

# COMMENT FAVORISER LA RÉSILIENCE CHEZ NOS PATIENTS?

**Psychologue, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal**

**Marie-Christine Taillefer**

## **Introduction**

Le concept de résilience n'est pas nouveau en psychologie. Sa compréhension s'est développée principalement dans le contexte du trauma (littérature psychanalytique et psychosomatique, violence physique, psychologique ou sexuelle).

Par mon implication comme psychologue clinicienne auprès des blessés médullaires et en clinique de douleur chronique, je m'intéresse au phénomène de la résilience en tant que facteur protecteur de psychopathologie (dépression, anxiété etc.) et de facteur favorisant le succès de l'adaptation à des conditions chroniques, complexes et pleines de défis. Ceci afin d'améliorer la qualité de vie des patients.

Les objectifs de cette conférence sont de :

1. comparer l'état de la recherche et la pratique clinique au sujet de la résilience chez les patients en douleur chronique par rapport aux blessés médullaires;
2. distinguer les caractéristiques des patients résilients de ceux qui le sont moins dans les deux groupes;
3. mieux connaître les outils qui mesurent la résilience;
4. faire connaître les thérapies psychologiques et les cibles thérapeutiques susceptibles d'améliorer la résilience chez nos patients.

## **Résilience et douleur chronique (DC)**

### **État de la recherche en DC**

Une recherche documentaire a tout d'abord été réalisée à partir de mots-clés via plusieurs bases de données d'articles, dont PubMed et Ovid, mais également des sites professionnels (Ordre des Psychologues du Québec, American Psychological Association), des sites spécialisés en douleur (International Association for the Study of Pain) ou d'autres sites (par exemple, l'Association de Psychologie Contextuelle).

Les résultats de cette recherche démontrent qu'il y a peu d'écrits sur le sujet, que la définition de la résilience est variable selon les publications et qu'il s'agit surtout d'études transversales et corrélationnelles. De plus, plusieurs questionnaires sont utilisés (détails plus loin). Certaines études se sont intéressées à la douleur expérimentale (avec tourniquet ou thermode) alors que d'autres l'ont fait avec des clientèles cliniques (patients avec arthrite rhumatoïde, arthrose, fibromyalgie) ou un

échantillon national de personnes souffrant de DC. Les pistes d'interventions sont multiples (détails plus loin).

### **Outils de mesure de la résilience en DC**

Plusieurs outils sont disponibles pour mesurer la résilience en douleur chronique. Dans la littérature, on retrouve notamment les questionnaires suivants :

- *Psychological Well-Being revisited (PWB)* (Ryff, CD & Keyes CD. (1995). J Pers Soc Psychol)
- *Ego Resilience Scale* (Block J & Kremen AM. (1996). J Pers Soc Psychol.)
- *Resilience Scale for Adults (RSA)* (Hjemdal O et al. (2001). J Norw Psychol Assoc)
- *Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)* (Connor KM & Davidson JRT. (2003). Depression and Anxiety)
- *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (McCracken et al. (2004). Pain)
- *Profile of Chronic Pain: Extended Assessment/Screen (PCP: EA/PCP: S)* (Ruehlman LS et al. (2005). Pain)
- *Brief Resilience Scale* (Smith BW et al (2008). Int J Behav Med)
- *The Resilience Scale* (Wagnild, GM and Young, HM (1993). Journal of Nursing Measurement)

Tous sont validés en anglais. Or, aucun n'a été jusqu'à maintenant traduit et validé en français.

### **Caractéristiques des patients résilients et non-résilients en DC**

*Chez les résilients, on retrouve :*

- Meilleures habiletés de coping (moins de protection, plus d'ignorance, plus de persistance à la tâche, plus d'encouragements positifs)
- Meilleures attitudes et croyances face à la douleur (plus de perception de contrôle, moins de croyances d'incapacité, de cure et de peur induite par la douleur)
- Moins de catastrophisation
- Meilleure réponse sociale à la douleur (interférence et insensibilité)
- Davantage de soins reçus pour leur douleur
- Moins d'utilisation de médicaments sous prescription
- Davantage d'affects + (réduit les affects – dans les périodes de fortes douleurs)
- Moins de douleur et de stress ressentis à l'épreuve de tourniquet (protection plus grande de la résilience en contexte de fort stress)
- Avoir de la résilience et un sens à sa vie prédisent une plus grande habitude à la douleur *due au chaud et au froid* (thermode)

*Chez les non-résilients en DC, on remarque que :*

- Avoir un faible niveau d'affect + en même temps que le stress et le niveau de douleur sont élevés rend plus probable le fait de vivre des émotions négatives que d'avoir une seule des conditions à la fois (stress / douleur)

- La maîtrise de l'environnement et le niveau d'incapacité perçue par le patient ont une contribution *significative à l'absence de dépression* (selon le PWB en AR)

### **Comment améliorer la résilience chez nos patients en DC?**

En tant que psychologue, la littérature nous démontre que nous avons accès à divers types de thérapies ou de techniques pour améliorer la résilience chez nos patients souffrant de douleur chronique.

- TCC contextuelle pour la douleur chronique (McCracken, 2005)
- Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Hayes S et al. : <http://www.contextualpsychology.org>)
- Travailler la catastrophisation
- TCC de la dépression
- Stratégies d'interventions motivationnelles (par exemple : l'interview motivationnel)
- Méditation de pleine conscience (Mindfulness meditation)
- Thérapie de maintien du bien-être (Well-being therapy, Fava et al., 1998)
- Interventions psychosociales pour augmenter la résilience et le sens à sa vie (pour diminuer la vulnérabilité à la douleur chronique)

### **Résilience et blessure médullaire (BM)**

#### **État de la recherche chez les BM**

Peu d'études (selon une recherche dans Pubmed) ont mesuré la résilience chez cette clientèle. Cependant, contrairement à ce qu'on retrouve en douleur, la résilience a ici une portée beaucoup plus clinique. De plus, il semble y avoir beaucoup moins de questionnaires mesurant la résilience et les stratégies pour améliorer la résilience restent encore à être développées.

#### **Impact de la résilience per et post-réadaptation chez les BM**

Quelques études se sont intéressées à l'impact de la résilience des BM sur leur fonctionnement durant et après la période de réadaptation. Il en ressort que la présence de résilience favorise un fonctionnement plus optimal. En effet, une étude américaine auprès d'aidants de jeunes blessés médullaires (mesurant leur impression de l'efficacité du support pendant et après la réadaptation sur la participation communautaire des jeunes) démontre que la résilience personnelle est le deuxième facteur le plus important (avant l'implication dans les activités et après l'interaction avec d'autres personnes ayant une incapacité) de la participation de leur enfant aux activités scolaires et communautaires. De plus, selon une étude multicentrique effectuée en Grande-Bretagne chez des patients blessés médullaires vivant dans la communauté, il a été démontré que 49,4% de la variance de la mesure utilisée d'indépendance fonctionnelle était expliquée par : 1) des perceptions négatives d'incapacités, 2) la croissance et la résilience et 3) le score total de complications secondaires.

Cependant, bien qu'une troisième étude américaine confirme que la résilience peut modifier l'ajustement des BM durant leur réadaptation (c'est-à-dire au niveau de la

satisfaction face à la vie, les symptômes dépressifs, la spiritualité et l'indépendance fonctionnelle) et que des corrélations significatives existent entre la résilience et les facteurs d'ajustement (sauf la spiritualité), ils ont néanmoins remarqué que le niveau de résilience ne change pas durant la réadaptation.

### **Bien-être psychologique des BM**

Subir une blessure médullaire peut facilement être considéré comme un événement très traumatisant et bouleversant pour les patients et leurs proches. Il ne faut pourtant pas prendre pour acquis que tous vont développer de la détresse psychologique.

Une étude norvégienne s'est intéressée à trois trajectoires d'ajustement psychologique de patients en réadaptation suite à un trauma physique sévère (BM ou traumatismes multiples) en se basant sur leurs symptômes de détresse psychologique et leur niveau d'affect +. Selon cette étude, la plupart des patients (54%) passent par la résilience, 25% par la récupération et 21% par la détresse. Il existe aussi des différences entre les trajectoires au sujet de l'optimisme, l'affect, le support social et la douleur. De plus, les traits d'affects + ou - prédisent la classification dans les différentes trajectoires.

L'effet du paradoxe de l'incapacité (*disability paradox*) a été démontré dans une étude australienne qui s'intéressait au bien-être subjectif des BM. Après avoir étudié 443 BM traumatiques et non-traumatiques, ils ont remarqué que la moitié de leur échantillon avait un bien-être subjectif supérieur à la norme établie. Chez ces gens, seuls l'intimité, la sécurité, l'acceptation et l'impuissance étaient associés à cette supériorité du bien-être subjectif. En contrepartie, ceci démontre que plusieurs BM n'ont pas une vie satisfaisante et que les soins psychologiques et la réadaptation sont nécessaires pour améliorer leur qualité de vie.

### **Impact chez les proches des BM**

En plus de vivre une expérience difficile, les proches peuvent avoir un stress important relié à l'organisation des soins, différente d'un endroit à l'autre. Une recherche qualitative faite à Taiwan explore l'expérience des aidants naturels qui doivent assurer les soins 24 heures sur 24 pendant l'hospitalisation pour la réadaptation. Selon cette étude, les aidants passent par trois phases : 1) l'événement catastrophique, 2) confronter des challenges et 3) selon l'issue, a) une résilience familiale ou b) une rupture familiale. Encore ici, certains semblent s'en tirer mieux que d'autres.

### **Outils de mesure de la résilience chez les BM**

Les outils disponibles pour mesurer la résilience chez les BM sont moins présents dans la littérature. Nous avons seulement trouvé celui-ci, lequel a une sous-échelle spécifique à la croissance et à la résilience :

- *The Appraisals of DisAbility : Primary and Secondary Scale (ADAPSS)* (Dean & Kennedy, 2009)

Différentes hypothèses pourraient expliquer cela. Est-ce que la résilience fait intuitivement partie de l'expérience clinique et donc que les professionnels ressentent

moins le besoin de la mesurer formellement? Est-ce que la résilience est plutôt mesurée dans des outils spécifiques à la réadaptation? Est-ce qu'il y a une méconnaissance des outils spécialisés en résilience chez les intervenants?

### **Comment améliorer la résilience chez nos patients BM?**

Ici aussi, relativement peu d'information ressort de la littérature sur la résilience chez les BM. On reconnaît notamment qu'il est utile de :

- *Connaître les styles cognitifs de nos patients BM avant leur départ pour améliorer le processus de réadaptation* (Kennedy et al., 2010)

Par ailleurs, plusieurs écrits concluent que de mieux connaître les besoins de la clientèle BM et de leurs proches, d'améliorer les programmes de réadaptation et de mettre en place des moyens d'améliorer les capacités de résilience des patients BM peut contribuer à une meilleure intégration et une meilleure qualité de vie.

### **Conclusion**

Le concept de résilience est étudié depuis longtemps. Cependant, il se généralise maintenant à des contextes de traumatismes physiques, comme en douleur chronique ou chez les blessés médullaires. Or, la littérature étudiée dans les deux groupes démontre que c'est du côté de la douleur chronique qu'elle semble avoir été étudiée de façon plus systématique et avec des outils plus spécifiques. Chez les blessés médullaires, cela semble par contre être un concept beaucoup mieux intégré à la réalité clinique. L'intérêt grandissant pour la résilience est positif pour les deux groupes, car il reste beaucoup à faire pour mieux connaître le rôle de la résilience et comment mieux l'améliorer chez nos patients.

### **Références**

Association for Contextual Behavioral Science: <http://www.contextualpsychology.org>

Chen HY et Boore JR. (2009). *Living with a relative who has a spinal cord injury: a grounded theory approach*. J Clin Nurs;18(2):174-182.

Collin-Vézina D, Hébert M & Daigneault I. (mars 2005). *Trajectoires d'enfants agressés sexuellement – résilience et guérison*. Psychologie Québec; pp.33-35.

Dean RE et Kennedy P. (2009). *Measuring appraisals following acquired spinal cord injury: a preliminary psychometric analysis of the appraisals of disability*. Rehabil Psychol;54(2):222-231.

Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH et al. (2006). *Resilience as a moderator of pain and stress*. Journal of Psychosomatic Research; 61:213-219.

House LA, Russell HF, Kelly EH, Gerson A & Vogel LC. (2009). *Rehabilitation and future participation of youth following spinal cord injury: caregivers perspectives*. Spinal Cord;47(12):882-886.

Karoly P. et Ruehlman LS. (2006). *Psychological « resilience » and its correlates in chronic pain: Findings from a national community sample*. Pain; 123:90-97.

Kennedy P, Smithson E, McClelland M, Short D, Royle J. et Wilson C. (2010). *Life satisfaction, appraisals and functional outcomes in spinal cord injured people living in the community*. Spinal Cord:48(2):144-148.

Mangelli L., Gribbin N., Büchi S. et al. (2002). *Psychological well-being in rheumatoid arthritis: relationship to « disease » variables and affective disturbance*. Psychother Psychosom; 71:112-116.

Mangurian GE. (2007). *Realizing what you're made of*. Harv Bus Rev;85(3):125-130.

McCracken LM. (2005). *Contextual Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain*. Series Progress in Pain Research and Management, volume 33. Seattle: IASP Press.

Migliorini C et Tonge, B. (2009). *Reflecting on subjective well-being and spinal cord injury*. J Rehabil Med; 41(6):445-450.

Quale AJ et Schanke AK. (2010). *Resilience in the face of coping with a severe physical injury: a study of trajectories of adjustment in a rehabilitation setting*. Rehabil Psychol:55(1):12-22.

Smith BW, Dalen J, Wiggins K et al. (2008). *The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back*. Int J Behav Med; 15(3): 194-200.

Smith BW, Tooley EM, Montague EQ et al. (2009). *The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain*. The Journal of Pain; 10(5): 493-500.

Strand EB, Zautra AJ, Thoresen M et al. (2006). *Positive affect as a factor of resilience in the pain-negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis*. J Psychosom Res; 60:477-484.

The Road to Resilience. Brochure de l'APA :  
<http://www.apahelpcenter.org/featured0topics/feature.php?id=1>

Tusaie K et Dyer J. (2004). *Resilience: A historical review of the construct*. Holist Nurs Pract; 18(1):3-8.

Wagnild GM et Young HM (1993). *Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale*. Journal of Nursing Measurement; 1(2): 165-178.

White B, Driver S et Warren AM (2010). *Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from spinal cord injury*. Rehabil Psychol:55(1)23-32.

Zautra AJ, Johnson LM et Davis MC. (2005). *Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain*. J Consult & Clin Psychol; 73(2):212-220.