

Rouxel, G., Le Hélias, L., & Mury, S. (2001). Douleur chronique et coping : concomitants psychologiques, contextuels et démographiques. In A. Flieller, C. Bocéréan, J.-L. Kop, E. Thiebaut, A.-M. Toniolo & J. Tournois (éds.), *Questions de psychologie différentielle* (pp. 397-402). Rennes: PUR. Actes des 14<sup>èmes</sup> Journées de Psychologie Différentielle, septembre 2000, Pont-à-Mousson.

## **Douleur chronique et coping : concomitants psychologiques, contextuels et démographiques**

**Géraldine Rouxel (1), Laurence Le Hélias (1,2) & Sacha Mury (1,2)**

(1) Université Rennes 2, CRPCC (EA1285)

(2) CHU de Rennes, Hôpital sud, Service de Rhumatologie

Chacun s'accorde à dire à présent que la douleur est un phénomène neuropsychologique complexe, multidimensionnel et plurifactoriel (Boureau, Luu & Doubrère, 1990), impliquant des interactions entre processus sensoriels, affectivo-motivationnels, cognitivo-évaluatifs et comportementaux (Melzack & Katz, 1992). On insiste ainsi dans de nombreux travaux sur l'influence bénéfique de certaines variables contextuelles, comme le soutien social, sur l'adaptation à la douleur chronique (Keefe & France, 1999 ; Maes, Leventhal & de Ridder, 1996 ; Melding, 1997 ; Zautra, 1998). Des résultats maintes fois répliqués mettent en évidence également des relations, probablement réciproques, entre variables psychologiques - comme la dépression ou l'anxiété - et douleur chronique (e.g., Herr, Mobily & Smith, 1993 ; Romano & Turner, 1985 ; Turk, Okifuji & Scharff, 1995). La dépression affecterait aussi des variables cognitivo-motivationnelles comme le contrôle perçu sur la situation ou les croyances en son auto-efficacité (Arnstein, Caudill, Mandle, Norris & Beasley, 1999 ; DeGood & Shutty, 1992 ; Melding, 1997), qui jouent elles aussi un rôle non négligeable dans la régulation de l'expérience douloureuse (Melding, 1997). Les stratégies de coping utilisées par les patients douloureux chroniques ont également été beaucoup étudiées. Certaines de ces stratégies, qualifiées de passives, sont souvent considérées comme moins adaptées que d'autres - plus actives - à l'ajustement à la douleur (Zautra & Manne, 1992). Cependant, on peut rarement affirmer dans l'absolu qu'une stratégie de coping est bien ou mal adaptée : une stratégie qui s'avère efficace pour un patient à un moment donné peut ne pas l'être à un autre moment ou pour un autre patient (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986 ; Malding, 1997). Néanmoins, certaines d'entre elles, comme le " Catastrophisme " - qui renvoie à des affirmations sur le soi négatives et à des croyances excessivement pessimistes à propos du futur (Katz, Ritvo, Irvine & Jackson, 1996 ; Keefe, Brown, Wallston & Caldwell, 1989 ; Keefe, Caldwell, Martinez, Nunley, Beckman & Williams, 1991 ; Melding, 1997) - semblent constamment associées à un mauvais ajustement à la douleur. Par ailleurs, certains traits de personnalité comme le névrosisme ou le locus de contrôle paraissent pouvoir être considérés comme des déterminants importants des réponses de coping situationnelles (Hewitt &

Flett, 1996 ; Terry, 1994) et semblent également liés à l'utilisation préférentielle d'un coping actif (e.g., locus de contrôle interne) ou passif (e.g., névrosisme) (Zautra & Manne, 1992) et par conséquent à un ajustement respectivement plus ou moins réussi à la douleur. Des recherches font état également de l'intervention possible de variables démographiques comme l'âge, le genre ou le niveau socio-économique des patients dans l'expérience de la douleur (Downe-Wamboldt & Melanson, 1995 ; Gagliese & Melzack, 1997a,b; Geisser, Robinson & Henson, 1994 ; Herr, Mobily & Smith, 1993 ; Maes, Leventhal & de Ridder, 1996 ; Romano & Turner, 1985) et l'utilisation de stratégies de coping plus ou moins efficaces (Keefe & Williams, 1990, Keefe, Caldwell, Martinez, Nunley, Beckman & Williams, 1991 ; Melding, 1997), mais les résultats sont dans l'ensemble peu convergents.

L'objectif de cette recherche est d'essayer de comprendre pourquoi certaines personnes se montrent plus aptes que d'autres à faire face efficacement, sur les plans physique et émotionnel, à une douleur persistante (Jensen, Turner, Romano, & Karoly, 1991). Plus précisément, on teste les hypothèses suivantes : a) l'utilisation de stratégies de coping " passives " et le manque de soutien social sont liés à un moins bon ajustement physique et psychologique à la douleur (Geisser, Robinson, & Henson, 1994 ; Katz, Ritvo, Irvine & Jackson, 1996 ; Keefe, Caldwell, Martinez, Nunley, Beckham & Williams, 1991 ; Rosenstiel & Keefe, 1983), b) l'anxiété trait et la propension à la dépression, via l'auto-efficacité perçue (Bandura, 1986), contribuent à l'utilisation de stratégies de coping mal adaptées comme le " Catastrophisme " (Keefe, Brown, Wallston & Caldwell, 1989) et par conséquent à un moins bon ajustement à la douleur (Maes, Leventhal, & de Ridder, 1996) et c) dans une perspective plus exploratoire, on tente de rendre compte d'éventuelles différences liées à l'âge dans les variables étudiées.

## **Méthode**

### *Sujets*

Quatre-vingt-douze patients atteints de polyarthrite rhumatoïde âgés entre 27 et 78 ans (moyenne = 52,75 ans, écart-type = 12 ans), dont 60 femmes et 32 hommes, participent à l'étude. Ces sujets sont hospitalisés pour subir une synoviorthèse et souffrent en moyenne depuis une dizaine d'années.

### *Procédure*

Après avoir subi la synoviorthèse, les patients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation suivants (réponses à l'aide d'échelles likert en 5 points) lors d'entretiens (une ½ heure environ) avec les expérimentalistes:

a) mesure du manque de soutien social, de l'expérience qualitative de la douleur (détresse émotionnelle, interférences dans la vie, contrôle perçu) et de l'intensité de la douleur à l'aide de l'*Inventaire de Douleur*

Multidimensionnel de West-Haven-Yale (Kerns & Jacob, 1992), b) mesure de 7 stratégies de coping pour faire face à la douleur dont les stratégies passives “ Catastrophisme ” et “ Prière/espoir ” (version abrégée (22 items) du *Questionnaire de Stratégies de Coping* de Rosenstiel et Keefe, 1983), c) mesure de l’auto-efficacité perçue à contrôler la douleur (*échelle spécifique à l’arthrite* de DeGood et Shutty, 1992), d) mesure de l’anxiété trait (STAI-T forme Y (Bouchard, Gauthier, Ivers & Paradis, 1995) et e) mesure du niveau de dépression (*Echelle Gériatrique de Dépression* (Yesavage & Brink, 1983)).

## Résultats

Les différents questionnaires ont été, selon les cas, étudiés à l’aide d’analyses d’items, d’analyses factorielles et/ou d’analyses corrélationnelles. Dans l’ensemble, les distributions des différents scores (scores factoriels ou obtenus par addition des scores aux items) sont gaussiennes.

### Hypothèse 1

	Catastrophisme	Prière/espoir	Manque soutien
Intensité douleur	.11	.07	-.04
Interférences sur vie	<b>.24*</b>	.01	.18
Contrôle sur vie	.00	.20	<b>-.37**</b>
Détresse émotionnelle	<b>-.34**</b>	.02	<b>.21*</b>

Tableau 1- Corrélations entre stratégies de coping “ passives, “ manque de soutien ” et “ Intensité de la douleur ” et “ Expérience qualitative de la douleur ” (\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$ )

Comme attendu, l’utilisation de la stratégie “ Catastrophisme ” est liée à un niveau plus élevé d’interférences de la douleur dans la vie et de détresse émotionnelle, ce qui va dans le sens d’un moins bon ajustement psychologique à la douleur. Toutefois, quand on contrôle le niveau de “ Dépression ”, ces corrélations (partielles) deviennent non significatives. L’utilisation de la stratégie “ Prière/espoir ” n’est quant à elle liée à aucune des variables retenues ici. On ne peut donc manifestement pas d’emblée assimiler le caractère “ passif ” d’une stratégie à un mauvais ajustement à la douleur. Par ailleurs, comme attendu, le fait d’estimer manquer de soutien est lié à un moins bon contrôle perçu sur sa vie et à une plus grande détresse émotionnelle. Cette variable semble donc bien relever d’un ajustement plutôt négatif à la douleur.

### Hypothèse 2

Le modèle théorique de départ, s’inspire du modèle général proposé par Maes, Leventhal et de Ridder (1996) pour l’étude des maladies chroniques :

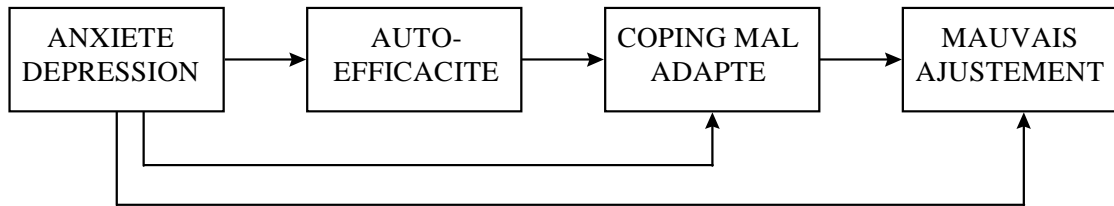


Figure 1 - Modèle théorique de référence inspiré de Maes, Leventhal & De Ridder (1996)

Conformément à la littérature, on a testé ce modèle en retenant la stratégie “Catastrophisme” comme stratégie de coping mal adaptée. Nous nous sommes limités également à l’anxiété comme variable de personnalité étant donné les relations ambiguës qui semblent exister entre “Dépression” et “Catastrophisme”. Concernant l’ajustement à la douleur, seule la variable “Détresse émotionnelle” a été retenue.

Plusieurs modèles emboîtés ont été testés, celui qui présente le meilleur ajustement aux données est le suivant :

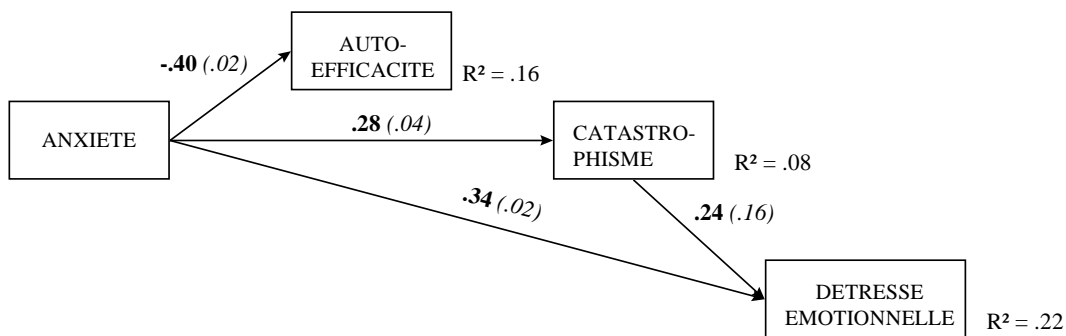


Figure 2 - Analyse de parcours effectuée à partir d’une matrice de variances-covariances (logiciel LISREL8, méthode d’estimation des paramètres : maximum de vraisemblance) -  $\chi^2 = 0,755$  - ddl = 2 - p = .686 - N = 92 - AGFI = .979 - NFI = .984 - RMR = .139 (les erreurs standards figurent entre parenthèses)

La variable “Catastrophisme” joue donc son rôle attendu de médiateur même si dans le cas présent l’effet indirect de la variable “Anxiété” sur la variable “Détresse émotionnelle” n’atteint pas la significativité (t = 1,8). Les résultats de cette analyse mettent en évidence entre les variables “Anxiété”, “Catastrophisme” et “Détresse émotionnelle” des relations fonctionnelles mal adaptées pour l’individu en termes d’ajustement psychologique à la douleur. En effet, la disposition à l’anxiété a un effet direct à la fois sur l’augmentation de la détresse émotionnelle face à la douleur et sur l’utilisation d’une stratégie de coping mal adaptée qui a tendance également à augmenter le niveau de “Détresse émotionnelle”. La variable “Auto-efficacité” ne joue aucun rôle médiateur dans ce

modèle, elle n'influence en effet ni la variable " Catastrophisme " ni la variable " Détresse émotionnelle ".

### *Hypothèse 3*

La variable " âge " n'est corrélée qu'à deux variables dans cette étude : les stratégies: " Catastrophisme " ( $r = -.24^*$ ) et " Ignorer les sensations " ( $r = -.31^{**}$ ).

### **Conclusion**

La plupart des résultats qui viennent d'être présentés sont conformes à ce qui est connu dans la littérature. C'est le cas par exemple de la reconnaissance de l'importance du rôle joué dans l'ajustement à la douleur par le manque de soutien social perçu et surtout par les traits de personnalité (notamment, seules les variables " Anxiété " et " Dépression " sont corrélées à la variable " Intensité de la douleur " (resp.  $.25^*$  et  $.21^*$ ) ; elles corrélaient également avec la plupart des scores relatifs à l'expérience qualitative de la douleur. A noter que ces corrélations persistent même lorsque l'on contrôle la durée de la maladie). Les résultats concernant d'éventuelles différences liées à l'âge dans l'utilisation de stratégies de coping ne permettent pas de trancher entre les perspectives développementales (avec l'âge, on utiliserait des stratégies plus ou moins matures) et contextuelles (pas de différences liées à l'âge attendues, car le contexte reste le même quand il s'agit de faire face à la douleur chronique quel que soit l'âge) en compétition dans ce cadre (Folkman, Lazarus, Pimley & Novacek, 1987). Hormis ses relations avec deux stratégies plutôt peu matures, la variable " âge " ne corréla avec aucune autre variable de l'étude, ce qui est conforme à ce qui est relevé habituellement dans la littérature. Par ailleurs, certains résultats incitent à la plus grande prudence quant à leur interprétation. Ainsi, la variable " Catastrophisme " semblait *a priori* pouvoir être considérée comme une stratégie de coping particulièrement mal adaptée pour faire face à la douleur, mais l'étude de corrélations partielles nous amène à nous demander si le " Catastrophisme " ne serait pas en fait un symptôme de dépression plutôt qu'une stratégie de coping (Geisser, Robinson & Henson, 1994 ; Zautra & Manne, 1992). Enfin, les résultats de l'analyse de parcours ont permis de mettre en évidence certaines relations fonctionnelles attendues entre " Anxiété ", " Catastrophisme " et " Détresse émotionnelle " favorisant un mauvais ajustement à la douleur.

Ces quelques résultats, issus d'études statiques, mériteraient d'être complétés par des études, menées sur de longs empan de vie, visant à repérer les différences interindividuelles dans les profils psychologiques et comportementaux intra-individuels de patients. Cela semble en effet indispensable si on souhaite réellement être en mesure de déterminer sur quels facteurs psychologiques ou contextuels il est possible d'agir pour améliorer l'ajustement à la douleur de tel ou tel type de patients à un stade donné de la maladie. Ces études longitudinales, dynamiques, devraient permettre également de mieux comprendre l'évolution des relations

causales entre les différentes variables pertinentes dans l'étude de l'ajustement à la douleur (Affleck, Urrows, Tennen & Higgins, 1991, 1992a,b ; Keefe & Williams, 1990).

*Références* (la bibliographie complète est disponible auprès du 1<sup>er</sup> auteur)

**Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H., & Higgins, P.** (1992a). Daily coping with pain from rheumatoid arthritis: patterns and correlates. *Pain*, 51, 221-229.

**Arnstein, P., Caudill, M., Mandle, C.L., Norris, A., & Beasley, R.** (1999). Self-efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*, 80, 483-491.

**Gagliese, L., & Melzack, R.** (1997a). Age differences in the quality of chronic pain: a preliminary study. *Pain, Research Management*, 2, 3, 157-162.

**Gagliese, L., & Melzack, R.** (1997b). Chronic pain in elderly people. *Pain*, 70, 3-14.

**Herr, K.A., Mobily, P.R., & Smith, C.** (1993). Depression and the experience of chronic pain: a study of related variables and age differences. *The Clinical Journal of Pain*, 9, 104-114.

**Keefe, F.J., Brown, G.K., Wallston, K.A., & Caldwell, D.S.** (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*, 37, 51-56.

**Maes, S., Leventhal, H., & de Ridder, D.T.** (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (pp. 221-251). New York : Wiley.

**Romano, J.M., & Turner, J.A.** (1985). Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship ? *Psychological Bulletin*, 97, 1, 18-34.

**Rosenstiel, A.K., & Keefe, F.J.** (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.

**Turk, D.C., Okifuji, A., & Scharff, L.** (1995). Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain*, 61, 93-101.