



REVUE INTERNATIONALE DE
COMMUNICATION ET SOCIALISATION

INTERVENTIONS : PROGRAMMES, MODELES ET ROLES

Volume 2, numéro 2

2015

PERTINENCE ET SPÉCIFICITÉS DU CONCEPT DE RÉSILIENCE POUR LA RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE ET EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE**

BERNARD MICHALLET, UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES, CANADA¹

Résumé

Ce texte vise d'abord à confirmer la pertinence du concept de résilience en réadaptation en déficience physique et en déficience intellectuelle en réponse aux impératifs économiques actuels liés à de nouvelles réalités sociodémographiques amenées par les progrès de la médecine et le vieillissement de la population. Cette pertinence s'exprime aussi en lien avec des représentations sociales en évolution liées à l'introduction de nouveaux modèles conceptuels qui orientent les pratiques et l'organisation des services. Ensuite, des spécificités de la résilience en réadaptation sont présentées. Celles-ci dépendent de la personne elle-même, notamment du fait que ses incapacités soient acquises ou innées. Dans le premier cas, la résilience s'inscrit dans un processus de reconstruction identitaire, dans le second, dans un processus de construction identitaire. Ces spécificités sont aussi liées au fait que des modèles ou concepts qui sous-tendent le processus de résilience sont déjà connus ou intégrés aux pratiques cliniques et organisationnelles tels que le partenariat, l'*empowerment*, l'autodétermination et l'approche écosystémique. Enfin, des pistes de réflexion pour favoriser l'intégration du concept de résilience en réadaptation sont proposées.

Mots-clés : résilience, réadaptation, déficience physique, déficience intellectuelle, incapacité

¹ Adresse de contact : bernard.michallet@uqtr.ca

**Pour citer cet article :

Michallet, B. (2015). Pertinence et spécificités du concept de résilience pour la réadaptation en déficience physique et en déficience intellectuelle. *Revue internationale de communication et de socialisation*, 2(2), 113-122.

1. INTRODUCTION

Il est de plus en plus question de résilience, sans toutefois toujours la nommer ainsi, dans les écrits portant sur l'expérience des individus faisant face à l'adversité, ayant subi des traumatismes ou ayant survécu à des situations extrêmes. De nombreuses publications et récemment deux colloques internationaux à Montréal (2008, 2011) ainsi que deux congrès mondiaux à Paris (2012) et à Timisoara (2014) en témoignent. Dans le domaine de la réadaptation en déficience physique (DP) et en déficience intellectuelle (DI), le concept de résilience suscite également un intérêt croissant autant de la part des usagers des services que de la part des intervenants et des gestionnaires de ces services. En effet, les personnes qui présentent des incapacités physiques (visuelles, auditives, motrices, cognitives, de la parole ou du langage) ou intellectuelles et qui nécessitent des services d'adaptation ou de réadaptation, ainsi que leurs proches, sont souvent confrontées à des situations difficiles.

Ce texte a premièrement pour objectif de confirmer la pertinence du concept de réadaptation en déficience physique ou intellectuelle. Deuxièmement, il vise à mettre en évidence les spécificités de la résilience dans ce domaine. Enfin, des pistes de réflexions afin d'intégrer le concept de résilience dans les pratiques cliniques et organisationnelles des établissements de réadaptation en déficience physique ou intellectuelle seront proposées.

2. PERTINENCE DU CONCEPT DE RÉSILIENCE EN RÉADAPTATION EN DP/DI

Le système de santé doit faire face à plusieurs défis. Le secteur de la réadaptation en DP et en DI n'est évidemment pas épargné par ceux-ci. En effet, des impératifs économiques liés à de nouvelles réalités socioéconomiques et sociodémographiques sont de plus en plus présents. De plus, les représentations sociales en évolution entraînent des changements de pratiques, tant sur le plan clinique que sur celui de l'organisation des services. Intégrer le concept de résilience aux pratiques cliniques et organisationnelles de réadaptation en DP et en DI semble être un élément important pour répondre à ces défis.

2.1. Des impératifs économiques liés à de nouvelles réalités sociodémographiques et socioéconomiques

Au Québec, comme dans tous les pays industrialisés, le vieillissement de la population est inéluctable. Il est dû à des conditions de vie globalement meilleures pour la plupart des personnes ainsi qu'aux progrès de la médecine. Il constitue par conséquent une grande réussite, mais également un défi considérable pour le présent et le futur de nos sociétés. En 2030, 20 % de la population aura moins de 20 ans, 54 % sera âgée de 20 à 64 ans et 26 %, soit plus d'une personne sur quatre, aura 65 ans et plus (Gouvernement du Québec, 2013).

En plus de la survenue d'incapacités physiques et cognitives dues au processus de vieillissement normal, de nombreuses personnes âgées présenteront des séquelles d'accidents vasculaires cérébraux et de traumatismes craniocérébraux ainsi que diverses difficultés liées à des maladies neurodégénératives et nécessiteront des services d'adaptation et de réadaptation (Ibid.). Or, ces services sont difficiles à obtenir et ne répondent qu'imparfaitement aux besoins complexes de ces personnes et de leurs proches, car les ressources sont limitées malgré les sommes importantes investies. Il est à noter que les montants que le Québec consacre au financement de la santé s'accroissent pendant que les besoins de la population augmentent et se complexifient (Gouvernement du Québec, 2011). De plus, en raison d'un paradigme d'intervention, classiquement de type médical, davantage axé sur la rééducation des incapacités plutôt que sur l'optimisation des capacités résiduelles et des ressources des personnes et de leur entourage,

l'engorgement du système de soins et services est inévitable. Autrement dit, la grande majorité des personnes devront apprendre à vivre avec des incapacités résiduelles, à trouver un sens à leur vie et à être le plus heureuses possible, malgré les difficultés rencontrées dans la réalisation de leurs habitudes de vie (Quale et Schanke, 2010; White, Driver et Warren, 2008).

2.2. Des représentations sociales en évolution

En 1980, le modèle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 1980) stipulait que la maladie produit des déficiences, lesquelles entraînent des incapacités qui produisent un ou des handicap(s). Le handicap était par conséquent considéré comme étant inhérent à la personne. Cette conception du handicap perdurera jusqu'à la fin des années 1990, autant dans le domaine de la santé que pour l'ensemble de la population. En définissant la notion de handicap, Fougeyrollas a proposé un cadre conceptuel qui a d'ailleurs évolué entre 1991 et 2010. Dans sa dernière évolution, le Modèle de développement humain–processus de production du handicap, MDH-PPH2 (Fougeyrollas, 2010), la situation de handicap est clairement une construction sociale résultant de l'interaction de facteurs inhérents à la personne (une ou des déficiences et les incapacités éventuelles qui en résultent) et de facteurs environnementaux (physiques ou humains) qui peuvent être facilitateurs ou obstacles à la réalisation des habitudes de vie de cette personne. Ainsi, une personne qui présente une incapacité, qu'elle soit physique ou intellectuelle, peut se trouver ou non en situation de handicap selon que l'environnement dans lequel elle évolue facilite ou non la réalisation de ses habitudes de vie. En cohérence avec l'approche écologique de Bronfenbrenner (2005), ce cadre conceptuel, qui s'inscrit dans une perspective écosystémique du développement humain, permet de déterminer les besoins et les attentes des usagers ainsi que les aspects sur lesquels porteront les interventions et d'évaluer les résultats de ces interventions. Il sert, en quelque sorte, de carte conceptuelle afin de guider la personne et l'équipe de réadaptation dans l'identification et la mobilisation des facteurs de protection, des forces et ressources de la personne et de son environnement pour favoriser la réalisation des habitudes de vie de la personne et de son projet personnel.

L'introduction de ce modèle dans les pratiques des centres de réadaptation québécois a renforcé une réflexion déjà amorcée sur la notion même de réadaptation. Ainsi, pour la personne ayant une déficience et des incapacités, pour sa famille ou pour ses proches, la réadaptation est maintenant conçue comme un processus d'apprentissage et d'*empowerment* qui vise, au cours d'un projet de réadaptation, la réalisation des habitudes de vie de cette personne en vue d'une participation sociale optimale. Ce processus s'inscrit dans l'actualisation des projets de vie de la personne ayant des incapacités, de sa famille ou de ses proches (CRDP Le Bouclier, 2004). Dès lors, en cohérence avec le MDH-PPH2, la réadaptation vise plus que la récupération ou la compensation de capacités altérées et plus qu'une participation sociale optimale; elle s'inscrit dans un processus de construction ou de reconstruction identitaire et de réalisation d'un projet de vie, parfois redéfini (Fougeyrollas, 2010; Nair, 2003). En effet, les personnes nécessitant des services de réadaptation à cause d'incapacités physiques ou intellectuelles et leurs proches font face à des transformations personnelles et à des deuils importants sur les plans personnel, familial, professionnel, et du sens de leur vie en général. Pour beaucoup, cette remise en question est douloureuse et s'accompagne de difficultés psychologiques. L'absence de sens à sa vie et de soutien adéquat amènent, bien souvent, la personne à se désengager de ses occupations et de ses responsabilités, ce qui constitue un obstacle majeur à la réussite du processus de réadaptation (Wong, 2011).

2.3. Des pratiques qui changent

Découlant de l'intégration du MDH-PPH2 dans les pratiques de réadaptation en DP, le processus de réadaptation acquiert une autre dimension ; il ne se limite plus à la « réparation » ou à la compensation d'une ou de plusieurs capacités altérées, mais vise la réalisation du projet de vie de la personne. Dans ce contexte, l'intervention suppose, par conséquent, un mode de relation fondé sur le partenariat. Tout mode de fonctionnement en partenariat est le fait d'une association de personnes qui reconnaissent leurs ressources et leurs expertises réciproques et qui, dans un rapport d'égalité, prennent une (ou des) décision(s) par consensus. Le partenariat est le mode de relation qui permet la coopération, c'est-à-dire le partage des tâches et des responsabilités (Bouchard, 2007). Dans cette perspective, l'intervention en partenariat favorise le fonctionnement en interdisciplinarité de la part des équipes de réadaptation. Selon Lebel (2000), l'intervention interdisciplinaire résulte de l'action concertée d'une équipe composée d'intervenants de plusieurs disciplines, du client et de sa famille. Ces personnes partagent des responsabilités, elles travaillent en synergie et en interaction à la compréhension globale des besoins du client et de sa famille afin d'identifier et d'atteindre des objectifs communs. Entre 1980 et 1990, dans le but de mieux répondre aux besoins complexes des personnes présentant des incapacités physiques ou intellectuelles, les établissements de réadaptation ont organisé leurs services à la population en programmes destinés à répondre aux besoins liés à certaines catégories d'incapacités (incapacités visuelles, incapacités auditives) plutôt qu'en services répondant à des troubles spécifiques (services d'orthophonie pour les troubles du langage et de la parole). Dans ces programmes-clientèles, interviennent des équipes multidisciplinaires travaillant en interdisciplinarité.

Le rôle des équipes de réadaptation est de favoriser l'autonomie, l'intégration et la participation sociales des personnes vivant avec des déficiences, en réduisant leurs incapacités physiques et en adaptant leur environnement. Cependant, selon la conception de la réadaptation présentée plus haut et selon le courant de la psychologie positive, elles ont aussi le rôle d'améliorer la qualité de vie des personnes et de les soutenir dans la réalisation de leur projet de vie en misant sur leurs forces et leurs ressources personnelles et environnementales (Naidoo, 2006 ; Seligman, 2013). Voilà pourquoi la résilience semble avoir sa place en réadaptation en DP et en DI, en tant que concept intégrateur de divers modèles conceptuels, notions ou courants de pensées apparus dans le domaine depuis les 30 dernières années. L'intégration du concept de résilience dans les pratiques cliniques et organisationnelles de réadaptation semble prometteuse pour répondre à l'évolution des besoins de la population.

3. LES SPÉCIFICITÉS DE LA RÉSILIENCE EN RÉADAPTATION

Le processus de résilience d'une personne qui vit avec des incapacités, qu'elles soient innées ou acquises, n'est pas le même que celui d'une personne qui a survécu à une catastrophe naturelle ou à une guerre. Autrement dit, ce processus présente des spécificités liées d'une part à la situation de la personne et d'autre part, au domaine de la réadaptation lui-même.

3.1. Des spécificités liées à la situation de la personne

D'abord, le processus de résilience sera différent selon que la déficience de la personne est innée ou acquise. Ensuite, dans un cas comme dans l'autre, le soutien que nécessiteront ces personnes portera sur la réalisation de plusieurs de leurs habitudes vie. Enfin, le processus de résilience variera tout au long de l'évolution du processus de réadaptation.

Les personnes qui nécessitent des services de réadaptation sont, dans certains cas, nées avec des déficiences entraînant des incapacités, par exemple une trisomie 21 ou un trouble du spectre de l'autisme. Dans d'autres cas, elles ont subi un événement, un traumatisme, une rupture à un moment donné de leur vie, qui a provoqué une ou des déficiences et les incapacités qui en découlent, par exemple, un traumatisme

craniocérébral ou un accident vasculaire cérébral, qui peuvent provoquer, entre autres, des difficultés cognitives ou motrices. Les unes et les autres, selon leurs caractéristiques personnelles et selon celles de leur environnement rencontrent ou non des situations de handicap, réalisent ou non leurs habitudes de vie et leur projet de vie et par conséquent feront ou non preuve de résilience face à l'adversité rencontrée. Toutefois, des distinctions s'imposent. Ainsi, dans le premier cas, lorsque la déficience est innée ou acquise en bas âge, le processus de réadaptation a pour but de soutenir la résilience et la construction identitaire de la personne. Dans le second cas, lorsque la déficience est acquise, il a pour but de soutenir la résilience de la personne en vue d'une reconstruction identitaire. La distinction est lourde d'implications en ce qui concerne les activités de réadaptation et particulièrement en ce qui concerne le type de soutien à la résilience. En effet, dans le premier cas, l'individu construira sa résilience et son identité en fonction de la qualité des interactions entre ses caractéristiques personnelles, son environnement et la qualité de la participation sociale dont il va pouvoir faire l'expérience. L'intervention de réadaptation portera par conséquent sur ces trois dimensions ainsi que sur leurs interactions. Dans le second cas, les trois dimensions précitées et leurs interactions seront bien évidemment à considérer dans le processus de réadaptation, mais il faudra aussi prendre en compte qu'il y a eu destruction au moins partielle d'une identité déjà établie, à rétablir ou à réorienter (Fougeyrollas et Dumont, 2009) et d'un projet de vie à redéfinir ou à réorienter. Le processus de réadaptation devra par conséquent prendre en compte le fait que la personne est engagée dans un travail de deuil multidimensionnel (deuil du soi d'avant le traumatisme, deuil de certaines relations - ou types de relations - avec les autres, deuil de certaines activités, etc.) (Michallet, 2009).

Les personnes qui reçoivent des services de réadaptation en DP présentent des incapacités motrices, auditives, visuelles ou de la parole et du langage, significatives et persistantes qui entravent à un degré ou à un autre la réalisation de plusieurs ou de toutes leurs habitudes de vie. Elles doivent par conséquent recevoir du soutien par rapport à une situation d'adversité qui a des impacts sur la réalisation de nombreuses habitudes de vie, lesquelles résultent de l'interaction de capacités physiques modifiées ou diminuées et d'un environnement physique ou humain pouvant présenter des obstacles. Le processus de résilience d'une personne qui, par exemple, a perdu son conjoint ou un enfant, ou qui subit l'épreuve d'un licenciement ou encore l'émigration à cause d'un conflit dans son pays ne voit pas obligatoirement ses capacités physiques ou psychologiques diminuées, ni l'ensemble de ses habitudes de vie modifiées. Le processus de résilience, s'il n'est pas plus facile dans un cas que dans l'autre, est toutefois différent quant à l'accompagnement qu'il nécessite.

Dès le début du processus de réadaptation, mais aussi pendant et à la fin de ce processus, un soin particulier doit être porté afin de préciser ou de redéfinir avec la personne son projet de vie, d'identifier les éléments de son milieu de vie ou de la communauté qui seront facilitateurs ou obstacles à la réalisation de ce projet de vie. Il convient de mettre en place, durant le processus de réadaptation, les conditions favorables à cette réalisation. À cet égard, le modèle proposé par Pourtois, Humbeck et Desmet (2011) est des plus utiles car il permet à l'équipe de réadaptation de se questionner et d'évaluer si les actions posées tout au long du processus de réadaptation favorisent la résilience, la désilience, la résistance ou la désistance de la personne. Toutefois, des données factuelles manquent sur ce point particulier et des recherches futures devraient examiner en quoi la résilience change selon que les intervenants adoptent telle ou telle attitude durant 1) l'évaluation des capacités et des incapacités de la personne et les ressources de son environnement au début du processus de réadaptation; 2) la détermination des objectifs et les interventions pour atteindre ces objectifs et enfin 3) particulièrement pour les personnes qui présentent des incapacités physiques acquises, la

transition vers le milieu de vie naturel quand les usagers des services quittent le centre de réadaptation pour retourner à domicile et dans leur communauté (White et *al.*, 2008). Cette transition entre le CRDP et le domicile ou le retour dans la communauté est l'un des moments les plus difficiles pour les personnes ayant des incapacités et pour leurs proches. En effet, habituées à bénéficier du soutien régulier des intervenants des équipes durant le processus de réadaptation et à évoluer dans un milieu protégé dans lequel les obstacles physiques ou humains sont minimisés, elles se retrouvent livrées à elles-mêmes et doivent faire face à des réalités, partiellement ou non anticipées, lorsque ce processus est terminé. Bien que dans plusieurs centres de réadaptation des mesures soient mises en place afin de faciliter cette transition, l'expérience et la recherche montrent qu'elles ne sont pas suffisantes (Lefebvre, Pelchat, Gélinas, Michallet et Levert, 2005) car le retour dans la communauté s'accompagne très souvent d'une diminution de l'indépendance fonctionnelle ainsi que d'une augmentation de l'anxiété et de la dépression. Autrement dit, des personnes qui semblaient s'être engagées dans leur processus de résilience durant la réadaptation peuvent apparaître non résilientes (ou désilientes selon le terme de Pourtois et *al.*, 2011) une fois de retour à leur domicile et dans leur milieu de vie habituel.

3.2. Des spécificités liées au domaine de la réadaptation

Par ses origines, le domaine de la réadaptation en DP et en DI est encore très axé sur une culture du déficit, tant en recherche qu'en ce qui concerne les interventions (Naidoo, 2006; Strümpfer, 1990). Ainsi, en dépit du fait que la résilience puisse jouer un rôle important dans la santé d'une personne ou d'un groupe de personnes, elle est relativement peu étudiée, alors que les recherches centrées sur les déficits ou les incapacités sont largement majoritaires (Campbell-Sills, Cohan et Stein, 2006). De plus, la rareté des écrits scientifiques concernant la résilience et ses applications possibles en clinique est constatée. Ce manque de données factuelles quant à la résilience en santé (Bonanno, 2004; Connor et Davidson, 2003), et particulièrement en réadaptation, est lié à un paradigme de recherche fondé sur une culture biomédicale axée sur la déficience et l'incapacité plutôt que sur les forces et les ressources des personnes et de leur environnement (White et *al.*, 2008). Ainsi, malgré un engouement certain de la part des intervenants des équipes de réadaptation envers la résilience, ils disposent de peu de données probantes sur lesquelles s'appuyer dans leurs interventions auprès de leur clientèle.

De plus, relativement peu de recherches empiriques ont étudié la résilience en réadaptation en DP et encore moins en DI. En effet, les instruments qui mesurent la résilience sont encore peu nombreux, notamment du fait qu'il n'y a pas de définition du concept qui fasse consensus (Michallet, 2009-2010). Dans ces conditions, le construit est évidemment difficile à cerner. Des instruments de mesure cohérents avec le courant de la psychologie positive (Seligman, 2013) ont toutefois été développés. Parmi ceux-ci, le Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Connor et Davidson, 2003) et le Resilience Scale for Adults (RSA; Friborg, Hjemdal, Rosenvinge et Martinussen, 2003), mais aucun n'est spécifiquement conçu pour les personnes qui vivent avec des incapacités physiques ou intellectuelles. Tout dernièrement, l'Échelle de résilience et d'adaptation psychosociale pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (ÉRAP-TCC; Hamelin, 2014) a été élaborée pour les personnes ayant subi un traumatisme de degré modéré à sévère.

Paradoxalement, des structures organisationnelles et des pratiques qui favorisent la résilience sont déjà présentes dans les orientations cliniques des centres de réadaptation en DP et en DI québécois. Ainsi, il existe plusieurs conditions favorisant l'intégration du concept de résilience dans ces domaines, telles que : un mode de relations entre les équipes de réadaptation et les usagers des services fondé sur la notion de partenariat,

une réorganisation des services de réadaptation en programmes plutôt qu'en services afin de favoriser un mode de fonctionnement en interdisciplinarité de la part de professionnels de disciplines différentes en réponse aux besoins complexes des usagers; des modèles conceptuels tels que ceux du MDH-PPH2 et le Paradigme interprétatif de la résilience de Pourtois et al. (2011); ainsi que la promotion d'une approche d'intervention écologique et systémique. Or, ces conditions favorisantes ne sont pas présentes dans tous les domaines, du moins au Québec. Par exemple, en éducation, les interventions interdisciplinaires ou fondées sur le partenariat sont rarement une réalité, tout comme les interventions de type écologique ou systémique. Cela implique des difficultés d'arrimage inter-réseaux, au détriment de la réponse aux besoins des personnes et de leur famille (Bouchard, 2007).

Toutefois, même en réadaptation et ce, autant en DP qu'en DI, malgré la promotion de ces structures organisationnelles et de ces modèles de pratiques, dans les faits, subsistent encore des pratiques fortement teintées par un modèle de type biomédical. Par exemple, les activités d'évaluation se limitent encore trop souvent à identifier et à mesurer les incapacités des personnes et tiennent encore trop peu compte de leur environnement et de leurs besoins. L'intervention est encore bien souvent multidisciplinaire plutôt qu'interdisciplinaire et ne prend pas systématiquement en considération l'environnement et les besoins de la personne ainsi que les forces et les ressources de celle-ci. Enfin, la mesure de l'efficacité des interventions est axée sur la récupération des capacités plutôt que sur la réalisation des habitudes de vie des personnes qui reçoivent les services. Ce constat est explicable par le fait que les concepts ou approches énumérés ci-dessus sont apparus les uns après les autres depuis le début des années 1990 et ont été présentés indépendamment les uns des autres, sans établir de lien logique entre eux. Dans bien des cas, ils ont été perçus comme des « modes » plus ou moins passagères, et n'ont pas été intégrés dans un modèle global et cohérent. Le concept de résilience en réadaptation en DP et en DI, tel que défini ci-dessous par notre groupe de recherche, fournit un tel cadre intégrateur permettant l'opérationnalisation de ce concept dans les pratiques cliniques et organisationnelles de réadaptation.

4. DES PISTES DE RÉFLEXION POUR FAVORISER L'INTÉGRATION DU CONCEPT DE RÉSILIENCE EN RÉADAPTATION

Diverses actions peuvent être envisagées afin de favoriser l'intégration du concept de résilience aux pratiques cliniques et organisationnelles de réadaptation en DP et en DI. Parmi celles-ci, compte tenu des spécificités de la résilience dans ce domaine qui ont été décrites plus haut, il est nécessaire qu'intervenants, gestionnaires et chercheurs aient à leur disposition une définition opérationnelle spécifique à leur domaine. De plus, les équipes de réadaptation et leurs gestionnaires doivent bénéficier de soutien en termes d'activités de partage et de transfert de connaissances. Enfin, devant le manque de données probantes, une programmation de recherche devrait être développée.

4.1. Proposition d'une définition

Notre groupe de recherche propose une définition de la résilience adaptée au contexte de la réadaptation en DP et en DI. Cette définition est cohérente avec une conception de la réadaptation qui vise plus que la récupération ou la compensation de capacités altérées et plus qu'une participation sociale optimale. De surcroît cette définition s'inscrit dans un processus de construction ou de reconstruction identitaire et de réalisation d'un projet de vie, parfois redéfini (Nair, 2003). Elle s'énonce ainsi :

«La résilience est à la fois un ensemble de caractéristiques personnelles de l'individu (ou du groupe d'individus), un processus et un résultat. Elle s'inscrit dans une démarche de coapprentissage, d'empowerment et d'autodétermination à travers laquelle la personne réinterprète la signification d'une situation d'adversité et réoriente positivement le sens de sa vie afin de poursuivre son développement, tout en renforçant ses facteurs de protection personnels ou environnementaux. Le sens donné à la situation d'adversité participe à l'organisation de ce développement» (Michallet, Lefebvre, Hamelin et Chouinard, 2014).

Cette définition concerne autant la résilience de la personne qui vit avec des incapacités que sa famille ou ses proches qui ont eux aussi, dans leur contexte d'aidant ou de proche soignant, à faire face à des situations d'adversité.

4.2. Soutenir les établissements de réadaptation dans l'intégration du concept à leurs pratiques

Les établissements de réadaptation québécois sont déjà familiers avec plusieurs notions introduites lors des 20 dernières années, telles que celles de l'approche écologique et systémique, du partenariat de soins et services comme mode de relation entre l'équipe de réadaptation et la personne vivant avec des incapacités afin de favoriser l'empowerment et l'autodétermination, de la collaboration interprofessionnelle ou de l'interdisciplinarité. Ainsi que nous l'avons vu plus haut, pour la plupart des établissements, ces notions font déjà partie de leurs orientations cliniques. Toutefois, elles sont encore perçues par les dispensateurs de services comme des techniques, des méthodes ou des approches apparues à la suite les unes des autres, telles des modes ou des courants de pensée sans lien entre eux. Si la résilience intègre ces notions en un tout logique et cohérent, c'est loin d'être une évidence pour les équipes de réadaptation et leurs gestionnaires. Afin que cette intégration soit possible et qu'elle s'actualise dans les pratiques cliniques et organisationnelles, les équipes de réadaptation et leurs gestionnaires doivent s'appropriier ces concepts et évaluer la manière dont ceux-ci pourraient s'intégrer avec efficacité et efficience aux pratiques. À cette fin, un projet de recherche-action pourrait, par exemple, être mené dans les établissements de réadaptation. Les objectifs d'un tel projet seraient 1) d'identifier les obstacles et les facilitateurs à l'intégration du concept de résilience dans les pratiques; 2) d'identifier des moyens afin de favoriser l'intégration de la résilience dans les pratiques; 3) de soutenir les établissements dans la mise en œuvre de ces moyens. Un tel projet pourrait aisément être mis en place à la grandeur du territoire.

4.3. Développer une programmation de recherche

Devant le manque de données probantes en ce qui concerne la résilience en réadaptation en DP et en DI, il semble nécessaire de développer des recherches axées sur les facteurs personnels et environnementaux qui favorisent la résilience des individus et de leur famille mais aussi de développer des instruments qui la mesurent. Compte tenu des particularités de ce concept dans le domaine de la réadaptation, ces instruments d'évaluation pourraient être spécifiques à certains types de clientèle, comme c'est le cas avec les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (Hamelin, 2014). Il serait également intéressant d'évaluer en quoi les pratiques cliniques et organisationnelles en réadaptation favorisent ou non la résilience des personnes qui reçoivent les services (Pourtois et al., 2011; Quale et Schanke, 2010).

5. CONCLUSION

Compte tenu du vieillissement de la population et des progrès médicaux, de plus en plus de personnes, jeunes, adultes ou âgées, doivent apprendre à vivre avec des incapacités physiques ou intellectuelles résiduelles, qu'elles soient d'origine innée ou acquise. De plus, compte tenu de l'augmentation continue des coûts de santé au Québec et des ressources financières limitées dont notre société dispose, il est nécessaire de faire preuve d'innovation afin de répondre avec une efficacité et une efficacité optimales aux besoins croissants de la population. Le rôle des services de réadaptation est de favoriser une récupération optimale des capacités altérées ou une adaptation optimale de l'environnement des personnes concernées, mais également d'accompagner celles-ci dans la mobilisation de leurs ressources personnelles et environnementales, afin qu'elles atteignent un degré de participation sociale satisfaisant et, qu'en donnant un sens à leur expérience, elles réalisent leur projet de vie. L'intégration du concept de résilience prend tout son sens dans le contexte actuel du système de santé. En dépit du fait que la résilience peut jouer un rôle majeur dans la santé des individus et de leurs proches, elle a été largement sous-étudiée comparativement aux recherches s'intéressant aux déficits ou aux incapacités des personnes (Campbell-Sills et *al.*, 2006). De plus, les écrits sur la résilience et l'importance de ce concept en réadaptation physique auprès des personnes présentant des incapacités sont encore plus rares (Connor et Davidson, 2003; White et *al.*, 2008). Cela est probablement dû à la persistance d'un modèle de recherche et de pratiques centré sur les déficits des individus plutôt que sur leurs forces et celles de leur entourage (Bonanno, 2004). L'intégration du concept de résilience aux pratiques cliniques et organisationnelles de réadaptation en DP et en DI semble une avenue prometteuse pour garantir à long terme des services de qualité à la population.

6. RÉFÉRENCES

- Bonanno, G.A. (2004). Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bouchard, J.M. (2007). Partenariat familles-professionnels : à l'épreuve des savoirs tirés des forums Internet. *Recherche interdisciplinaire en réadaptation et défis technologiques. Nouvelles perspectives théoriques et réflexions cliniques. Les publications du CRIR*, 3, 68-78.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human, bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Campbell-Sills, Cohan, S.L. et Stein, M.B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour, Research and Therapy*, 44, 585-599.
- Connor, K.M. et Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale : The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- CRDP Le Bouclier. (2004). Définition du processus de la réadaptation et des services au CR Le Bouclier; les assises du CR Le Bouclier. Document interne.
- Fougeyrollas, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile; transformations réciproques du sens du handicap*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Fougeyrollas, P. et Dumont, C. (2009). Construction identitaire et résilience en réadaptation. *Frontières*, 22(1-2), 22-26.

- Friborg, O., Hjemdal, O. et Rosenvinge, J.H. et Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adults resilience : What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 65-76.
- Gouvernement du Québec (2011). Comptes de la santé, 2009-2010 à 2011-2012. Ministère de la santé et des services sociaux, Québec.
- Gouvernement du Québec (2013). Le bilan démographique du Québec, édition 2013. Institut de la statistique du Québec.
- Hamelin, A. (2014). Résilience et trauumatisme craniocérébral : élaboration d'un instrument de mesure. Thèse de doctorat en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec.
- Lefebvre, H., Pelchat, D., Gélinas, I., Michallet, B. et Levert, M-J. (2005). L'impact à long terme du traumatisme craniocérébral sur les proches. Recherche interdisciplinaire en réadaptation et traumatisme craniocérébral, nouvelles perspectives théoriques et cliniques. *Les Publications du CRIR*, 2, 67-79.
- Lebel, P. (2000). L'interdisciplinarité. *Fréquences*, 12, 8-9.
- Michallet, B. (2009). Résilience : perspective historique, défis théoriques et enjeux cliniques. *Frontières*, 22(1-2), 10-18.
- Michallet, B., Lefebvre, H., Hamelin, A. et Chouinard, J., (2014). Le concept de résilience en réadaptation en déficience physique : proposition d'une définition et éléments de réflexion. *Revue québécoise de psychologie*, 35(1), 163-182.
- Naidoo, P. (2006). Potential contributions to disability theorizing and research from Positive Psychology. *Disability and Rehabilitation*, 28(9), 595-602.
- Nair, K.P.S. (2003). Life goals: The concepts and its relevance to rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 17, 199-202.
- OMS (1980). International classification of impairments, disabilities, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: WHO.
- Pourtois, J-P., Humbeeck, B. et Desmet, H. (2011). Résistance et résilience assistées : contribution au soutien éducatif et psychosocial. In S. Ionescu, (dir.), *Traité de résilience assistée* (p. 37-60). Paris : Presses Universitaires de France.
- Seligman, M.E.P. (2013). *S'épanouir : Pour un nouvel art du bonheur et du bien-être*. Paris : Belfond.
- Quale, A-J., Schanke, A-K. (2010). Resilience in the face of coping with a severe physical injury : a study of trajectories of adjustment in a rehabilitation setting. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 12-22.
- Strümpfer, D.W.J. (1990). Salutogenesis : a new paradigm. *South African Journal of Psychology*, 20(4), 265-276.
- White, B., Driver, S. et Warren, A-M. (2008). Considering resilience in the rehabilitation of people with traumatic disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 53(1), 9-17.
- Wong, P.T.P. (2011). *The human quest for meaning* (2e éd.). New York, NY: Routledge.