandements lors de la mêlée, la limitation des distances de poussées autorisées ainsi que sur les joueurs aptes à jouer aux postes de premières lignes ont réduit l'incidence des joueurs devenus tétraplégiques (Bohu et al., 2008). D'après Nicolas Zinardi, journaliste à midi olympique et spécialiste de la technique de la méléé, met en lumière une prise de conscience française de la dangerosité du secteur de la mêlée. (Moggio & Fabioux, 2020) La création d'une formation spéciale pour les joueurs de premières lignes a permis une décroissance importante des traumatismes liés à cet acte de jeu.

Pour pouvoir jouer au rugby de nos jours, il est obligatoire de faire une visite médicale pour obtenir un certificat de non contre-indication au rugby. (*Informations médicales*, s. d.-a), (Annexe A). Les joueurs de premiere lignes doivent avoir un passeport les autorisant à jouer aux postes de premières lignes. Ce passeport se base sur une succession de tests physiques et une étude de la structure anatomique du joueur. (Annexe B), (*Informations médicales*, s. d.).

La diminution des apparitions des traumatismes affectant le rachis et entrainant des invalidités fonctionnelles importantes est le résultat d'une campagne de prévention durement

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

menée par la FFR et la LNR. Cependant, la recrudescence des commotions cérébrales depuis 2012 inquiète le rugby moderne, d'après Martin Raftery, chief medical offer a world rugby. (Moggio & Fabioux, 2020).

Pour répondre à ces événements de commotions cérébrales, durant la saison 2017 – 2018, les instances de rugby ont mis en place le carton bleu. Ce carton permet une prévention des risques pour la santé des joueurs liées aux commotions cérébrales. Le carton bleu permet à l'arbitre de la rencontre d'exclure un joueur dont il suspecte une commotion cérébrale. À la suite de ce carton, le joueur voit sa licence bloquée pendant 10 jours. Il a l'obligation d'aller voir un médecin pour un renouvellement de son certificat de non contre indications au rugby. (Fédération française de rugby, s. d.-a).

Cette obligation d'aller voir un médecin pour le déblocage de la licence à la suite d'une commotion cérébrale favorise l'identification et une prise en charge précoce de possibles troubles neurologiques. En l'absence de trouble, cette visite favorise le suivi des commotions cérébrales de chaque joueur (Annexe C).

Le programme national, « #Bien joué », lancé au début de la saison 2018 – 2019 vise à sensibiliser les joueurs de tout niveau à la pratique adaptée, éclairée et sécurisée du rugby. Ce programme accentue la prévention des risques à la pratique du rugby en sensibilisant sur l'importance de l'échauffement, de la formation, de la maitrise des règles et surtout de la sécurité de la pratique. Il se repose sur 4 objectfis qui sont ; Bien préparé, Bien pratiqué, Bien suivi, Bien informé. (*Présentation générale*, s. d.).

1.2 En situation de tétraplégie et joueur de rugby professionnel

1.2.1 Processus rééducationnel de la personne atteinte de tétraplégie

1.2.1.1Distinction entre la prise en charge d'un athlète tétraplégique et d'une personne ordinaire tétraplégique en ergothérapie.

Les similitudes entre ces deux catégories sont que quel que soit le cadre où survient l'accident, une tétraplégie restera une atteinte du rachis cervical. Elle va engendrer une

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

restriction de la participation occupationnelle dans les Activités de la vie quotidienne de la personne.

Les déficiences et les incapacités générées par la tétraplégie vont impacter l'identité physique et psychique de la personne. Chapitre 1 (Pouplin, 2011). De plus, toutes les catégories de personnes présentant cette pathologie devront faire face à cette transition de vie, à cette transition occupationnelle. Ainsi, leur qualité de vie dépendra de la manière dont leurs anciens rôles vont se redéfinir au cours de leurs nouvelles activités. Chapitre 1 (Pouplin, 2011).

Les personnes atteintes de tétraplégie, en règle générale, devront suivre un long processus de rééducation, de réadaptation et de réinsertion dans leur nouvel environnement. De cette façon, le rythme quotidien va dépendre de leurs soins, leurs quotidiens surchargés ne le laisseront que très peu de temps pour eux et pour leurs loisirs. Les divergences décelées entre ces deux populations sont majoritairement des enjeux économiques. Un soutien communautaire est prépondérant chez les joueurs de rugby ayant une tétraplégie à la suite d'un accident dans leur pratique. Une indemnisation par la GMF (Garantie Mutuelle des Fonctionnaires) avec une prise en charge des soins médicaux et des différentes adaptations du quotidien par la foncation Albert Ferrasse. (Moggio & Fabioux, 2020).

Les athlètes jouissent d'une popularité au sein de l'ovalie et de leur pays, injustement vis-à-vis des autres catégories de personnes mais ils peuvent avoir la possibilité d'avoir accès à des meilleurs soins et plus rapidement. (Moggio & Scudiero, 2021). Le fait d'être un sportif professionnel et d'avoir un accident vous fait connaître aux yeux de tout le monde. Cette popularité permet aux blessés d'être invités sur des plateaux de télévision pour raconter leurs histoires et leurs projets futurs. L'exemple de Tony Moggio, rugbyman de haut niveau et atteint de tétraplégie à la suite d'un accident de rugby raconte dans son ouvrage que le fait de se montrer aux yeux du grand public les aide dans leurs reconstructions car des sponsors ou des marques viennent les contacter pour leurs défis sportifs, qui sont préalablement fixés par l'athlète.

En outre, l'aspect financier et économique aide la personne à se reconstruire d'une part, car cela lui permet d'éviter toutes les grandes démarches administratives pour avoir des aides

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

techniques adaptées à son handicap et d'une autre part cet aspect financier via des sponsors, les relançant dans des activités et favorisant donc cette transition occupationnelle.

1.2.2 Un soutien communautaire

1.2.2.1 Création de la Fondation Albert Ferrasse

Albert Ferrasse fut un joueur de rugby à XV. À la suite d'une prise de conscience sur la mise en retrait des grands blessés du rugby, il décide de créer la fondation Albert Ferasse en 1990 sous l'égide de la fondation de France . Cette Fondation aura pour but de venir en aide à ces joueurs. (*Hommage à Albert Ferrasse*, s. d.).

Depuis 1990, la fondation enregistre 107 Grands Blessés. Elle a pour mission de porter une aide aux joueurs de rugby blessés au cours d'un match de rugby ou sur le trajet domicile – stade. (*Fondation Albert Ferrasse FFR*, s. d.).

L'aide apportée, qu'elle soit financière ou non, concerne les joueurs de rugby ayant eu un accident avant la saison 1999 – 2000. À partir de la saison 2000, le régime d'indemnisation des joueurs connaît une révolution (cf partie statut professionnel et indemnisations).

La fondation intervient vers les joueurs présentant une incapacité fonctionnelle estimée au minimum à 66%. (Moggio & Fabioux, 2020). Outre qu'un apport financier, la fondation Albert Ferrasse intervient dans le conseil et dans la prévention des risques auprès des joueurs de rugby. Le devoir de mémoire auprès du monde de l'ovalie des Grands Blessés au même titre que celle des joueurs décédés constitue un objectif primordial de la fondation.

1.2.2.2 Statut professionnel et indemnisations

Avant 2000, un joueur était considéré comme grand blessé s'il avait une incapacité fonctionnelle de 66%. Il touchait 40 000 francs pour 100% d'invalidité soit environ 6 100 euros. (Moggio & Fabioux, 2020).

Après les années 2000, le régime d'assurance des grands blessé du rugby change, la GMF, partenaire de la FFR depuis 1985, prend en charge le nouveau régime d'assurance. En

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

1989, la GMF devient l'assureur officiel des joueurs du XV de France et de tous les licenciés du rugby. De plus, le taux d'incapacité pour catégoriser les grands blssés est passé de 66% à 60%. De surcroit, la GMF revalorise le dédommagement est l'augmente à 4 000 000 d'euros. (Moggio & Fabioux, 2020).

L'apport Financier apporté auprès des joueurs traumatisés et de leurs familles concerne principalement l'aménagement de leur quotidien, de leur environnement et le financement des différentes aides techniques visant le maintient d'une qualité de vie correcte. (*Notre rôle*, s. d.).

1.2.3 Interruption définitive d'une carrière sportive

Une carrière sportive est un investissement émotionnel, physique, professionnel entrainant tout au long de ce processus de nombreux sacrifices impactant la vie sociale, psycho-affective et l'environnement familial de l'athlète durant son activité. Cet engagement occupationnel total dans la pratique sportive professionnelle, est un élément central rythmant le quotidien de l'athlète ; entraînements, matchs, … (Roy, s. d. 2020).

La performance occupationnelle de chaque sportif se résume à un investissement ou à un surinvestissement qui rythme leurs quotidiens. L'obtention des différents objectifs sportifs fixés préalablement fait écho à la nécessité et à l'importance pour chaque sportif professionnel d'avoir une rigueur quotidienne définie dans les moindres détails. (Stéphan et al., 2005).

1.2.3.1 Perte de la subjectivité, du « moi »

Une carrière de rugbyman professionnelle sans aucune difficulté avoisine les quinze ans de pratiques. Or, généralement, les sportifs qui deviennent professionnels dans leurs domaines, ont été contraints dès les plus jeunes catégories à avoir, aussi, un engagement occupationnel total. Il est important de démontrer que l'arrêt total de cet investissement exclusif à une pratique sportive entraine un déséquilibre occupationnel et environnemental

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

du quotidien du joueur. L'arrêt d'une carrière sportive peut être à l'origine d'une perte complète d'identité sociale. (Stéphan et al., 2005).

La dépossession d'un statut socio-socioprofessionnel, familial, etc liée à une rupture d'une carrière professionnelle engendre des répercussions psychosociales, psychoaffectives et psychologiques importantes chez l'athlète allant jusqu'à une mort sociale.

« L'abattement, le désarroi et la souffrance indicible de se voir contraint de façon aussi cruelle à tirer un trait sur une existence dont on venait à peine d'esquisser les contours ». (Moggio & Scudiero, 2021). Le Bouleversement occasionné faisant suite à l'arrêt involontaire d'une carrière sportive professionnelle modifie notre identité la plus intime, « le moi ». La personne doit faire face à des changements considérables de ces routines, de ces relations et est obligée de se redéfinir, de l'image de soi. (Haugen, 2022).

Le joueur subissant un arrêt de carrière brutal voit son monde intérieur s'effondrer. Une fin involontaire de carrière engendre une redéfinition de nos rôles les plus importants. Les changements environnementaux, sociaux, occupationnels peuvent engendrer des modifications de l'estime de soi. La sérénité intérieure propre à la personne est aussi impactée de la même façon. (Kim & Moen, 2002). Lavalée expose ce phénomène allant jusqu'à une mort sociale. (Lavallee, s. d, 2000).

1.2.3.2 Une transition occupationnelle à long terme et à hauts risques psychologiques.

L'arrêt d'une carrière sportive démontre un processus de changement occupationnel marqué par un phénomène transitionnel. Cette transition est causée par une cessation des activités signifiantes et significatives antérieures de la personne. Ce transfert occupationnel se caractérise par un développement progressif de nouvelles connaissances et aptitudes dans de nouveaux domaines d'occupations.(Roy, s. d, 2020). L'article *« L'arrêt de carrière sportive de haut niveau : un phénomène dynamique et multidimensionnel »,* (Stéphan et al., 2005), cite Coakley, *« le processus de transition de la participation dans le sport de compétition se caractérise vers un transfert se portant sur de nouvelles activités ou des ensembles*

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

d'activités », et démontre l'importance d'une redéfinition des centres d'intérêts de la personne pour favoriser la réussite du processus de transition occupationnel.

Cependant, développer et découvrir de nouvelles occupations et aptitudes est un processus difficile pour des personnes qui se sont longuement identifiées à leurs pratiques. Ces personnes ont vécu à travers leurs sports et leurs professions.(Kielhofner & Forsyth, 1997) Pour ces athlètes, envisager de nouvelles options de carrières alternatives est complexe. (Brewer & Petitpas, 2017). Cette évolution est d'autant plus éprouvante si cette personne se retrouve en situation d'incapacité ou d'invalidité physique. De plus, cette personne se voit dans l'obligation d'accepter sa situation professionnelle avec l'arrêt de sa pratique mais se retrouve dans une situation où il doit aussi accepter sa situation d'handicap. Cette dernière est synonyme, dans la majorité des cas, de doutes et de remise en question sur leurs existances. *« Je me sentais frustré, démuni (…) j'en étais réduit à la passivité la plus totale, je subissais sans même pouvoir exprimer mes besoins (…) un légume, voilà ce que j'étais devenu »*. (Moggio & Scudiero, 2021).

Concernant l'arrêt de carrière en raison d'une blessure, les joueurs ayant une identité propre à leur sport sont plus susceptibles de développer des souffrances psychologiques allant jusqu'à des envies suicidaires. *« J'aurai spontanément parlé de suicide (…) Je vous mentirais si je vous disais que l'idée ne m'avait pas traversé la tête (…) mais vous comprendrez que dans mon état tout passage à l'acte s'avérait bien compliqué. »* (Moggio & Scudiero, 2021).

L'attention et la grandeur de l'intérêt que portent les sportifs sur leur pratique influence l'intensité des conséquences psychologiques sur leurs santés mentales lors d'une transition de carrière.(Haugen, 2022).

Le lien avec l'ergothérapie s'établit sur la nécessité de trouver de nouvelles activités pour limiter la dégradation de l'estime de soi de la personne. L'ergothérapie permettra à l'individu, par le biais de nouvelles occupations, d'accepter les différents changements occasionnés ; principalement celui de son quotidien et de son environnement.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

1.2.4 Une crise identitaire

« Un athlète reste un athlète ». (*Dany Deslongchamps - Ces Jeux qu'on nous a volés | Sports | Radio-Canada.ca*, s. d.).

1.2.4.1 Une identité athlétique restrictive

Une carrière de sport se définit par un commencement, généralement au cours de l'adolescence, mais aussi une fin, l'arrêt de carrière. Dans cette partie de ce mémoire d'initiation à la recherche, l'étude tentera d'identifier l'impact de la forclusion identitaire lors d'un arrêt involontaire chez un joueur de rugby professionnel.

Les athlètes de hauts niveaux ont consacré leur existence à leur sport et à la réussite de leurs objectifs. Cet investissement a rythmé et ordonné leur quotidien allant de l'adolescence jusqu'à l'arrêt de carrière volontaire ou non. (Brewer & Petitpas, 2017). La principale conséquence à cet investissement majeur des athlètes envers leur sport est une définition totale de leurs essences même à ce sport. (Roy, s. d. 2020).

Selon Erikson (1959) et les théories de développement, le développement optimal se fonde sur une exploration massive de multitudes d'activités. Ces explorations constituent les expériences de la personne. (Brewer & Petitpas, 2017). L'expérience d'une personne naît d'essais, de pratiques de quelque chose ayant pour objectif de renseigner sur les valeurs personnelles ou sur les intérêts. Ceci permet d'acquérir un savoir, une connaissance, une habitude. (Larousse, s. d.).

Le sport de haut niveau est difficile et strict. Il impose dès la fin de l'enfance et dès le début de l'adolescence un mode de vie qui génère du stress pour l'athlète ainsi que pour sa famille. Une forte implication est nécessaire par l'athlète et pour son entourage pour atteindre l'objectif sportif préalablement fixé. (Le Bouc et al., 2018).

La forclusion identitaire est majorée à la fin de l'adolescence. Cette période pour les athlètes est une phase où leur avenir sportif est exposé ; l'obtention des bourses scolaires, les premières sélections chez les professionnels. De ce fait, les jeunes athlètes délaissent d'autant plus cette exploration d'activités.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

En conséquence, dû à cet investissement total visant l'atteinte de l'objectif sportif et professionnel par ces athlètes, ils n'ont pas la possibilité de s'ouvrir à leur environnement en découvrant d'autres activités. Lors d'un arrêt brutal d'une carrière sportive, la forclusion identitaire accentue les difficultés à envisager d'autres occupations.

1.3 Tétraplégie et prise en charge en Ergothérapie

L'accompagnement pluridisciplinaire d'une personne en situation de tétraplégie est en lien avec de nombreuses recommandations notamment par les plus hautes sphères médicales. (Haute Autorité de santé, s. d.).

La tétraplégie est définie par une atteinte des quatre membres, du tronc, des viscères du système respiratoire faisant suite à une lésion de la moelle épinière cervicale. Ce préjudice est généralement une conséquence d'un accident traumatique. Les lésions de la moelle épinière cervicale consistent à une destruction des neurones sensitifs et moteurs dans la substance grise. Cela se définit par une rupture ou un déficit des connexions synaptiques entrainant des informations motrices et sensitives insuffisantes dans les zones corporelles innervés par les métamères lésés et sous-lésionnels. (Pouplin, 2011).

1.3.1 Un processus rééducationnel ergothérapique validé, établi et prouvé

La prise en charge d'une personne atteinte de tétraplégie s'initie par une période médicalisée. Le pronostic vital de la personne est engagé via un suivi en soins intensifs pour la réhabilitation de ces fonctions primaires. (Moggio & Scudiero, 2021; Pouplin, 2011; Tibo InShape, 2020).

D'après l'article L4331-1 du code de la santé publique, l'exercice d'un ergothérapeute intervient à la suite d'une prescription médicale. (Légifrance, s. d.). L'ergothérapie à un rôle fondamental dans l'accompagnement de la personne en situation de tétraplégie notamment dans la rééducation, la réadaptation et dans sa réinsertion sociale. La pratique en ergothérapie s'appuie sur différents modèles, outils, concepts et classifications qui légifèrent le projet de

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

soin d'une personne tétraplégique en ergothérapie. (*ALD n° 20 - Paraplégie (lésions médullaires)*, s. d.; Kielhofner & Forsyth, 1997; Parkinson et al., 2017).

L'engagement de la personne dans son projet de vie est primordial. Cet accompagnement est favorisé par la prise en compte de la singularité de la personne. Les éléments essentiels qui composent l'individu sont au centre du projet de soin et de vie de la personne notamment les activités qui lui sont significatives et signifiantes.

Les séances en ergothérapie sont adaptées et orientées en fonctions des attentes et des besoins propres à la personne. Les activités rééducatives orientent l'inscription d'un projet de soin dans un projet de vie, propre à chaque personne.

En Soins de Suite et de Réadaptation, l'accompagnement en ergothérapie avec les blessés médullaires et plus particulièrement avec les personnes atteintes de tétraplégie, permet de préparer la personne et son entourage à son futur projet de vie. L'ergothérapie favorise le dévloppement de nouvelles aptitudes visant un meilleur contrôle de leur futur environnement, en dehors de leurs hospitalisations. La rééducation ainsi que la réadaptation via des aides techniques, des aménagements simplifient un retour à domicile en sécurité visant un réengagement occupationnel à posteriori.

1.3.2 Le Modèle de l'occupation Humaine

(Kielhofner & Forsyth, 1997; Parkinson et al., 2017; Roy, s. d, 2020).

Le Modèle de l'Occupation Humaine a été conçu pour la pratique en ergothérapie (Kielhofner & Forsyth, 1997) . Cependant, il est utilisé aussi dans le domaine de la psychologie. Ce modèle s'intéresse aux périodes de vie où la problématique de la personne est en lien aux changements et aux transitions occupationnelles. Il est fondé sur le concept de l'occupation chez l'Homme et consitue un atout important dans la compréhension des difficultés occupationnelles rencontrées au cours d'une existence.

Ce modèle expose les problèmes occupationnels sont issues d'une multitude d'origines complexes. (Parkinson et al., 2017). Ces problèmes occupationnels sont la résultante d'un processus dynamique entres les dimensions subjectives d'un individus.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

1.3.2.1 Etre

L'Être, est constitué de plusieurs sous-catégories qui se nomment la volition, l'habituation et la capacité de rendement. (Roy, s. d.2020).

La volition, se caractérise par un acte de volonté. Elle est définie par la capacité à vouloir agir. Elle regroupe l'ensemble des décisions, des choix que peut prendre une personne dans le but d'agir. Les décisions qui ont été faites sont encouragées par les valeurs de la personne. La volition reflète la pensée et la réflexion sur l'efficacité que possède la personne pour agir sur son environnement en lien avec ce qu'elle trouve d'agréable, ces centres d'intérêts.(Parkinson et al., 2017). Elle se résume par les aptitudes à réaliser une occupation avec un certain degré d'importance procurant de la satisfaction.

L'habituation traduit le mécanisme automatique des actions menées au quotidien. Elle représente ces processus routiniers et habituels des occupations d'une personne. Elle démontre une invariabilité et une automatisation de la performance occupationnelle dans les activités journalières . (Kielhofner & Forsyth, 1997; Parkinson et al., 2017). L'habituation comprend les rôles qu'adopte la personne comme celui de parent, d'ami, de collègue de travail, … L'appropriation de ces rôles s'illustre dans l'habituation. La personne répète ces rôles durant ces activités journalières en les interchangeant continuellement. Ces rôles influencent nos actions, nos occupations et rythment nos habitudes de vies. (Parkinson et al., 2017).

La capacité de performance résulte de l'ensemble des éléments qui composent une personne en rendant possible la performance occupationnelle. C'est le produit d'un phénomène dynamique entre les composants anatomiques, neurologiques, cognitifs . (Parkinson et al., 2017).

1.3.2.2 Agir

Agir dans le MOH se définit par les habilités qu'une personne a, par la performance/ rendement occupationnel et enfin par la participation occupationnelle.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Les habilités sont énoncées comme des actions qui doivent être faites visant un objectif. Cet objectif est nécessaire pour répondre à un besoin occupationnel. Les habilités constituent la succession d'actions dirigées vers un but occupationnel.

La performance occupationnelle désigne la réalisation de formes occupationnelles .

La participation occupationnelle fait référence à l'engagement d'une personne dans une occupation. Au sein de la participation occupationnelle, la signification personnelle et le sens de l'occupation que lui attribue l'individu influence l'engagement dans cette occupation. (Kielhofner & Forsyth, 1997; Parkinson et al., 2017).

1.3.2.3 L'environnement

Dans le MOH, l'environnement est un composant agissant sur la participation occupationelle de la personne. L'environnement est source, pour la personne, d'opportunités et de ressources. A contrario, il peut lui être vecteur de difficultés en implantant des conditions contraignantes et exigeantes.

Les multiples environnements où la personne entreprend ces occupations sont le résultat d'une combinaison entres les différents aspects sociaux, physiques.

Cette résultante se nomme le contexte occupationnel(Parkinson et al., 2017).

1.3.2.4 Le devenir

Le devenir, se compose de l'identité occupationnel et de la compétence occupationnelle.

L'adaptation occupationnelle dépend de l'interdépendance dynamique entre l'Etre, l'Agir et l'Environnement. Elle permet de redéfinir l'identité occupationnelle de la personne. L'identité occupationnelle se forme sur les expériences antérieures. L'ensemble de notre vécu et de nos expériences expose la compréhension de nos valeurs et de nos intérêts, de qui sommes nous.(Kielhofner & Forsyth, 1997; Parkinson et al., 2017). L'interaction entre les trois composantes détermine les axes de vie souhaité et possible dans notre de vie.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

La compétence occupationnelle désigne la mise en exercice de notre identité. Elle enrobe la réalisation des attentes liée aux rôles , aux valeurs de la personne. La compétence occupationnelle comprend le maintien d'une activité occupationnelle journalière ; la participation occupationnelle indispensable à l'obtention d'un sentiment de satisfaction. La mise en œuvre de nos valeurs à travers les occupations pour acquérir les résultats souhaités . (Bohu, Julia, Bagate, Peyrin, Thoreux, et al., 2008a).

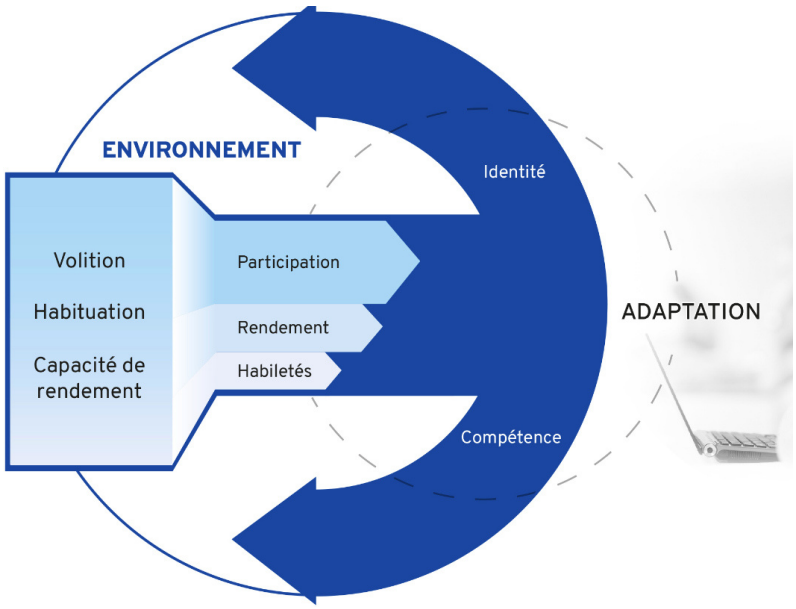


Figure 2 : Titre : Schéma du modèle du MOH

1.4 L'occupation, un pouvoir salvateur

1.4.1 Redéfinition des rôles perdus

Selon G. Kielhofner et le modèle du MOH (Kielhofner & Forsyth, 1997; Parkinson et al., 2017), une quelconque perturbation dans l'un des 3 éléments qui composent la personne ; la volition, l'habituation et la capacité d'action entraîneront des conséquences sur la sphère environnementale et occupationnelle de la personne.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Une personne en situation de tétraplégie voit sa capacité d'action diminuée à cause de ses restrictions et aux situations d'handicap rencontrées. La baisse de la faculté de la personne à vouloir agir entraînera une diminution de son l'engagement occupationnel dans ses activités quotidiennes.

La personne se désengagera progressivement et diminuera sa participation occupationnelle et perdra les différents rôles qu'elle avait dans celles-ci.

D'après Kielhofner et son modèle du MOH, une perte identitaire associée à une perte occupationnelle obligera le personne à se tourner vers de nouvelles occupations pour développer de nouvelles compétences et redéfinir ses rôles. (Kielhofner & Forsyth, 1997; Parkinson et al., 2017).

Les Modèles peuvent être utilisés comme un moyen pour s'intéresser aux activités de la personne afin d'établir un plan d'intervention en ergothérapie centré sur la personne.

De ce fait , la légitimité d'intervenir en ergothérapie est adéquate. Deux facteurs s'opposent à la réussite de la rééducation et de la réadaptation de la personne dans son environnement.

La rééducation fonctionnelle d'une personne qui vient d'être tétraplégique nécessite un accompagnement en ergothérapie pour favoriser sa réadaptation et sa rééducation. De plus, la réhabilitation et réinsertion de la personne dans son environnement en prônant la redéfinition du « moi » de la personne. Or, l'ergothérapeute est amène de faire émerger, via la reprise occupationnelle, les capacités nécessaires à la personne dans l'objectif de se redéfinir.

1.4.2 Prise en charge ergothérapique à long terme

Le questionnement sur l'intérêt et les possibles bénéfices de l'ergothérapie dans les processus de transition occupationnel est judicieux et nécessaire. L'apport que procure le travail et l'expertise d'un ergothérapeute dans ces situations de transitions de vie est primordial. (Roy, s. d.-b).

Un ergothérapeute est qualifié et reconnu pour ces compétences dans les situations où la problématique affecte le profil occupationnel d'un client. L'ergothérapie fait intéragir dans

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

un processus dynamique les différentes dimensions qui constituent l'individu ; la personne, l'environnement et l'occupation.(Kielhofner & Forsyth, 1997).

À l'évidence, le client est défini par une vision holistique qui est propre à l'expertise ergothérapique notamment via les différentes évaluations et modèles conceptuels comme le Modèle de l'Occupation Humaine. (Kielhofner & Forsyth, 1997; Parkinson et al., 2017). De plus, la redéfinition de nouveaux objectifs occupationnels engendre dans la majorité des situations des problématiques centrales se répercutant sur le bien-être et sur la qualité de vie de la personne. (Roy, s. d, 2020). *« Me retrouver manipuler, ballotté et tripatouillé comme un vulgaire tas de viande n'avait rien d'évident ».* (Moggio & Scudiero, 2021).

La complexité du travail en ergothérapie dans une situation de transition occupationnelle chez un athlète est le caractère unidimensionnel de cette identité athlétique. (Roy, s. d, 2020). L'objectif prioritaire est d'entreprendre un travail de redéfinition des valeurs, des intérêts que peux avoir la personne hormis celles appartenant à son ancienne profession de sportif. L'intensité de cette forclusion identitaire de l'athlète envers son ancien statut est un frein à la détermination de nouvelles aptitudes occupationnelles (Brewer & Petitpas, 2017). Selon Kielhofner, l'adaptation à une transition occupationnelle est fondée sur l'acquisition de nouvelles compétences et donc un maintien occupationnel. (Kielhofner & Forsyth, 1997).

II. Problématisation

Cette partie théorique a essayé de nous démontrer à travers un exemple concret qui est la survenue de tétraplégie chez les joueurs de rugby professionnel l'importance de la prise en charge en ergothérapie au sein des blessés médullaires et des sportifs. Tout d'abord, nous voyons que majoritairement les sportifs de hauts niveaux ne rencontrent très rarement ou jamais un ergothérapeute durant leurs exercices. Cependant, dans le cadre d'un événement engendrant une indépendance et une perte d'autonomie, ils sont amenés à pratiquer des séances en ergothérapie.

À travers, cet exemple ce mémoire d'initiation à la recherche essaie de démontrer l'importance de l'activité et la reprise de celle-ci dans le quotidien d'un individu. Le fait que les athlètes de haut niveau vivent à travers leurs professions, que leurs vies soient rythmées

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

par leurs exercices professionnels, influence la qualité d'une reprise occupationnelle lors d'un accident traumatique.

La problématique de départ qui était dans quelles mesures l'influence de l'ergothérapie permet un réengagement occupationnel chez cette population d'athlètes de haut niveau a permis d'évoquer une problématique de recherche.

Comment, l'accompagnement en ergothérapie durant une transition de vie favorise la redéfinition des rôles d'un joueur de rugby devenu tétraplégique, dans l'élaboration d'un projet de vie sur le long terme ?

III. Partie Méthodologie

3.1 Objectif et type de recherche

Après avoir procédé à une revue de la littérature dans la première grande partie. L'intérêt de l'étude s'orientera sur l'importance de la prise en charge en ergothérapie mais au long terme. Les personnes une fois sortis de leurs hospitalisations de centre de rééducation sont généralement dépourvues d'ergothérapie. L'objectif de cette seconde partie est de mettre en lumière les bénéfices d'un suivi en ergothérapie pérenne sur le long terme s'appuyant sur le réengagement occupationnel des athlètes professionnels devenu tétraplégiques à la suite d'un accident sportif.

Une recherche exploratoire sera appliquée dans l'intention d'extraire des données qualitatives des professionnels sur le terrain, concernant la faisabilité des éventuelles réponses que l'enquête pourrai apporter.

3.2 Choix de la population

Afin de pouvoir répondre à l'objectif de cette enquête, des critères d'inclusion et de non-inclusion ont été établis.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Les différents professionnels interrogés devaient répondre aux critères suivants :

- Avoir obtenu leur Diplôme d'Etat d'ergothérapeute depuis au moins 3 ans.
- Avoir une expérience professionnelle avec la population des blessés médulaires d'au moins 2 ans.
- Avoir eu une expérience dans un Service de Suite et de Réadaptation
- Maitriser la langue française
- Être familiarisé avec le réengagement occupationnel.

En ce qui concerne les critères de non-inclusions, ils sont les suivants :

- Accompagné exclusivement des personnes en situation de paraplégie
- Ne pas avoir ou ne pas travailler avec les personnes en situation de tétraplégie

3.3 Recherche des intervenants

Les premières demandes d'entretiens avaient pour cible trois types de personnes, un médecin du sport spécialisé dans le rugby, un / une ergothérapeute travaillant dans un service d'accompagnement de personne tétraplégique à domicile et enfin un / une ergothérapeute exerçant dans un service de soins de suite et de réadaptation. J'ai essayé de contacter de nombreuses structures via de nombreux mails (annexe 4) dans toute la France mais à chaque fois la réponse était négative quand il y en avait une.

C'est par le biais d'une connaissance d'une ergothérapeute qui travaillait là où j'effectuais mon dernier stage que j'ai eu une réponse positive à un entretien. À la suite de celui-ci, l'ergothérapeute interviewée m'a donné une piste pour un autre entretien en allant voir les projets de réengagement occupationnel chez les militaires blessés et de contacter les ergothérapeutes. Le deuxième entretien s'est déroulé avec une de mes anciennes accompagnatrices de stage, ergothérapeute dans un SSR de neurologie.

Au final, j'ai pu interroger trois ergothérapeutes répondant à mes critères d'inclusions et travaillant avec le milieu de la tétraplégie, mais avec des populations différentes.

L'entretien numéro un s'est déroulé avec une ergothérapeute exerçant dans un service d'accompagnement à la personne, la deuxième personne qui est aussi une ergothérapeute spécialisée dans la rééducation et la réadaptation des blessés médullaire dans un SSR. La

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

dernière accompagne une population un peu spécifique qui est la rééducation des blessés de guerre dans un hôpital d'instructions des armées.

3.4 Choix et Constructions de l'Outil

Le thème de ce mémoire d'initiation à la recherche interpelle et questionne le monde de l'ovalie sur sa pratique mais aussi sur l'accompagnement proposé aux athlètes de hauts niveaux devenus tétraplégiques à la suite d'un accident dans leurs pratiques.

La nécessité d'entretiens individuels s'est retrouvé dans la capacité des personnes à comprendre et à se saisir des informations transmises dans cet échange. Chaque entretien a été préparé de manière à être semi-directif. Le fait de l'être est l'opportunité d'avoir un échange se rapprochant d'une discussion normale. De plus, il permet, si nécessaire, de maintenir le cadre et de recentrer la conversation sur le sujet.

Les entretiens ont suivi une grille d'entretien propre à la personne interviewée (Annexe 5,6 et 7). Ceci a permis de récolter les informations nécessaires à la réflexion de la problématique. Un bref rappel du sujet, des règles confidentielles et éthiques ont précédés chaque début d'entretien. Les différents thèmes abordés ont été :

- Présentation de l'ergothérapeute et de la structure où elle exerce
- L'ergothérapie dans l'accompagnement de la tétraplégie
- La prise en charge spécifique d'un athlète de haut niveau à la suite d'une tétraplégie
- Le retour à domicile avec la sortie de l'institution
- L'ergothérapie est ses bénéfices dans une prise en charge sur le long terme

3.5 Traitement et analyse des données

À partir des retranscriptions des entretiens, une grille d'analyse globale, (Annexe 8), a été faite. Elle reprend les thématiques abordées dans chacun des guides d'entretiens. Cette grille d'analyse comporte les verbatiles exacts répondant aux questions. Les idées principales qui en ressortaient ont été ensuite reformulées.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

De plus, une deuxième grille d'analyse (Annexe 9) a été réalisée dans l'objectif de regrouper les convergences, les divergences de chaque idée dans chaque thématique et ainsi les synthétiser l'idée globale qui en ressortait.

3.6 Aspect Éthique

Les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement vocal afin de mieux pouvoir les retranscrire et les analyser. Cet enregistrement vocal avait pour vocation de respecter l'exactitude des propos des personnes interviewées et que les enregistrements seraient détruits après l'obtention du diplôme.

Chaque personne interrogée a été informée via un formulaire de consentement (Annexe X) du déroulé de l'entretien avec une retranscription anonyme et une non-publication de celle-ci mais. Cette retranscription reste accessible par les membres du jury.

3.7 Les contraintes et les limites des entretiens

La distance et l'éloignement géographique ne permettaient pas de réaliser des entretiens physiques, ils se sont déroulés par appels téléphoniques. Une meilleure compréhension des missions de l'ergothérapeute dans la structure où il exerce aurait été facilitée par des entretiens physiques. Les appels téléphoniques ne permettent pas d'analyser, de voir le langage corporel de la personne. Le fait de s'entretenir avec des personnes du milieu hospitalier peut causer certains retards, ou des obligations médicales qui font que l'organisation de l'entretien peut être impactée. Deux des entretiens réalisés ont été faits durant les heures de travail des personnes et limitant leur disponibilité et le temps d'échange.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

IV. Résultats et Analyses

4.1. Présentation des particpants

Une présentation des quatre ergothérapeutes interrogés a été réalisée à travers le tableau suivant :

	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3
Année d'obtention du diplôme	1991	2020	2020
Structure actuelle	Structure de soin et d'aide à domicile	Soins de suite et de réadaptation spécialisée dans les blessés médullaires	Hôpital d'instruction des armées et soins de suite et de réadaptation pour les militaires
Temps d'exercice dans la structure	2 ans	2 ans	2 ans

Figure 3 : Tableau de présentation des intervenants

4.2 Contexte de la situation d'enquête

La durée et la méthode utilisée lors des quatre entretiens ont été synthétisées dans le tableau ci-dessous :

	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Durée	40 minutes	30 minutes	45 minutes
Méthode	Entretien téléphonique	Entretien téléphonique	Entretien téléphonique

Figure 4 : Tableau : Présentation de la durée et de la méthode de la situation d'enquête

4.3 Présentation thématique des résultats

4.3.1 L'Ergothérapie dans l'accompagnement de la tétraplégie

4.3.1.1 Les Objectifs à court et moyen terme

La rééducation et la réadaptation d'une personne en situation de tétraplégie sont des processus longs et constitués de différentes phases rythmées par l'évolution et l'acquisition de nouvelles compétences. Les trois personnes interviewées sont en adéquation entre elles pour définir les objectifs à court et moyens termes comme des étapes favorisant l'indépendance et l'autonomie de la personne dans ses activités de la vie quotidienne et plus précisément dans les occupations dîtes primaires comme manger, boire, alerter. **E1 « *« Alors lui redonner son autonomie quotidienne, son autonomie dans les activités élémentaires ; pouvoir appeler, pouvoir se déplacer, se transférer ou être transféré, pouvoir participer aux soins élémentaires corporels, s'habiller, pouvoir manger et pouvoir subvenir à ces besoins essentiels. Cela serait pour le court terme ».***

L'émergence des objectifs, plus précisément ceux à moyens termes, sont propres à la personne et sont catégorisés comme personne dépendante. Or, **selon E2**, on retrouve généralement des similitudes entres chaque personne lors de l'élaboration de ces objectifs. ***« Mais pour moi le moyen terme c'est vraiment en fonction des objectifs de la personne mais dans la tétraplégie ça sera globalement la majorité des activités de la vie quotidienne qui seront impactées. ».***

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

L'environnement de la personne et l'endroit où il se situe dans sa rééducation est un facteur important à prendre en compte dans la planification des objectifs de la personne. E2 et E3 se rejoignent sur le fait que leur lieu d'exercice est déterminant dans les premiers objectifs de la personne et dès son arrivée. ***E2 « À court terme c'est pour moi l'installation au lit et au fauteuil. C'est pour le premier truc et l'un des plus importantS. ». E3 « Donc on commence nos visites en réanimation pour vérifier la bonne installation au lit et si la première mise au fauteuil est bien faite avec une bonne installation et aucun risque d'escarres. »***

Ainsi , selon les personnes trois ergothérapeutes, les objectifs à courts et moyens termes doivent favoriser l'autonomie et l'indépendance dans les activités les plus primaires de la personne. Ces objectifs visent à rendre et à prôner l'amélioration des capacités du patient. En institution, la bonne installation et la prévention des risques cutanés au lit constituent un objectif essentiel dans le futur bon déroulement de la rééducation de la personne atteinte de tétraplégie.

4.3.1.2 Un projet de soin dans un projet de vie propre à la personne

La réussite d'un projet de soin dans un projet de vie passe par une prise de conscience des difficultés rencontrées par le patient dans la réalisation de ses propres activités quotidiennes.

Ceci se déroule via des mises en situations qui permettent d'identifier et d'ajuster les aides nécessaires au bon déroulement des occupations de la personne. ***E1 « en proposant à la personne de reprendre ces activités ; activités de bases, activités quotidiennes, activités élémentaires et en proposant à la personne de gagner en autonomie avec des moyens de compensations du coup »***

La prise en compte de l'environnement global de la personne est un facteur primordial dans l'ajustement de notre accompagnement du fait des limitations que la tétraplégie peut engendrer. **E2** ***« Tout de suite adapté tout l'environnement pour favoriser la participation dans les activités de vie quotidienne ».***

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

La singularité et la subjectivité de la personne sont prises en compte notamment dans l'élaboration des objectifs de rééducation. Elle est co-construite avec le thérapeute et influence le plan d'intervention. La personne définit les activités qui lui sont chères et l'ergothérapeute se base dessus. **E1 «** ***C'est évident que c'est à la personne de décider ce qu'elle veut faire comme activité, de savoir qu'elles sont les activités qui ont du sens, qui sont significatives ». E2 « Du coup, c'est la personne qui verbalise ses problèmes occupationnels, qui les priorises et à partir de là on établit des objectifs et je mets en place des moyens pour les attendre. Mais c'est vraiment la personne qui définit presque le plan d'intervention indirectement. C'est elle qui me donne ses objectifs d'autonomie et d'indépendance ». E3 « S'il me dit qu'il adore faire un truc qui est important pour lui, on va s'accentuer là-dessus. On va quand même faire en fonction des occupations du patient antérieur à l'accident. »***

Ainsi, les activités proposées ont pour vocation de faire émerger de possibles nouveaux centres d'intérêts chez la personne, de confronter les personnes à leurs situations de handicap ou de les conforter dans leurs occupations. Il est primordial que le projet de vie du patient vienne de lui-même. **L'ergothérapeute est là pour l'aider, pour que son projet soit réalisable, évaluer la faisabilité du projet de soin vers son projet de vie.** La personne verbalise elle-même ses problèmes, les situations où il s'est retrouvé en difficulté. L'ergothérapeute s'inspire de ces situations pour faire émerger les objectifs d'indépendance et d'autonomie de la personne.

4.3.2 La prise en charge spécifique en ergothérapie de l'athlète de haut niveau

4.3.2.1 prise en charge et impact psychologique après l'accident

L'apparition d'émotions humaines comme la frustration est retrouvée chez les patients atteints de tétraplégie. Elle est généralement accompagnée d'une incompréhension vis-à-vis de leurs situations. **E2 «** ***« Moi ce que je constate c'est qu'il y a une frustration au tour du sport, c'est sûr. »***

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Le troisième entretien porté sur les blessés de guerre nous informe que l'aspect psychologique est directement pris en compte dans le processus rééducationnel. Des cellules d'aides sont mises en place leur permettant de les aider à se reconstruire psychologiquement et socialement. **E3 « ils sont très suivis sur le plan psychologique et sur le plan psychiatrique »**, **« Et je pense que le fait d'être assez pris rapidement, que le côté psychique soit rapidement pris en charge parallèlement au côté physique permets dans les deux cas ça aide ; vu que physiquement ça avance plus vite donc psychiquement ça aide et vu que mentalement ça avance du coup physiquement ça aide aussi ».**

L'aspect psychologique n'est pas pris en compte partout de la même façon. Tout d'abord, on voit l'apparition d'une frustration chez les personnes qui peut être due à une colère sous-jacente ou une incompréhension de la personne à pourquoi cela lui arrive. Le lien entre le bien-être psychologique et rééducation/réadaptation physique de la personne doit être favorisé. Les deux aspects sont en symbiose et favorisent une meilleure réinsertion de la personne.

4.3.2.2 Similitudes et divergences dans la prise en charge d'une tétraplégie en ergothérapie ; entre un athlète et une personne ordinaire.

L'appartenance à une communauté ayant une forte identité ne restrient pas les possibilités de ces personnes dans un possible réengagement occupationnel, selon E2 et E3. **E2 «** ***Moi je ne suis pas sûr que la nature de l'accident va impacter la nature de la prise en charge qui va suivre »*** *et* ***E3 « Le fait qu'ils soient militaires ne les contraignent pas dans les activités. »*** Or, ce qui en ressort des entretiens de E2 et E3, est que le contexte dans lequel l'accident a eu lieu pourrait avoir un effet sur la prise en charge future de la personne et sur les aides qu'il pourrai bénéficier. **E2 «** ***mais ce n'est pas comme un sportif professionnel et c'est encore différent car ce n'est pas leur métier qu'ils ont perdu. Ce n'est pas toute leur vie non plus, c'était un loisir de pratiquer du sport pour eux ». E3 « Après ce qui change aussi un peu, quand on est blessé de guerre, l'armée vous ai redevable et donc financièrement ils n'ont pas de restrictions. »***

À travers ces entretiens, la différence entre une personne ordinaire et un athlète de haut niveau se retrouve dans l'identification du contexte et du cadre où s'est déroulé

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

l'accident. La distinction entre la sphère professionnelle, un métier et la sphère loisir est une nuance primordiale à prendre en compte dans un suivi en ergothérapie. Les possibilités d'aides humaines, financières ne seront pas les mêmes et influenceront la qualité d'une reprise d'activité par le biais de financement ou non d'adaptations lors de celle-ci.

4.3.3 Le retour à domicile

4.3.3.1 Rythme et mode de vie à domicile d'une personne en situation de tétraplégie.

Le quotidien d'une personne atteinte de tétraplégie est rythmé par la succession de soin plus ou moins long comme le rapporte E1.

E1 ***« Il va dépendre de l'atteinte de la personne. Mais globalement, toutes les activités de la vie quotidienne vont prendre beaucoup plus de temps que pour une personne valide notamment avec des temps très longs ».*** **E1** ***« tout ça va prendre du temps en termes de soin au quotidien avec les auxiliaires de vie qui vont rester une grande partie de la matinée. »*** **E1** ***« Donc oui, ça va être un quotidien bien rempli pour le patient. »***

En fonction des capacités résiduelles de la personne, les soins journaliers vont s'alourdir ou s'alléger. Mais globalement, le mode de vie d'une personne atteint de tétraplégie **est dense** et ne laisse pas énormément de place à la personne pour des activités de loisirs.

4.3.3.2 Impact du retour à domicile sur le maintien occupationnel

Les ergothérapeutes reconnaissent l'existence d'une fracture lors du retour à domicile. Cette transition est majoritairement occupationnelle avec un bouleversement des habitudes de vie de la personne. L'adaptation du nouvel environnement de la personne est aperçue comme une nouvelle étape dans la réinsertion de l'individu. Selon E1, c'est la différence de mode vie qui pourrait être responsable de cette fracture. E1 ***« Lors d'une tétraplégie l'hospitalisation est généralement très longue. Il va y avoir un fossé entre la différence du mode de vie qui va être très grande entre le mode de vie institutionnel et le mode de vie à domicile ».*** Quant à E2, elle résume le retour à domicile comme une nouvelle transition de vie. E2 ***« donc rentrer à domicile c'est de nouveau une rupture même s'ils rentrent chez eux***

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

car ils vont mieux c'est de nouveau une rupture. Il faut réapprendre et recommencer et donc si on les lâche dans la nature du jour au lendemain c'est de nouveau extrêmement violent ».

Cependant, ce retour à domicile doit nécessiter d'être préparé par le thérapeute et par le patient. L'aménagement de l'environnement de la personne doit favoriser la participation sociale de l'individu pour limiter la différence de ces deux modes de vie.

4.3.3.3 Réussite d'un projet de vie à domicile

Les entretiens concordent sur les bénéfices d'une préparation réfléchie et minutieuse du retour à domicile, favorisant la participation sociale et l'autonomie dans les activités quotidiennes de la personne. **E1 « c'est préparer la personne en l'aidant à définir, euh, d'abord à se projeter sur quel va être son environnement humain mais aussi son environnement occupationnel et se projeter si cela va convenir, si cela va suffire ou si étayer plus. »** E2 ***« Il faut qu'une fois son retour à domicile, il faut que sa participation sociale de la personne soit favorisée ».***

Or E1, énumère des possibilités occupationnelles permettant la préparation du retour à domicile. ***E1 « Donc après c'est vraiment à reconstruire et à anticiper ou sinon le patient risque, potentiellement tomber en dépression. La différence entre le niveau d'activité en institution et celui du domicile est important ».***

L'importance de l'adaptation de l'environnement de la personne est un facteur prépondérant dans la réusssite d'un maintien ou d'un réengagement occupationnel. Ainsi, comme le rapporte E3, elle va permettre à la personne de pouvoir réinvestir ces occupations en favorisant son autonomie. ***E3 « L'idée est qu'il soit au maximum autonome dans ses activités quotidiennes, que le logement soit adapté et qu'il puisse être le plus indépendant ».*** Pour un retour à domicile réussi, il est essentiel que le patient puisse retrouver une participation satisfaisante dans ses activités quotidiennes, favorisant ainsi son autonomie. L'environnement joue un rôle crucial dans la réussite du projet de vie, avec des variations selon les individus. Il est essentiel d'adapter et de protéger le domicile et l'environnement de la personne.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

4.3.4 La prise en charge à long terme des personnes atteintes de tétraplégie, y compris les athlètes de haut niveau, en ergothérapie

4.3.4.1 Les modèles utilisés

Au regard des différents entretiens, les modèles utilisés dans leurs pratiques sont des modèles propres à l'expertise en ergothérapie. Ils sont majoritairement portés sur l'importance du maintiens occupationnel et sur l'occupation dans sa globalité. ***E1 « il existe des échelles qui permettent de définir des rôles, avec tous les outils de Kielhofner ou de la MCRO aussi. Tout ça sont des outils qui peuvent aider la personne à définir les rôles qui sont significatifs pour elle, ce qu'elle a envie de conserver. Tout cela va se faire au travers d'entretiens ».*** E2, vient confirmer les dires de E1 en rajoutant l'aide apportée par ces modèles dans l'identification des problèmes occupationnels prioritaires. ***« Parfois j'utilise l'outil de la MCRO, qui est un outil d'entretien normé, validé pour les ergothérapeutes. Cela permet de définir les problèmes occupationnels et de prioriser leurs importances à ces problèmes occupationnels ».*** Une autre caractéristique des modèles basés sur l'occupation a été cité par E3. Pour cette ergothérapeute, le fait d'utiliser un de ces modèles l'aide à proposer des activités écologiques, significatives et signifiantes à la personne. « ***Le fait que j'utilise un modèle basé sur les occupations me permets plus facilement de proposer des activités écologiques à la personne et prendre en compte vraiment sa singularité dans ma prise en charge. ».***

L'utilisation de modèles basés sur l'écologie de la personne permet de répondre aux objectifs occupationnels individuels et de placer le patient au centre de sa rééducation. Les modèles principalement utilisés, tels que le MCREO ou le MOH, sont spécifiques à l'ergothérapie et se concentrent sur l'occupation de la personne.

4.3.4.2 Réussite d'une transition de vie via un suivi axé sur le réengagement occupationnel

Une reprise d'activités qu'elles soient antérieures ou nouvelles va permettre à la personne d'acquérir une meilleure autonomie dans ses activités quotidiennes. L'amélioration de l'autonomie va permettre à la personne progressivement de se détacher de l'institution et

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

envisager une sortie par le biais de permissions de plus en plus importantes et significatives. E1 ***« mises en situation par la reprise progressive d'activités significatives pour la personne par l'acquisition d'une plus en plus grande autonomie dans les activités de la vie quotidienne permettant une sortie progressive de l'institution par le biais de permissions. ».***

De plus, il est rapporté que dans les entretiens, le fait de favoriser des activités écologiques contribuerai à établir une relation entre les anciennes et nouvelles activités signifiantes de la personne, E3 « ***De faire vraiment quelque chose d'écologique plutôt que de l'analytique et ça permet vraiment un lien facile entre les activités antérieures où on ne se posait pas plus de questions et les activités actuelles qui demandent un ajustement ou une adaptation ou une réadaptation avec quelque que chose qui change vraiment. ».***

Ainsi, promouvoir l'activité lors d'une situation de tétraplégie est un processus nécessitant un accompagnement basé sur la durée. E2 et E3 proposent d'accentuer l'acceptation progressive de cette transition en proposant des hospitalisations de courtes durées pour faciliter la réussite du retour à domicile***. E2 « il y a le retour à domicile mais de temps en temps refaire un séjour en hôpital de jour pour faire le point sur ce qu'il se passe »bien et là où il faudrait apporter de l'aide ou des aménagements ou s'il y a besoin de faire un petit coup de renforcement musculaire pour lâcher l'hôpital petit à petit. » E3 « Si besoin, ils peuvent revenir, je ne sais au bout de 5ans mon fauteuil était bien, c'était le premier que j'ai pris mais finalement je suis un peu plus actif et j'aimerai un fauteuil un peu plus léger et du coup il va revenir en hospitalisation pour revenir faire des essais, … Ils peuvent revenir ».***

L'accompagnement en ergothérapie à long terme se fait via l'utilisation des situations de plus en plus réalistes pour évaluer et identifier les problèmes occupationnels de la personne. Des approches telles que les appartements thérapeutiques et les sorties de plus en plus longues permettent au patient de se plonger dans sa future vie quotidienne. Des bilans de suivi ou renouvellements d'aides techniques peuvent être prodigués lors de rencontres ultérieures. Le fait de revenir à l'hôpital à des moments plus espacés favorise une meilleure acceptation de cette nouvelle transition.

4.3.4.3 Redéfinition des rôles par l'activité

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Les aides fournies permettent de s'adapter aux activités qu'ils font. Sur le long terme, ils s'en saisissent et cela favorise la redéfinition de leurs rôles. Se baser sur l'activité permet au patient de se donner des objectifs et de tout faire pour les tenir. A travers l'activité ils se redéfinissent eux-mêmes. ***E2 « J'essaie de faire du lien et de donner des clefs, des astuces à la personne pour qu'elle puisse s'en saisir pour son retour. »***

Ainsi, les patients atteints de tétraplégie essaient de reprendre une activité le plus rapidement possible, comme le démontre ***E3 « Dans un premier temps, ils ne veulent pas être réformés donc ils retournent bosser dans d'autres postes mais généralement ils ne sont pas, euuuh, voilà. Ce ne sont pas des gens qui sont réformés, qui retournent dans leurs régiments pour bosser ».*** Les individus ont besoin de retrouver une place, une fonction afin de pouvoir un nouveau rôle communautaire**. E1 «** ***Le plus souvent cela va plutôt être des activités occupationnelles sportives, associatives, plutôt intellectuelles, plutôt être membre d'une association ou membre du bureau pour gérer une association sur le plan financier, etc … Il y a beaucoup de gens qui sont tournés vers ce type d'activité. ».***

La pratique d'une activité, qu'elle soit professionnelle ou de loisir, offre à la personne la possibilité de trouver ou de redécouvrir un nouveau rôle au sein d'une communauté, en assumant des responsabilités au sein d'une association, d' une équipe sportive ou au sein de leur régiment. On peut supposer que cela permet à la personne de se sentir à nouveau utile.

V. Discussion

5.1 Confrontations de la littérature avec les résultats

5.1.1 Un réengagement Occupationnel à court et moyen long terme

La rééducation et la réadptation d'une personne tétraplégique sont constituées de différentes phases. Selon les entretiens réalisés, la rééducation et la réadaptation d'une personne tétraplégique sont basées sur une série d'objectifs à court et moyen terme, qui visent à répondre aux activités essentielles de la personne. La théorie valide cette approche en détermine que la tétraplégie a un impact sur la participation occupationnelle ainsi que sur l'identité psychologique et physique de la personne (Pouplin, 2011). L'objectif de

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

l'ergothérapeute est de favoriser l'autonomie et l'indépendance de la personne en prévoyant des situations concrètes lors de son séjour en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Il est important d'ancrer la personne dans son projet de soins en vue de son futur projet de vie (E1). De plus, le transfert professionnel se caractérise par le développement progressif de nouvelles compétences et aptitudes chez la personne (Kielhofner & Forsyth, 1997). Il semble crucial, pour réussir la transition occupationnelle, de favoriser la redéfinition des centres d'intérêt de la personne (Roy, s. d.-a; Stéphan et al., 2005). Les entretiens mettent en évidence une concordance entre la théorie et la pratique. En effet, selon E1 et E2, l'objectif principal est de redonner à la personne le pouvoir de décider et d'agir de manière autonome en la familiarisant avec ses activités, dans l'espoir qu'elle puisse s'adapter aux situations difficiles et développer de nouveaux centres d'intérêt et objectifs occupationnels.

5.1.2 L'accompagnement spécifique d'un sportif professionnel

La théorie expose l'arrêt de carrière non prévu comme une fracture occupationnelle notamment avec un boulversement identitaire la plus ancrée en nous. (Haugen, 2022). E2 rapporte l'apparition de frustration, de colère dès que la thématique du sport est abordée, chez les personnes qu'elles accompagnent. La théorie peut expliquer la raison de l'apparition de ces émotions notamment par le fait que leur sérénité interieur est impactée. L'engagement occupationnel que ces personnes avaient rythmé leur quotidien et que lors d'un arrêt de carrière brutale leurs existences sont remis en causes. (Kim & Moen, 2002; Stéphan et al., 2005). La prise en charge psychologique et psychiatrique immédiate chez le militaire comme le rapporte E3 permet d'atténuer les conséquences de cette transition brutale. Ce dispositif de suivi psychologique a été mis en place en raison de la reconnaissance que le terme « militaire » est souvent associé à des traumatismes psychologiques. Toutefois, il convient de se demander pourquoi cette pratique n'est pas étendue aux personnes ordinaires ou à d'autres groupes vulnérables, tels que les blessés sportifs. La théorie le stipule, un sportif professionnel aura d'avantage de difficultés à faire son deuil ; il devra accepter le fait qu'il a perdu son travail pour lequel il a consacré l'entièreté de sa vie mais aussi le fait de faire le deuil de sa situation d'handicap.(Brewer & Petitpas, 2017).

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Il existe cependant un écart entre la théorie et la pratique. Selon la théorie, l'appartenance à une communauté dotée d'une forte identité peut favoriser une exclusion identitaire, ce qui rend difficile l'intérêt pour de nouvelles activités lors d'une transition de vie (Haugen, 2022)Cependant, en pratique, E2 et E3 ne rencontrent pas de difficultés liées à leur identité dans leur processus de réengagement occupationnel. Elles soulignent cependant l'importance du contexte dans lequel l'accident s'est produit, que ce soit dans un cadre professionnel ou de loisirs. En tant qu'ergothérapeute, cela influence notre prise en charge. Selon E2 et E3, le fait que la personne soit un sportif oriente nos choix d'occupations pour elle. Le caractère professionnel d'une personne blessée a également des répercussions sur les modalités d'aides financières disponibles, notamment avec la GMF pour les joueurs de rugby (voir la partie sur les indemnisations), et le fait que la France ait une dette envers ses soldats pour les militaires.

5.1.3 Une redéfinition des rôles via un accompagnement écologique et occupationnel au long terme

Le retour à domicile représente le moment où la personne réintègre son environnement, dans la mesure du possible. Cependant, il est considéré comme un nouveau défi dans la vie d'une personne atteinte de tétraplégie, avec une possible diminution de l'engagement professionnel dû aux différences entre la vie en institution et la vie à domicile. Selon E2, le retour à domicile doit favoriser la participation professionnelle de la personne. Selon Kielhofner, toute perturbation de la volonté ou de l'habituation de la personne aura des conséquences sur son environnement et ses occupations, ce qui se reproduit lors du retour à domicile, en particulier en cas de tétraplégie.

Dans la pratique, le modèle MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) de Kielhofner est souvent utilisé, mais E1, E2 et E3 préfèrent généralement utiliser le MCREO (Modèle Canadien du Rendement et de l’engagement Occupationnel) et la MCRO (Mesure du Canadienne Réengagement Occupationnel). Cette préférence s'explique par une meilleure formation des personnes au MCREO. Il serait intéressant de combiner ces deux modèles, en accentuant le

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

MOH dans l'approche holistique de la personne et en utilisant le MCREO avec la MCRO pour prioriser et planifier le réengagement de chaque occupation spécifique à individu.

La reprise d'activité permet d'éviter le désengagement de la personne et de réduire les conséquences de la perte de rôles significatifs. Nos rôles influencent nos actions, nos occupations et nos habitudes de vie (Kielhofner & Forsyth, 1997). Selon E1 et E3, il est important de mettre en lumière le désir de ces personnes de retrouver leur place dans la société en se tournant vers de nouveaux rôles sociaux professionnels. Une rééducation et réadaptation appropriée leur permettra de se réintégrer à long terme. L'utilisation de moyens occupationnels tels que les mises en situations et les autorisations de plus en plus grandes permet à la personne de s'approprier son nouvel environnement futur.

Les stages sportifs, les découvertes sportives et les compétitions sportives entre blessés militaires permettront également leur reconstruction. Ces personnes étaient d'anciens sportifs et E3, une ergothérapeute spécialisée, indique que ces stages tels que les RMBS (Rencontres Militaires Blessure et Sport) ou les Invictus Games, compétitions internationales, comportent la redéfinition de leur rôle en tant que sportif avant d'être catégorisés comme des personnes blessées de guerre. Ces étapes impliquent une nouvelle mission pour les ergothérapeutes, qui doivent accompagner les personnes tout en adaptant les aides techniques pour la découverte des sports.

Ces étapes sont décrites comme des moments de ralentissement pour les patients, selon E3, car elles leur permettent de rencontrer d'autres personnes ayant vécu des situations similaires. Les échanges sur leurs expériences et leurs parcours les aident dans leur processus de deuil. Les Invictus Games permettent aux personnes de faire partie d'une équipe et de retrouver le sentiment d'appartenance à un groupe. Ils s'entraînent ensemble toutes les six semaines et sont traduits comme des athlètes handisport avant d'être traduits comme des blessés de guerre. À travers cet exemple dans le domaine militaire, on comprend l'importance d'une reprise professionnelle en lien avec nos anciennes habitudes de vie, qui agit comme un catalyseur dans le réengagement professionnel des sportifs de haut niveau, tels que les militaires.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

5.2 Intérêts et Limites de l'étude

Cette étude a permis d'apporter des premiers éléments sur l'importance du réengagement occupationnel dans la redéfinition des rôles d'une personne atteinte de tétraplégie. De plus cette initiation à la recherche a révélé les conséquences d'un retour à domicile non prévu et non préparé. La préparation adéquate du retour à domicile revêt une importance cruciale pour une réinsertion professionnelle réussie de la personne. Dans le cas d'un athlète professionnel tel qu'un joueur de rugby devenu tétraplégique, le réengagement occupationnel joue un rôle vital dans le maintien de l'occupation. Il favorise un engagement durable dans les domaines personnels, professionnels et de loisirs. Cette initiation à la recherche a mis en évidence l'importance d'une rééducation et d'une réadaptation basée sur l'écologie de la personne.

À travers l'entretien d'une ergothérapeute spécialisée dans l'accompagnement des blessés de guerre, on constate l'importance prouvée d'une rééducation activée sur le sport, qui se manifeste notamment par la mise en place de stages permettant la découverte d'activités sportives adaptées. Ces étapes offrent aux blessés de guerre l'opportunité d'échanger avec des personnes ayant vécu des épreuves similaires, contribuant ainsi à leur reconstruction par le biais du sport. Le sport, qui a joué un rôle essentiel dans leur vie passée, devient un outil de reconstruction.

Transposer ce système aux sportifs professionnels pourrait être une piste intéressante à explorer, offrant à l'ergothérapie un nouveau rôle dans l'accompagnement à long terme des individus. Un exemple pertinent est celui des Invictus Games, où des militaires se réunissent toutes les 6 semaines pour se préparer à des compétitions et promouvoir le sport handisport.

Cependant, l'étude comporte certains biais qui doivent être pris en compte.

Des biais de sélections : Le faible nombre d'ergothérapeutes interrogés est peu représentatif de l'ensemble des ergothérapeutes accompagnant les personnes atteintes de tétraplégie et particulièrement les rugbymans professionnels.

Biais liés à la définition : La compréhension et l'interprétation des questions posées variaient d'une personne à l'autre, ce qui pouvait causer des confusions lors des réponses.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Biais de confusion : Après la transcription des entretiens, une analyse des informations fournies par les personnes interrogées a été effectuée. Il est possible que les propositions de ces personnes aient été mal interprétées par l'intervieweur.

Biais de mémorisation : Au cours des entretiens, il est arrivé que les personnes interrogées oublient la population cible de mon étude.

5.3 Question de recherche et suggestion pour la suite de l'étude

Pour la suite de cette étude, il serait opportun d'élargir le nombre d'ergothérapeutes interrogés afin d'obtenir une meilleure représentativité des résultats et ainsi diminuer les biais de sélection.

Démarcher et contacter des professionnels de santé dans l'optique d'un entretien sont des processus chronophages et généralement n'aboutissent pas à un échange. Il pourrait donc être pertinent de recontacter des SSR spécialisés dans la rééducation des sportifs professionnels ou d'approcher le syndicat des joueurs de rugby professionnel qui ont pour mission de faire valoir les droits de chaque joueur. Ceci permettrait d'apporter de nouvelles informations en lien avec notre population cible.

D'après les entretiens effectués, la sphère psychologique et psychiatrique sont des facteurs primordiaux dans la réhabilitation et dans la réinsertion des personnes atteintes de tétraplégie, notamment chez les sportifs de hauts niveaux avec le deuil de la perte de sa profession mais aussi de son intégrité physique. Il serait donc adéquat d'interroger ces professionnels de santé pour les questionner sur leurs pratiques et ainsi d'approfondir à travers leurs discours l'importance que peut avoir une prise en charge en ergothérapie lors d'un l'accompagnement dans le processus d'acceptation et du deuil des personnes.

De plus, mener des entretiens avec des sportifs professionnels qui sont devenus tétraplégiques à la suite d'un accident semblerai judicieux dans la quête d'information. Le but étant de savoir quels ont été leurs parcours, quels étaient leurs besoins, comment ont-ils accepté leurs transitions, comment ce sont-ils redéfinis ? Ont-ils eu une rééducation via l'activité sportive? Ces entretiens permettront de faire le lien entre plusieurs visions ; la théorie, la pratique professionnelle et le ressenti vécu par le patient.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

À travers les entretiens, la rééducation par le sport occupe une place importante dans le processus de redéfinition des rôles d'une personne, notamment chez les militaires. Il serait intéressant de transposer ceci chez les sportifs pour confirmer ou rejeter ces bénéfices. Pour la suite de l'étude, la mise en place d'un protocole de suivi basé sur la reconstruction sportive permettra de répondre à cette problématique : **« Comment intégrer la reconstruction par le sport dans un accompagnement en ergothérapie afin de favoriser réadaptation des rôles d'un sportif professionnel devenu tétraplégique, dans son nouvel environnement ?** »

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Conclusion

L'engagement occupationnel joue un rôle essentiel dans la qualité de vie, la santé physique et mentale, ainsi que le bien-être de la population en général. Cependant, la survenue d'un accident ou d'un traumatisme remettant en cause cet équilibre entraîne une transition de vie importante pour la personne et son environnement.

Cette recherche se concentre sur les rugbymans professionnels devenus tétraplégiques suite à des accidents survenus lors de leur pratique. L'objectif est d'étudier, d'identifier et de comprendre comment le suivi en ergothérapie peut influencer le processus de réengagement occupationnel chez cette population.

La littérature française et internationale souligne l'importance de l'identité des athlètes de haut niveau dans leur pratique sportive. La théorie suggère que cette identité limite le réengagement occupationnel de ces personnes lors d'une transition de vie perturbant leurs habitudes et leurs rôles sociaux.

Les entretiens visaient à obtenir des explications sur la manière dont l'accompagnement en ergothérapie, depuis le début de la rééducation jusqu'au suivi à long terme, permet à une personne atteinte de tétraplégie de redéfinir ses différents rôles dans la vie.

La reprise d'activité est considérée comme l'un des meilleurs moyens pour orienter la personne vers son projet de vie futur. Une prise en charge subjective et adaptée à la personne constitue un véritable atout dans l'approche holistique. Le réengagement occupationnel, dès l'élaboration d'objectifs à court et moyen terme en utilisant des modèles occupationnels, favorise la réinsertion sociale de la personne. La reprise occupationnelle pousse la personne à se redéfinir, à reconsidérer ses centres d'intérêt tout en tenant compte de ses capacités motrices et de son environnement futur.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Les ergothérapeutes interrogés mentionnent que la nature et le contexte de l'accident influencent la prise en charge en ergothérapie pour les athlètes de haut niveau, notamment en ce qui concerne la proposition d'activités, les aides financières possibles pour l'adaptation de l'environnement et l'acquisition d'aides techniques, facilitant le réengagement dans leurs possibles occupations.

Malgré de nombreux avantages, peu de mesures sont élaborées pour favoriser le réengagement occupationnel des populations à risque. Chez les militaires, la mise en place de stages sportifs et de découvertes occupationnelles constitue une avancée majeure dans la promotion du réengagement professionnel, tant sur le plan physique que psychologique.

L'impact psychologique d'une transition de vie chez les athlètes et les populations à risque représente un véritable enjeu de santé publique, en particulier en raison des risques de dépression et de suicide. Il est donc pertinent d'explorer différentes voies de rééducation pour ces individus.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Bibliographie

ANFE & Aurélie GAUTHIER. (2018). *Sciences de l'occupation de la théorie à la pratique*. Le Monde de l'ergothérapie.

Bernard, P., Sénégas, J., Peyrin, J.-C., Fière, V., Cauhapé, P., Lafargue, M., Dusfour, B., Adam, P., Castinel, B., & Roger, B. (2009). Nouvelle classification des lésions cervicales pour l'aptitude au rugby professionnel. *Journal de Traumatologie du Sport*, *26*(3), 148-154. https://doi.org/10.1016/j.jts.2009.06.008

Bohu, Y., Julia, M., Bagate, C., Peyrin, J.-C., Colonna, P., Thoreux, P., & Pascal-Mousselard, H. (2008). *39 LÉSIONS MÉDULLAIRES GRAVES DU RUGBYMAN : PREMIÈRE ÉTUDE RÉTROSPECTIVE SUR 10 ANS*.

Bohu, Y., Julia, M., Bagate, C., Peyrin, J.-C., Thoreux, P., & Pascal-Mousselard, H. (2008a). Traumatisme du rachis cervical du rugbyman en France. *Journal de Traumatologie du Sport*, *25*(2), 91-98. https://doi.org/10.1016/j.jts.2008.03.002

Bohu, Y., Julia, M., Bagate, C., Peyrin, J.-C., Thoreux, P., & Pascal-Mousselard, H. (2008b). Traumatisme du rachis cervical du rugbyman en France. *Journal de Traumatologie du Sport*, *25*(2), 91-98. https://doi.org/10.1016/j.jts.2008.03.002

Brewer, B. W., & Petitpas, A. J. (2017). Athletic identity foreclosure. *Current Opinion in Psychology*, *16*, 118-122. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.05.004

Dany Deslongchamps—Ces Jeux qu'on nous a volés | Sports | Radio-Canada.ca. (s. d.). Consulté 9 janvier 2023, à l'adresse https://ici.radio-canada.ca/sports/podium/823/dany-deslongchamps-olympiques-moscou-boycott-jeux-coronavirus-covid

Fédération française de rugby. (s. d.-a). *Carton bleu : Mode d'emploi !* Fédération Française de Rugby. Consulté 9 janvier 2023, à l'adresse https://www.ffr.fr/actualites/federation/carton-bleu-mode-demploi

Fédération française de rugby. (s. d.-b). *Informations médicales*. Fédération Française de Rugby. Consulté 9 janvier 2023, à l'adresse https://www.ffr.fr/jouer-au-rugby/informations-medicales

Fédération française de rugby. (s. d.). *Présentation générale*. Fédération Française de Rugby. Consulté 9 janvier 2023, à l'adresse https://www.ffr.fr/ffr/bien-joue/presentation-generale-bienjoue

Fondation Albert Ferrasse FFR. (s. d.). Fédération Française de Rugby. Consulté 10 janvier 2023, à l'adresse https://www.ffr.fr/ffr/la_federation/les-organismes-rattaches-a-la-ffr

Haugen, E. (2022). Athlete Mental Health & Psychological Impact of Sport Injury. *Operative Techniques in Sports Medicine*, *30*(1), 150898. https://doi.org/10.1016/j.otsm.2022.150898

Haute Autorité de santé. (s. d.). *ALD n° 20—Paraplégie (lésions médullaires)*. Haute Autorité de Santé. Consulté 15 mars 2023, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_588551/fr/ald-n-20-paraplegie-lesions-medullaires

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Hommage à Albert Ferrasse. (s. d.). Consulté 10 janvier 2023, à l'adresse https://www.fondation-ferrasse.org/albert-ferrasse.html

Informations médicales. (s. d.). Fédération Française de Rugby. Consulté 9 janvier 2023, à l'adresse https://www.ffr.fr/jouer-au-rugby/informations-medicales

Kaux, J.-F., Julia, M., Chupin, M., Delvaux, F., Croisier, J.-L., Forthomme, B., Crielaard, J.-M., Le Goff, C., Durez, P., Ernst, P., Guns, S., & Laly, A. (2014). Revue épidémiologique des blessures lors de la pratique du rugby à XV. *Journal de Traumatologie du Sport*, *31*(1), 49-53. https://doi.org/10.1016/j.jts.2013.11.003

Kielhofner, G., & Forsyth, K. (1997). The Model of Human Occupation : An Overview of Current Concepts. *British Journal of Occupational Therapy*, *60*(3), 103-110. https://doi.org/10.1177/030802269706000302

Kim, J. E., & Moen, P. (2002). Retirement transitions, gender, and psychological well-being : A life-course, ecological model. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, *57*(3), P212-222. https://doi.org/10.1093/geronb/57.3.p212

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Expérience - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 10 janvier 2023, à l'adresse https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/exp%C3%A9rience/32237

Lavallee, D. (s. d.). *Theoretical Perspectives on Career Transitions in Sport*. 11.

Le Bouc, Y., Duhamel, J.-F., Crépin, G., Pr Réthore, Pr Begue, Pr Breart, Pr Chaussain, Pr Crepin, Pr David, Pr Dreux, Pr Dubousset, Pr Duhamel, Dr Elefant, Pr Hascoët, Pr Henrion, Pr Jouannet, Pr Lasfargues, Pr Milliez, Pr Salle, … Madame Hermange. (2018). Conséquences de la pratique sportive de haut niveau chez les adolescentes : L'exemple des sports d'apparence. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, *202*(8), 1783-1799. https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30182-7

Le nombre de licenciés de retour à la FFR, les femmes en nette hausse. (s. d.). L'Équipe. Consulté 9 janvier 2023, à l'adresse https://www.lequipe.fr/Rugby/Actualites/Le-nombre-de-licencies-de-retour-a-la-ffr-les-femmes-en-nette-hausse/1313603

Le rugby : Origine, histoire et règles du jeu. (s. d.). Consulté 9 janvier 2023, à l'adresse http://sportbest.e-monsite.com/pages/sports-d-equipes/le-rugby-origine-histoire-et-regles-du-jeu.html

Légifrance. (s. d.). *Chapitre Ier : Ergothérapeute. (Articles L4331-1 à L4331-7).* Consulté 15 mars 2023, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171314/

L'épidémiologie des traumatismes liés à la pratique du rugby—Revue de la littérature. (s. d.). vie-publique.fr. Consulté 9 janvier 2023, à l'adresse https://www.vie-publique.fr/rapport/30105-lepidemiologie-des-traumatismes-lies-la-pratique-du-rugby-revue-de

Moggio, T., & Fabioux, B. (2020). *Les accidents dans le rugby : Ma vérité*. Privat.

Moggio, T., & Scudiero, S. (2021). *Si l'on m'apprenait que la fin du monde est pour demain, je planterais quand même un pommier*. Privat.

Notre rôle. (s. d.). Consulté 10 janvier 2023, à l'adresse https://www.fondation-ferrasse.org/notre-role.html

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Parkinson, S., Forsyth, K., Kielhofner, G., & Mignet, G. (2017). *MOHOST : Outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. ANFE, Association nationale française des ergothérapeutes De Boeck supérieur.

Philipine. (2018, janvier). Les chiffres clés du rugby féminin : Que peut-on espérer pour l'avenir ? *Rugby au féminin*. https://rugbyaufeminin.com/chiffres-cles-rugby-feminin-avenir/

Pillard, F., Mansat, C., Cassard, X., Rami, J., & Riviere, D. (2010). Épidémiologie des traumatismes orthopédiques liés à la pratique du rugby à XV. Revue de la littérature. *Journal de Traumatologie du Sport*, *27*(4), 177-188. https://doi.org/10.1016/j.jts.2010.09.005

Pouplin, S. (2011). *Accompagnement de la personne blessée médullaire en ergothérapie*. Solal.

Présentation de la Fédération. (s. d.). Fédération Française de Rugby. Consulté 9 janvier 2023, à l'adresse https://www.ffr.fr/ffr/la_federation/presentation_de_la_federation

Roy, S. (s. d.-a). *COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.).*

Roy, S. (s. d.-b). *COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.).*

Rugby, L. N. de. (s. d.). *Qui sommes-nous ?* Ligue Nationale de Rugby. Consulté 9 janvier 2023, à l'adresse https://www.lnr.fr/ligue-nationale-rugby/qui-sommes-nous

Scher, A. T. (1991). Catastrophic rugby injuries of the spinal cord : Changing patterns of injury. *British Journal of Sports Medicine*, *25*(1), 57-60. https://doi.org/10.1136/bjsm.25.1.57

Stéphan, Y., Bilard, J., & Ninot, G. (2005). L'arrêt de carrière sportive de haut niveau : Un phénomène dynamique et multidimensionnel. *Movement & Sport Sciences*, *54*(1), 35-62. https://doi.org/10.3917/sm.054.0035

Tibo InShape (Réalisateur). (2020, janvier 24). *24H AVEC UN TÉTRAPLÉGIQUE! (zéro tabou)*. https://www.youtube.com/watch?v=wHIaKzhrWww

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Annexes

Annexe I : Certificat médical de non contre-indication a la pratique du rugby II

Annexe II : Demande d'autorisation à évoluer aux postes de premièeres lignes III

Annexe III : Evaluation des blessures à la tête IV

Annexe IV : Mails envoyés aux structure pour demande d'entretiens……..V

Annexe V : Grille de premier entretien ……VII

Annexe VI : Grille du deuxième entretien ……IX

Annexe VII : Grille du troisième entretien ……XII

Annexe VIII : Grille d'analyse globale vierge ……...XV

Annexe IX : Grille d'analyse synthétique vierge ……XVII

Annexe X : Feuille de consentement vierge……XIX

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Annexe I : Certificat médical de non contre -indication à la pratique du rugby

FFR

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Rappel : La version originale de ce certificat est à remettre à l'association dans laquellevous sollicitez une licence pour la saison 2022/2023. Une version scannée du certificat est à déposer sur le site www.ovale2.ffr.fr au stade de l'étape 4 du formulaire dématérialisé de demande de licence

Note à l'attention des médecins :

Le Comité Médical de la FFR a rédigé le document « *Visite médicale de non contre-indication à la pratique du rugby / Aide à la consultation* » que peut être consulté sur le site www.ffr.fr à la rubrique : *JOUER AU RUGBY / INFORMATIONS MEDICALES.*

Je soussigné(e),

Nom, prénom : _____ Téléphone : _____

Titre et qualification : _____

Adresse : _____

atteste que _____ _____, né(e) le _____

ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable :

☐	A la pratique du rugby en compétition, y compris aux postes de 1ère ligne
☐	A la pratique du rugby en compétition, sauf aux postes de 1ère ligne
☐	A la pratique du rugby avec plaquage adapté, hors compétition (loisir)
☐	A la pratique du rugby sans plaquage (rugby à 5 et *beach* rugby), en compétition et hors compétition (loisir) : ☐ *Beach Rugby* ☐ Rugby à 5 – option « Loisir / Bien-être » ☐ Rugby à 5 – option « Santé » (sport sur ordonnance)
☐	A la pratique du rugby éducatif (garçons de moins de 14 ans et filles de moins de 15 ans)
☐	A la pratique de l'arbitrage en compétition
☐	Pour encadrer (éducateur, entraineur, préparateur physique)

N.B. : tout certificat médical établissant une absence de contre-indication à la pratique du rugby en compétition vaut établissement d'une absence de contre-indication à la pratique du rugby loisir, de l'arbitrage en compétition et pour entraîner.

Le présent certificat a été établi à la demande du patient (ou de son représentant légal) et lui a été remis en main propre.

Aucune rature n'est autorisée.

Date : _____

Signature et cachet obligatoires du praticien :

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Annexe II : Demande d'autorisation à évoluer aux postes de premières lignes

FFR

Demande d'autorisation à évoluer aux postes de 1ère ligne en cours de saison _____/_____
(Document à utiliser à compter du 01 juillet 2019 et jusqu'à nouvel ordre)

Demande du CLUB de (nom) : _____
auprès de sa **LIGUE REGIONALE (nom) :** _____

Nom et Prénom du JOUEUR/JOUEUSE : _____
Né(e) le : _____

DEMANDE DU JOUEUR/DE LA JOUEUSE

Je soussigné(e), _____ _____, demande à être autorisé(e) à jouer en 1ère ligne pour la saison en cours.

Date : _____/_____/_____
Signature :

* **Pour les joueurs et joueuses mineurs, joindre le document complémentaire d'autorisation des parents ou du tuteur légal.**

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Je soussigné(e), **Docteur** _____ _____,
atteste que _____,
ne présente pas de contre-indication à la pratique du rugby en compétition aux postes spécifiques de 1 ère ligne *pour la saison en cours.*

Date : _____ / _____ / _____
Signature et cachet du médecin (obligatoires) :

ATTENTION SVP :
- **Joindre obligatoirement la photocopie de votre carte de qualification (avec photo) de la saison en cours.**

CADRE RESERVE A LA COMMISSION MEDICALE DE LA LIGUE REGIONALE

Au vu des éléments fournis au dossier, je soussigné(e),
Dr _____ _____,
président de la commission médicale de la ligue régionale,

☐ **Valide** ou ☐ **Refuse** **la présente demande** (*Cocher la case utile. Merci).*
Date : _____/_____/_____
Signature et cachet du médecin ***(obligatoires)*****:**

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Annexe III : Evaluation des blessures à la tête

Saison 2022-2023

Evaluation des blessures à la tête
Formulaire présaison

HIA Présaison

Bilan réalisé par		Date		Heure				
NOM joueur (se)		Prénom						
Date de naissance		Age		Sexe	☐ M ☐ F	Poids		Taille
Coordonnées (adresse postale ou email)								
Nom du club	Toulouse	Structure actuelle	☐ Club ☐ Centre de formation ☐ Sélection nationale					
Latéralité	☐ Droitier ☐ Gaucher ☐ Ambidextre	Niveau d'étude	☐ 1(avant brevet) ☐ 2(avant BAC) ☐ 3(BAC et +)	Nombre d'années d'étude complétées après le-bac ? *Years of education completed:*				
Année de début de la pratique du rugby				Année de début de la carrière professionnelle				

	XV	VII
Poste(s) occupé(s) habituellement ?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7
Date(s) des antécédents de commotion (JJ/ MM/ AAAA)	Commotion 1 :	Commotion 6 :
	Commotion 2 :	Commotion 7 :
	Commotion 3 :	Commotion 8 :
	Commotion 4 :	Commotion 9 :
	Commotion 5 :	Commotion 10 :
Le joueur consent que ces données soient utilisées :	☐ Par le programme de suivi des commotions en match	
	☐ Une fois rendues anonymes, pour la recherche, par le programme de suivi des commotions en match et le protocole de recherche observationnelle HIA de World Rugby	

Le joueur a-t-il déjà:	Eu une commotion cérébrale dont la récupération a duré plus de 3 semaines ? Have you ever had a concussion with long recovery (> 3 weeks)	☐ Oui ☐ Non
	A la suite d'une commotion, a t il remarqué des changements dans son état psychologique (humeur,..) ? Have you noticed any changes in your psychological state following a concussion?	☐ Oui ☐ Non
	Remarqué une vulnérabilité récente aux commotions cérébrales ? *(La commotion cérébrale survient pour des impacts de plus en plus faible). Did you notice a recent vulnerability to concussion? (Concussion occurs at lower and lower impact levels)*	☐ Oui ☐ Non
	Fait l'objet d'un diagnostic de trouble d'apprentissage ou dyslexie ? Diagnosed with a learning disability / dyslexia?	☐ Oui ☐ Non
	Fait l'objet d'un diagnostic de TDA/ TDHA dans l'enfance? Diagnosed with ADD / ADHD?	☐ Oui ☐ Non

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Annexe IV : Premiers mails envoyés aux structures

Mail 1 :

Objet : Demande d'entretien pour mémoire de fin d'etude en ergothérapie .

Bonjour,

Je me présente je m'appelle Victor Lagier, j'ai 23 ans.
Je suis en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Lyon.

Dans le cadre de ma formation je dois réaliser un mémoire. Celui-ci se préoccupe de l'influence de l'ergothérapie dans le réengagement occupationnel des personnes atteintes de tétraplégie, plus précisément des sportifs professionnels, rugbyman devenu tétraplégique.

Je me permets de vous contacter car votre expertise dans la rééducation et l'accompagnement de sportifs professionnels blessés me permettrai d'apporter des éléments concrets à mon sujet de mémoire.
De plus, au sein de votre structure le métier de l'ergothérapie est représenté. Leurs avis et leurs expériences m'aiderai à comprendre ce que peut apporter une prise en charge en ergothérapie dans un centre de rééducation spécialisé pour ce type de population. L'objectif de mon mémoire est de montrer l'importance que peut avoir la transition occupationnelle que doit faire un joueur professionnel qui devient brusquement tétraplégique. De plus, savoir comment dans une structure recevant cette population vous arrivez à inscrire ces professionnels dans un futur projet de vie. Dans la mesure du possible j'aimerai m'entretenir avec les différents corps de métier présents dans votre organisme pour parler de leurs quotidiens, de leurs missions, des objectifs qu'ils ont ainsi que des difficultés qu'ils rencontrent.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de lire mon message. Je reste disponible par mail ou par téléphone au ********* et par mail : **********

Je vous souhaite de passer une agréable journée.

Cordialement,

Lagier Victor

Mail 2 :
Objet : Demande d'entretien pour mémoire de fin d'étude en ergothérapie

Bonjour,

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Je me présente je m'appelle Victor Lagier, j'ai 23 ans.
Je suis en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Lyon et originaire d'********
Pourquoi je vous sollicite ?

Dans le cadre de ma formation dans une profession du paramédical je dois réaliser un mémoire de fin d'étude. Celui-ci se préoccupe de l'influence de l'ergothérapie dans le réengagement occupationnel des personnes atteintes de tétraplégie, plus précisément des sportifs professionnels, rugbyman devenu tétraplégique.
Concrètement j'aimerai m'entretenir de préférence avec l'un de vos médecins du sport qui suivent l'équipe. Le sujet de l'entretient porterai sur la prévention des risques mis en place par un club professionnel pour limiter les accidents graves ainsi que les obligations que reçoivent les différents clubs professionnels de la part de la LNR ou FFR .
L'autre axe de cet entretient se focalisera sur les démarches à suivre par le joueur, le club et les médecins lors d'un accident grave qui se produit.

ps : je vous laisse mon numéro de téléphone si vous voulez me joindre par appel
****

Je vous remercie de votre attention à l'égard de ce message.
Je vous prie d'accepter mes sincères salutations.

Cordialement,

Victor lagier

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Annexe V : Grille du premier entretien

1.

INTRODUCTION DE L'ENTRETIEN / présentation	Présentez vous	- Pouvez-vous présenter l'établissement dans lequel vous travaillez - Depuis combien de temps exercez vous le métier d'ergothérapeute ? - Quel est votre parcours professionnel ? - Depuis combien de temps travaillez vous ici ? - Quelles sont vos missions au sein de cet établissement ? - Comment vous vous êtes spécialisé dans l'accompagnement de cette population particulière ?

2.

L'ergothérapie et l'accompagnement de la tétraplégie	Selon vous, dans quelles mesures un accompagnement en ergothérapie d'une personne atteint de tétraplégie favorise sa réadaptation ?	- Quels sont les objectifs Occupationnels à court et moyen terme dans une suivi d'une personne atteint de tétraplégie ? - Comment en tant qu'ergothérapeute accompagne-t- on le projet de soin dans une optique de projet de vie ? - De quelles façons et dans quelles optiques la subjectivité et la singularité de la personne sont prises en compte dans son projet de soin en vue d'une réinsertion sociale ?

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

		- Selon vous une prise en charge ergothérapique sur du long terme serait bénéfique ? et dans quelles mesures ?

L'ergothérapie à long terme	Selon vous, quels pourraient être les moyens pour faciliter l'occupation des personnes dépendantes lors de leur retour à domicile ?	- Quel impact peut avoir le retour à domicile sur le maintien occupationnel ? - De quelles façons le rythme et le mode de vie surchargé d'une personne atteinte de tétraplégie entravent la découverte de nouvelles occupations ? - Selon vous, quels sont les éléments à prendre en compte pour la réussite d'un projet de vie à domicile ? - Comment le suivit en ergothérapie via un réengagement occupationnel lors d'une transition de vie favoriserait la redéfinition des rôles de la personne et donc de sa propre identité ? - Comment accompagner dans un processus plus long une personne dans son projet de réengagement occupationnel ? - Sur quels modèles basés vous votre pratique ? - Dans quelles optiques les utilisés vous ? - Dans quelles mesures une prise en charge en ergothérapie accentuée sur le réengagement occupationnel favorise la réussite d'une transition de vie, propre à la personne ?

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Annexes VI : Grille du deuxième entretien

Guide d'entretien N°2

Thèmes	Questions initiales	Questions de relance ?
INTRODUCTION DE L'ENTRETIEN / présentation	Pouvez-vous vous présenter	- Quel est votre parcour professionnel ? - Depuis combien de temps exercez vous le métier d'ergothérapeute ? - Pouvez-vous présenter l'établissement dans lequel vous travaillez - Depuis combien de temps travailler vous ici ? - Quelles sont vos missions au sein de cet établissement ? - Comment vous vous êtes spécialisé dans l'accompagnement de cette population particulière ?
L'ergothérapie et l'accompagnement de la tétraplégie	Selon vous, dans quelles mesures un accompagnement en ergothérapie d'une personne atteint de tétraplégie favorise sa réadaptation ?	- Quels sont les objectifs Occupationnels à courts et moyen terme dans une suivi d'une personne atteint de tétraplégie ? - Comment en tant qu'ergothérapeute accompagne-t-on le projet de soin dans une optique de projet de vie ? - De quelles façons et dans quelles optiques la subjectivité et la singularité de la personne sont prises en compte dans son projet de soin dans un centre de rééducation ?

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

		= > préciser le contexte d'exercice à chaque fois
Prise en charge spécifique de l'athlète	De quelles façons les athlètes devenus tétraplégiques sont-ils pris en charge ?	- Avez-vous déjà été amenée à prendre en charge un sportif devenu tétraplégique ? - Selon vous quelles peuvent être les différences à prendre en compte entre le suivi d'une personne atteint de tétraplégique et un sportifs professionnel devenu tétraplégique ? - Comment est géré psychologiquement le post accident ? - De quelles rééducations bénéficient-ils ? - A quelle fréquence sont-ils suivis ? - A quelles fréquences ont-ils des bilans de rééducation ?
Limitation de l'identité de la personne	Selon vous, quels sont les facteurs limitants le réengagement occupationnel lors d'une transition de vie ?	- Selon vous comment peut-on mesurer l'importance d'une transition de vie dans l'arrêt d'une carrière sportive ? - Quels impacts peuvent avoir les traumatismes entrainant une tétraplégie sur des joueurs professionnels ? - (En tant qu'ergothérapeute comment accompagnez-vous les problématiques psychologiques lors d'un traumatisme entrainant une dépendance fonctionnelle ?) => en lien avec la question du thème précédent. - Quels peuvent être les impacts d'une identité restreinte sur la redéfinition des rôles de la personne ?

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

		- Dans quelles mesures une identité restreinte amoindrie la réussite d'une transition de vie ? - De quelles façons et par quels procédés la reprise d'activité dans la vie quotidienne favorise une redéfinition des rôles ?
Sortie du SSR	Vous, en tant qu'ergothérapeute dans un service de soins et de réadaptation, de quelles façons préparez-vous le patient au retour à domicile ?	- Quel impact peut avoir le retour à domicile sur le maintien occupationnel ? - Selon vous, quels sont les éléments à prendre en compte pour la réussite d'un projet de vie à domicile ? - Comment accompagner dans un processus plus long une personne dans son projet de réengagement occupationnel ? - Sur quels modèles basés vous votre pratique ? - Dans quelles optiques les utilisés vous ? - Dans quelles mesures une prise en charge en ergothérapie accentuée sur le réengagement occupationnel favorise la réussite d'une transition de vie, propre à la personne ?

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Annexe VII : Guide du troisième entretien

Thèmes	Questions initiales	Questions de relance
INTRODUCTION DE L'ENTRETIEN / présentation	Présentez vous	- Pouvez-vous présenter l'établissement dans lequel vous travaillez - Depuis combien de temps exercez vous le métier d'ergothérapeute ? - Quel est votre parcour professionnel ? - Depuis combien de temps travaillez vous ici ? - Quelles sont vos missions au sein de cet établissement ? - Comment vous vous êtes spécialisé dans l'accompagnement de cette population particulière ?

Prise en charge spécifique du militaire	De quelles façons les militaires devenus tétraplégiques ou invalides sont-ils pris en charge ?	- Qu'est que veut dire pour vous le terme d'invalides ? - Selon vous quelles peuvent être les différences à prendre en compte entre le suivi d'une personne atteint de tétraplégique et un militaires devenu tétraplégiques ou invalides ? - Comment est géré psychologiquement le post accident ? - Quels suivis médicaux ont les professionnels après leurs traumatismes ? - De quelles rééducations bénéficient-ils ?

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

		- A quelle fréquence sont-ils suivis ? - A quelles fréquences ont-ils des bilans de rééducation ?

Limitation de l'identité de la personne	Selon vous, quels sont les facteurs limitants le réengagement occupationnel lors d'une transition de vie ?	- Selon vous comment peut-on mesurer l'importance d'une transition de vie dans l'arrêt d'une carrière sportive ou militaire ? - Quels impacts peuvent avoir les traumatismes entrainant une tétraplégie sur les militaires ? - (En tant qu'ergothérapeute comment accompagnez-vous les problématiques psychologiques lors d'un traumatisme entrainant une dépendance fonctionnelle ?) => en lien avec la question du thème précédent. - Quels peuvent être les impacts d'une identité restreinte sur la redéfinition des rôles de la personne ? - Dans quelles mesures une identité restreinte amoindrie la réussite d'une transition de vie ? - De quelles façons et par quels procédés la reprise d'activité dans la vie quotidienne favorise une redéfinition des rôles ?

Sortie du SSR	Vous, en tant qu'ergothérapeute dans un service hospitalier d'instructions des armées, de quelles façons préparez-vous le patient au retour à domicile ?	- Quel impact peut avoir le retour à domicile sur le maintien occupationnel ? - Selon vous, quels sont les éléments à prendre en compte pour la réussite d'un projet de vie à domicile ?

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

		- Comment accompagner dans un processus plus long une personne dans son projet de réengagement occupationnel ? - Sur quels modèles basés vous votre pratique ? - Dans quelles optiques les utilisés vous ? - Dans quelles mesures une prise en charge en ergothérapie accentuée sur le réengagement occupationnel favorise la réussite d'une transition de vie, propre à la personne ?

5.

Quel parallèle peut-on faire entre les militaires invalides ou blessés médullaires et les sportifs professionnels qui doivent arrêtés leurs carrières à la suite à la suite d'un traumatisme les invalidants ?

- Quelles sont leurs similitudes ?
- Quels sont leurs points de divergence ?
- L'aspect psychologiques est-il le même ? est-il pris en compte de la même manière ?
- Quels projets de réengagement occupationnels pourrait-on transposés aux sportifs professionnels ?

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Annexe 8 : Grille d'Analyse globale Vierge

Thèmes	Indicateurs	*E1*	Reformulation/ Synthèse	*E2*	Reformulation / Synthèse	*E3*	Reformulation / Synthèse
A. Présentation de la structure et de l'ergothérapeute	Parcours professionnel						
	Missions de l'ergothérapeute						
	Spécialisation dans l'accompagnement de la population						
	Présentation de l'institution						
B. L'ergothérapie dans l'accompagnement de la tétraplégie	Objectifs à court et moyen terme				.		
	Un projet de soin dans un projet de vie						.
	Subjectivité et singularité de la personne						

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

C. Prise en charge Spécifique en ergothérapie chez l'athlète de haut niveau	Prise en charge et impact psychologique post accident						
	Fréquence du suivi						
	Impact d'une identité restreinte sur la redéfinition des rôles						
	Similitudes et divergences de leurs accompagnements				.		
D. Retour à domicile	Impact du retour à domicile sur le maintien occupationnel						
	Réussite d'un projet de vie à domicile						
	Rythme et mode de vie des personnes atteintes de tétraplégie à domicile						
E. L'ergothérapie et une prise en charge à long terme	Les modèles utilisés						
	Accompagnement de longue durée axé sur le réengagement occupationnel						
	Réussite d'une transition de vie via une prise en charge basée sur le réengagement occupationnel						
	Redéfinition des rôles via l'activité						

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Annexe 9 : Grille d'Analyse Synthétique

Thèmes	Indicateurs	Convergences	Divergences	Synthèse
L'ergothérapie dans l'accompagnement de la tétraplégie	Objectifs à court et moyens termes			
	Un projet de soin dans un projet de vie			
	Subjectivité et singularité de la personne			
Prise en charge spécifique en ergothérapie chez l'athlète de haut niveau	Prise en charge et impact psychologique, post accident			
	Impact d'une identité restreinte sur la redéfinition de rôles			
	Similitudes et divergences dans leurs accompagnement			
Retour à domicile	Impact du retour à domicile sur le maintien occupationnel			
	Réussite d'un projet de vie à domicile			
	Rythme et mode de vie à domicile d'une personne tétraplégique.			
	Modèles utilisés			

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

L'ergothérapie et une prise en charge à long terme	Accompagnement de longue durée axé sur le Réengagement Occupationnel			
	Réussite d'une transition de vie via une prise en charge basée sur le réengagement occupationnel			
	Redéfinitions des rôles via l'activité			

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Annexe X : Feuille de consentement vierge

Université Claude Bernard Lyon 1

Date : __ / __ / __

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e) _____ reconnais prendre part

Volontairement à une étude réalisée par Lagier Victor, étudiant en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Lyon, sous le tutorat de Laurent Fidry.

Étudiant à L'institut de Formation en Ergothérapie de Lyon et en dernière année de cursus universitaire, j'effectue un mémoire d'initiation à la recherche.

Celui-ci se préoccupe de l'influence de l'ergothérapie dans le réengagement occupationnel des personnes atteintes de tétraplégie, plus précisément des sportifs professionnels devenu tétraplégiques.

Cet entretien a pour but d'explorer l'importance du réengagement occupationnel dans une transition de vie permettant l'acceptation et la redéfinition des nouveaux rôles d'une personne atteint de tétraplégie via une prise en charge en ergothérapie à long terme.

Je comprends que je suis libre d'interrompre ma participation à n'importe quel moment, sans avoir à fournir de raison, ni à subir de préjudice quelconque. Par ailleurs, je sais que je pourrais avoir accès aux données et analyses issues de cet entretien si je le souhaite.

J'accepte que cet entretien soit enregistré, et que les données soient utilisées uniquement dans le cadre de cette étude. Toutes les données récoltées, y compris celles figurant sur le présent formulaire (ainsi que mon lieu d'exercice), resteront confidentielles et seront anonymisées.

En échange de ce consentement, je soussigné Lagier Victor, m'engage à respecter les règles de confidentialité et à détruire l'enregistrement audio une fois le travail terminé.

Coordonnées de l'intervieweur : victor.lgr12@gmail.com

Signature de l'interviewé :	Signature de l'intervieweur :

ISTR Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER

Résumé :

Titre : Au-delà du terrain : Le rôle du réengagement occupationnel dans la reconstruction de l'identité chez les joueurs de rugby devenus tétraplégiques

Contexte : L'Occupation et le Maintien Occupationnel sont des facteurs clefs dans le bien-être et dans la qualité de la population générale. La survenue d'un événement remettant en cause cet équilibre notamment auprès des sportifs professionnels, à l'image des rugbymans devenus tétraplégiques, apparait comme une fracture à l'origine d'importantes conséquences occupationnelles. L'arrêt brûtal d'une carrière sportive est synonyme de rupture et de transition occupationnelle. Favoriser les opportunités occupationnelles semble être un enjeu primordial dans la redéfinition des rôles d'un athlète professionnel.

Objectif : Explorer les moyens d'interventions utilisés dans les Soins de Suite et de Réadaptation dans le but de préparer un retour à domicile pour une personne blessée médullaire. Le second objectif étant d'identifier l'importance d'un suivi en ergothérapie sur le long terme pour une personne atteinte de tétraplégie. Enfin, de discerner les conséquences d'une identité restrictive sur la qualité d'un réengagement occupationnel et sur la redéfinition des rôles d'un athlète de haut niveau.

Méthode : Une recherche qualitative exploratoire a été faite dans cette étude. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de trois ergothérapeutes spécialisées dans différents domaines ; dans un service d'accompagnement à domicile, dans un centre de rééducation et dans un hôpital d'instructions des armées.

Résultats : Les participantes reconnaissent l'importance de l'élaboration d'un retour à domicile. Cette préparation conditionne la qualité du réengagement occupationnel de la personne en situation de tétraplégie à domicile. La planification d'un retour à domicile permet l'anticipation des futurs problèmes occupationnels que pourrai rencontrer la personne dans son environnement lors d'un retour à domicile. Le redéfinition des rôles d'une personne lors d'une transition de vie se construit via l'activité. st lors de cette reprise occupationnelle que la personne retrouvera un nouveau sens à son existence, à l'image d'une sportif professionnel devenu tétraplégique à la suite d'un accident.

Conclusion : une préparation soigneuse du retour à domicile et une reprise d'activités adaptées sont d'une importance capitale pour les personnes tétraplégiques, en particulier les sportifs de rugby professionnels, à la suite d'un accident de sport. Ces éléments contribuent à la redéfinition de l'estime de soi et des rôles de la personne, en favorisant l'autonomie, la confiance en soi et la réintégration sociale. Il est essentiel que les professionnels de la santé, les thérapeutes et les proches apportent un soutien approprié dans ce processus, afin d'optimiser la qualité de vie et le bien-être global de ces individus.

Mots clés : transition de vie, tétraplégie, sportifs blessés médullaire, arrêt de carrière sportive, réengagement occupationnel, retour à domicile.

Summary:

Title: Beyond the field: the role of occupational re-engagement in the reconstruction of identity in professional rugby players who have become quadriplegic

Context: Occupation and Occupational Maintenance are key factors in the well-being and quality of the general population. The occurrence of an event that calls this balance into question, particularly in the case of professional sportsmen and women, such as rugby players who have become quadriplegic, appears to be a fracture that has important occupational consequences. The sudden end of a sporting career is synonymous with a break and an occupational transition. Promoting occupational opportunities seems to be a key issue in redefining the roles of a professional athlete.

Objective: To explore the means of intervention used in the Follow-up and Rehabilitation Care to prepare a return home for a person with a spinal cord injury. The second objective was to identify the importance of long-term occupational therapy follow-up for a person with tetraplegia. Finally, to discern the consequences of a restrictive identity on the quality of occupational re-engagement and on the redefinition of the roles of a high-level athlete.

Method: Exploratory qualitative research was conducted in this study. Semi-structured interviews were conducted with three occupational therapists who specialized in different fields: in a home support service, in a rehabilitation center and in an army training hospital.

Results: The participants recognized the importance of preparing for a return home. This preparation determines the quality of the occupational re-engagement of the person with tetraplegia at home. Planning a return home allows the anticipation of future occupational problems that the person may encounter in their environment when returning home. The redefinition of a person's roles during a life transition is built through activity. It is during this return to work that the person will find a new meaning to his or her existence, like a professional athlete who became a quadriplegic following an accident.

Conclusion: Careful preparation for the return home and the resumption of adapted activities are of paramount importance for people with tetraplegia, especially professional rugby players, following a sports accident. These elements contribute to the redefinition of the person's self-esteem and roles, promoting independence, self-confidence, and social reintegration. It is essential that health professionals, therapists and relatives provide appropriate support in this process, to optimize the quality of life and overall well-being of these individuals.

Key words: life transition, tetraplegia, spinal cord injured athletes, cessation of sporting career, occupational re-engagement, return home.

(CC BY-NC-ND 4.0) LAGIER