

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'USAGE D'ALCOOL, DE DROGUES ILLICITES ET DE MÉDICAMENTS
PSYCHOTROPES CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC UNE LÉSION
MÉDULLAIRE : PRÉVALENCES, TRAJECTOIRES ET FACTEURS DE RISQUE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MYRIANE TÉTRAULT

NOVEMBRE 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Lorsque j'ai entamé mes études universitaires en psychologie en 2000, je me suis longuement questionnée à savoir si j'allais être en mesure de compléter le doctorat. Un détour vers une maîtrise en criminologie m'a fait réaliser à quel point la psychologie me passionnait et que je devais poursuivre mes études doctorales dans ce domaine. Malgré certaines embûches, mon courage et ma détermination m'auront permise de mettre à terme cette grande réalisation de ma vie, soit ma thèse de doctorat. Tout au long de mes études, diverses personnes de mon entourage ont cru en moi et m'ont encouragée afin que je persévère chaque jour et que je puisse accéder à ma carrière professionnelle.

D'abord, je voudrais remercier ma directrice de thèse, Frédérique Courtois, pour m'avoir offert un projet de recherche lié à mes intérêts, soit la toxicomanie et la psychologie. Je ne te remercierai jamais assez, Frédérique, pour ton temps, ta patience et tes encouragements dans toutes les tâches entourant ma thèse de doctorat.

Je voudrais également remercier les personnes qui m'auront aidée à améliorer la qualité de ma thèse. Je pense à Jean Bégin, qui m'a aidée dans les analyses statistiques initiales de ma thèse, ainsi qu'à Pierre McDuff et tout particulièrement Dominic Beaulieu-Provost pour leur temps précieux et leur expertise dans les analyses de révision de ma thèse. Merci également à Serge Brochu et André Marchand pour leurs précieux commentaires lors de mon examen doctoral. Je ne peux passer sous silence l'aide grandement appréciée de Sarah Anélie Anestin et Roseline Massicotte dans la réalisation des accords inter-juges pour mes questionnaires SCID-I et SCID-II. Merci aussi à Catherine Otis et Roseline Massicotte pour leur importante contribution dans le processus de recrutement des participants de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal et du centre de réadaptation Lucie-Bruneau, de même que dans la cueillette des données. Dans le même ordre d'idées, mes sincères remerciements vont à Nicole Giguère et Dany Bélanger de l'Institut de réadaptation

en déficience physique de Québec et à Mylène Fournier du centre montréalais de réadaptation pour leur contribution dans le recrutement des participants dans ces lieux respectifs.

Finalement, je ne peux omettre les nombreux encouragements des personnes de mon entourage, non seulement au cours de mon doctorat mais également depuis le tout début de mes études universitaires. Je remercie ma famille qui aura toujours cru en moi et m'aura toujours appuyée au cours des années. Je tiens aussi à remercier ma belle-famille pour son appui et son soutien. J'accorde une pensée spéciale à mes deux rayons de soleil, mon fiancé David et notre petit garçon Xavier, qui ont été des sources d'énergie et de bonheur pour persévérer jour après jour. Finalement, merci à mes amis, collègues universitaires, collègues de travail et toutes les personnes qui ont su m'encourager ou m'aider de près ou de loin dans mon cheminement doctoral. Sachez que chacun de vous a une place particulière dans ma mémoire parce que vous avez cru en moi, autant dans mes difficultés que dans mes succès. Encore une fois... MERCI !

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	viii
LISTE DES TABLEAUX	ix
RÉSUMÉ.....	xii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
RECENSION DES ÉCRITS	5
1.1 Prévalence de l'usage de SPA chez les personnes LM.....	5
1.2 Profils de consommation auprès des individus LM	8
1.3 Facteurs associés au développement et à l'évolution de l'usage de SPA chez les personnes LM	11
1.4 Modèle théorique de l'abus et la dépendance aux SPA chez les personnes LM.....	13
1.5 Conséquences associées à la consommation de SPA.....	15
1.5.1 Conséquences sur la réadaptation et la santé physique	15
1.5.2 Conséquences médicales.....	16
1.6 Traitements spécialisés en dépendance auprès des personnes LM	19
1.6.1 Détection des personnes à risque	19
1.6.2 Accès aux ressources	20
1.7 Limites des études sur le thème	21
1.8 Objectifs de la présente étude	23
CHAPITRE II	
DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	25
2.1 Participants.....	25
2.1.1 Profil socio-démographique.....	26
2.1.2 Causes de la lésion et délais lésionnels.....	28
2.1.3 Caractéristiques des lésions	29
2.2 Instruments de mesure	31

2.2.1	Dépistage et évaluation de l'usage de substances psychoactives	31
2.2.2	Mesures des facteurs psychologiques	38
2.2.3	Mesure des facteurs sociaux	41
2.2.4	Mesures des facteurs médicaux.....	42
2.3	Procédure	43
CHAPITRE III		
RÉSULTATS		47
3.1	Prévalence et trajectoire de la consommation d'alcool chez les personnes LM selon les périodes pré- et post lésion.....	47
3.1.1	Prévalence de la consommation d'alcool durant la période précédant la lésion médullaire.....	47
3.1.2	Prévalence de la consommation d'alcool pendant la période de réadaptation fonctionnelle	49
3.1.3	Prévalence de la consommation d'alcool lors de la période du retour à domicile	50
3.1.4	Trajectoire de la consommation d'alcool.....	52
3.2	Prévalence et trajectoire de la consommation de drogues illicites chez les personnes LM selon les périodes pré- et post lésion	55
3.2.1	Prévalence de la consommation de drogues illicites durant la période précédant la lésion médullaire.....	55
3.2.2	Prévalence de la consommation de drogues illicites durant la période de réadaptation fonctionnelle	58
3.2.3	Prévalence de la consommation de drogues illicites au retour à domicile.....	60
3.2.4	Trajectoire de la consommation de drogues illicites.....	63
3.3	Prévalence et trajectoire de l'usage de médicaments psychotropes prescrits chez les personnes LM selon les périodes pré- et post lésion	65
3.3.1	Prévalence de la consommation de médicaments sédatifs durant la période précédant la lésion (selon le DEBA-D).....	65
3.3.2	Prévalence de la consommation de médicaments sédatifs pendant la période de réadaptation fonctionnelle (selon le DEBA-D)	66
3.3.3	Prévalence de la consommation médicaments sédatifs lors de la période du retour à domicile (selon le DEBA-D).....	67
3.3.4	Trajectoire de la consommation de médicaments sédatifs	68
3.3.5	Médicaments prescrits et inscrits au dossier des participants	69

3.4	Facteurs de risque de la consommation d'alcool et de drogues chez les personnes LM.....	74
3.4.1	Les troubles de l'humeur, anxieux et somatoformes	75
3.4.2	Les troubles de personnalité.....	77
3.4.3	L'intolérance à l'incertitude	80
3.4.4	Le soutien social.....	81
3.4.5	La douleur	83
3.5	Liens entre les facteurs psychologiques, sociaux et médicaux sur l'évolution de la consommation d'alcool et de drogues illicites suite à la lésion des participants LM.....	85
CHAPITRE IV		
INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS, DISCUSSION, CONCLUSION.....		96
4.1	Prévalence de la consommation de SPA.....	98
4.2	Trajectoires de consommation	101
4.3	Facteurs prédictifs de la consommation d'alcool et de drogues illicites	103
4.4	Modèle théorique	106
4.5	Implications cliniques	108
4.6	Considérations méthodologiques	110
4.6.1	Forces de l'étude.....	110
4.6.2	Limites de l'étude	111
4.7	Pistes de recherches futures	112
APPENDICE A		
LISTE DES PRINCIPAUX PSYCHOTROPES		115
APPENDICE B		
CONSOMMATIONS STANDARDS D'ALCOOL		117
APPENDICE C		
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT		118
APPENDICE D		
QUESTIONNAIRES DEBA-A ET DEBA-D (TREMBLAY ET AL., 2001).....		127
APPENDICE E		
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES POUR LE TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR ET LES TROUBLES ANXIEUX DU DSM-IV-TR (APA, 2004)		132
APPENDICE F		
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES TROUBLES DE PERSONNALITÉ SELON LE DSM-IV-TR (APA, 2004).....		141

APPENDICE G	
QUESTIONNAIRE SUR L'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE (FREESTON ET AL., 1994).....	149
APPENDICE H	
QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ SUR L'ÉVALUATION DU SUPPORT SOCIAL (SARASON ET AL., 1987).....	152
APPENDICE I	
LE QUESTIONNAIRE DE DOULEUR DE MCGILL (MELZACK, 1975).....	156
LEXIQUE.....	158
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	163

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
1.1	Modèle théorique du développement d'une dépendance à l'alcool chez les personnes ayant une incapacité physique (source : Babor et al., 1987) '	14
3.1	Prévalence des troubles de personnalité, évalués à l'aide du SCID-II, chez les participants LM	78
4.1	Ajustements du modèle théorique de Babor et al. (1987) pour une population LM en réadaptation et au retour à domicile	107

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
2.1	Profil socio démographique des participants LM selon les centres de réadaptation	27
2.2	Causes de la lésion et délais lésionnels des participants de l'étude	28
2.3	Niveau de la lésion et degré de complétude de la lésion	30
2.4	Profils de consommation selon les critères du DÉBA-A	34
2.5	Profils de consommation selon les critères du DÉBA-D	35
2.6	Proportion des entrevues réalisées en face à face et/ou par téléphone pour les participants des divers centres de réadaptation	44
3.1	Fréquence de la consommation d'alcool et types de consommateurs pour la période précédant la lésion médullaire	48
3.2	Fréquence de la consommation d'alcool et types de consommateurs durant la période de réadaptation fonctionnelle	50
3.3	Fréquence de la consommation d'alcool et types de consommateurs lors de la dernière année depuis le retour à domicile	51
3.4	Trajectoire de la consommation d'alcool en fonction des périodes de réadaptation	53
3.5	Liens entre les périodes de réadaptation et types de consommateurs d'alcool	54
3.6	Fréquence de la consommation de drogues illicites et types de consommateurs durant la période précédant la lésion médullaire	57
3.7	Fréquence de la consommation de drogues illicites et types de consommateurs durant la période de réadaptation fonctionnelle	59
3.8	Fréquence de la consommation de drogues illicites et types de consommateurs durant la dernière année depuis le retour à domicile	61
3.9	Trajectoire de la consommation de drogues illicites selon les périodes de réadaptation	63
3.10	Liens entre les périodes de réadaptation et types de consommateurs de drogues	64

3.11	Fréquence de la consommation de médicaments sédatifs et types de consommateurs lors de la période précédant la lésion	65
3.12	Fréquence de la consommation de médicaments sédatifs et types de consommateurs lors de la période de réadaptation fonctionnelle	66
3.13	Fréquence de la consommation de médicaments sédatifs et types de consommateurs lors de la dernière année depuis le retour à domicile	67
3.14	Liens entre les périodes de réadaptation et types de consommateurs de médicaments sédatifs	68
3.15	Prévalence des médicaments prescrits et inscrits au dossier des participants LM au moment de leur réadaptation fonctionnelle	70
3.16	Usage combiné des divers médicaments psychotropes prescrits en réadaptation fonctionnelle	71
3.17	Prévalence des médicaments prescrits et inscrits au dossier des participants LM lors de leur retour à domicile	73
3.18	Usage combiné des divers médicaments psychotropes prescrits au retour à domicile	74
3.19	Fréquences actuelles et passées des troubles anxieux chez les personnes LM	76
3.20	Nombre et traits présents chez les participants LM pour chacun des troubles de personnalité	79
3.21	Scores de la quantité et de la qualité du soutien social	82
3.22	Douleurs ressenties chez les participants LM	84
3.23	Corrélations et intercorrélations entre les diverses variables de l'étude	86
3.24	Corrélations entre la consommation d'alcool et les variables prédictives de cette consommation durant la période de réadaptation fonctionnelle	88
3.25	Corrélations entre la consommation d'alcool et les variables prédictives de cette consommation lors du retour à domicile	89
3.26	Régression logistique sur l'usage à haut risque d'alcool lors du retour à domicile	90
3.27	Corrélations entre la consommation de drogues illicites et les variables prédictives de cette consommation durant la période de réadaptation fonctionnelle	91
3.28	Régression logistique sur l'usage à haut risque de drogues illicites lors de période de réadaptation fonctionnelle	92
3.29	Corrélations entre la consommation de drogues illicites et les variables prédictives de cette consommation lors du retour à domicile	93

3.30	Régression logistique sur l'usage à haut risque de drogues illicites lors du retour à domicile	94
------	--	----

RÉSUMÉ

La présente étude cherche à identifier la prévalence et la trajectoire de la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes prescrits en fonction de divers types de consommateurs et diverses phases de réadaptation. Elle tente également de cerner les facteurs prédictifs de l'usage à haut risque de substances psychoactives chez les personnes vivant avec une lésion à la moelle épinière (LM). Pour répondre à ces buts de recherche, trois objectifs sont visés. Le premier est d'évaluer la prévalence d'usage d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes chez les personnes LM en fonction de types de consommateurs. Le second objectif est d'évaluer l'évolution de l'usage selon les périodes précédant la lésion, de réadaptation fonctionnelle et de retour à domicile. Le troisième objectif est d'identifier l'influence de variables comme les troubles dépressifs et anxieux, la personnalité, l'intolérance à l'incertitude, le soutien social et l'intensité de la douleur comme facteurs prédictifs de la consommation à haut risque de SPA lors de la réadaptation fonctionnelle et au retour à domicile.

La première hypothèse suggère que les personnes ayant fait un usage à risque de SPA avant la lésion traverseront une phase d'abstinence ou de réduction de leur consommation durant la période de réadaptation fonctionnelle, pour ensuite l'augmenter lors du retour à domicile. La seconde hypothèse stipule que les facteurs psychologiques, médicaux et sociaux à l'étude seront des prédicteurs de la consommation à haut risque de SPA et différeront entre la période de réadaptation fonctionnelle et de retour à domicile.

Un échantillon de 85 adultes avec une lésion à la moelle épinière présentement au retour à domicile a été rencontré. L'âge moyen des participants était de 44,4 ans. Six questionnaires reliés à l'évaluation de l'usage d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes de même qu'à des facteurs psychosociaux et médicaux ont été complétés lors d'entrevues.

Les résultats montrent que, lors de la période pré-lésionnelle, 89,4% des participants ont fait usage d'alcool, 31,8% de drogues illicites et 3,5% de médicaments sédatifs. Au cours de la réadaptation fonctionnelle, la prévalence de l'usage a chuté à 43,5% pour l'alcool, 16,5% pour les drogues illicites, mais augmenté à 16,5% pour les médicaments sédatifs. Lors de cette période, 68,2% des participants avaient une prescription de médicaments psychotropes prescrits (non seulement sédatifs) inscrits à leur dossier. Lors de la période du retour à domicile, la prévalence de l'usage a augmenté à 83,5% pour l'alcool et 22,3% pour les drogues illicites, alors qu'elle a diminué à 5,9% pour les médicaments sédatifs. Lors de cette période, 44,7% des participants avaient une prescription de médicaments psychotropes prescrits (non seulement sédatifs) inscrits à leur dossier.

Les résultats appuient partiellement les hypothèses en montrant que la consommation à haut risque d'alcool était diminuée de façon significative durant la période de réadaptation fonctionnelle et augmentée de façon significative lors de la période du retour à domicile. Fait intéressant, cette reprise de consommation au retour à domicile reste néanmoins inférieure à celle de la période précédant la lésion médullaire. L'hypothèse n'est toutefois pas confirmée pour la consommation à haut risque de drogues et de médicaments sédatifs au retour à domicile, notamment en raison du faible nombre de participants faisant usage de ce type de consommation. Ces résultats non significatifs restent de bonne augure en ce qu'ils suggèrent que la consommation abusive de drogues n'est pas aussi généralisée et alarmante que prévue.

Contrairement aux hypothèses avancées, lors des analyses de régression logistique, les variables psychologiques, médicales et sociales ne se révèlent pas prédictives de la consommation à haut risque de SPA à la suite de la lésion médullaire, que ce soit lors de la période de réadaptation fonctionnelle ou au retour à domicile. Fait intéressant, la consommation d'alcool avant la lésion prédisait de façon significative sa consommation à haut risque au retour à domicile, et la consommation à haut risque de drogues avant la lésion ou durant la réadaptation fonctionnelle prédit de façon significative sa consommation à haut risque en réadaptation fonctionnelle et au retour à domicile.

Ces résultats viennent compléter le modèle théorique de Babor et al. (1987) et confirment l'importance d'étudier la trajectoire de consommation des personnes LM surtout lors du retour à domicile, période qui a été souvent sous-estimée par les études antérieures. Les résultats sur la consommation réduite de SPA durant la période de réadaptation fonctionnelle soulèvent la nécessité de motiver les institutions à rester vigilantes sur la consommation de leurs bénéficiaires LM et les médecins sur leurs prescriptions de médicaments.

Mots clés : Lésion médullaire, Troubles liés à l'utilisation d'une substance (TUS), Prévalences, Trajectoires de consommation, Facteurs de risque

INTRODUCTION

Les troubles liés à l'utilisation d'une substance font partie de la réalité de nombreuses personnes, et peuvent engendrer des impacts considérables sur le plan physique, psychologique, social et même financier. La documentation scientifique dans le domaine suggère que certains groupes affichent une plus forte prévalence de consommation de substances psychoactives (SPA)¹ que la population générale, comme c'est le cas pour les personnes ayant subi une blessure à la moelle épinière (Healy, 1993 ; Heinemann, 1993; Heinemann, Goranson, Ginsburg et Schnoll, 1989b; Heinemann, Mamott et Schnoll, 1990; Kircus et Brillhart, 1990; Kolakowsky-Hayner, Gourley, Kreutzer, Marwitz, Cifu et McKinley, 1999; Meyers, Branch et Lederman, 1988; Moore et Li, 1994; Young, Rintala, Rossi, Hart et Fuhrer, 1995). L'usage de SPA chez les personnes vivant avec une lésion médullaire (LM) semblerait présent autant durant la période précédant la lésion médullaire, que lors de l'événement traumatique ayant causé la lésion, et lors de la période de réadaptation fonctionnelle. Kolakowsky-Hayner, Gourley, Kreutzer, Marwitz, Meade et Cifu (2002) montraient ainsi que parmi les personnes ayant abusé d'alcool durant la période précédant la lésion médullaire, plus de la moitié avait poursuivi ce type d'usage à la suite de leur lésion. La survenue du traumatisme peut toutefois être un moment chez certains pour réduire leur niveau de consommation à *court terme*, le temps pour eux de s'ajuster à la lésion et leur réadaptation (Heinemann, 1993; Heinemann, Doll, Armstrong, Schnoll et Yarkony, 1991 ; Kolakowsky-Hayner et al., 2002; Moore et Li, 1994).

Les résultats des études dans le domaine des lésions médullaires sont parfois contradictoires, notamment en ce qui a trait aux types de consommateurs de SPA et à leur trajectoire de consommation avant et après la lésion médullaire. Ce manque de cohérence explique probablement les nombreuses variations observées dans les études de prévalence. Peu d'études ont ainsi exploré à la fois l'usage d'alcool, de drogues illicites et de

¹ Voir l'appendice A pour obtenir la liste des principales substances psychoactives (ou psychotropes).

médicaments psychotropes prescrits avant la lésion et lors de la réadaptation fonctionnelle, et aucune n'a exploré l'évolution de cette consommation lors du retour à domicile. Cette période présente pourtant de nouvelles contraintes et de nouveaux stressors qui sont susceptibles d'engendrer des comportements à risque.

Ce bilan plutôt inquiétant sur la trajectoire de consommation et le type de consommateurs alimente les réflexions sur les facteurs de risque, de maintien, de progression ou de régression de l'usage à haut risque de SPA chez la clientèle LM. Des facteurs comme la personnalité (Alston, 1994; Babor, 1993; Mawson, Biundo, Clemmers, Jacobs, Ktsanes et Rice, 1996; Moore et Polsgrove, 1991; Rohe et Basford, 1989) et l'environnement de l'individu (Heinemann, Schnoll, Brandt, Maltz et Keen, 1988; Moore et Polsgrove, 1991; Radnitz et Tirch, 1995; Schandler, Cohen et Vulpe, 1996; Schaschl et Straw, 1993) pourraient être associés au trouble lié à une substance avant et après la lésion médullaire, tout comme les phénomènes de douleur (Budh et Lundeborg, 2005; Heinemann, McGraw, Brandt et Roth, 1992; Hepner, Kirshbaum et Landes, 1980; Radnitz et Tirch, 1995; Radwanski, 1992; Richards, Kewman et Pierce, 2000; Waller, Hill, Maio et Blow, 2003; Widerström-Noga et Turk, 2003), de contraintes psychologiques (Burke, Linden, Zhang, Maiste et Shields, 2001; Chan, Lee et Lieh-Mak, 2000; Heinemann, Doll et Schnoll, 1989a; Hepner et al., 1980; Kennedy, Lowe, Gray et Short, 1995; Kennedy, Marsh, Lowe, Grey, Short et Rogers, 2000; Kolakowsky-Hayner et al., 2002; Mask, 1993; Schandler, Cohen, Vulpe et Frank, 1995; Young et al., 1995), physiques, émotionnelles et professionnelles (Hepner et al., 1980; Trieschmann, 1988) pourraient y participer. En dépit des informations actuellement disponibles dans les écrits scientifiques, il existe un manque indéniable d'études empiriques sur les facteurs participant au développement et au maintien d'un trouble lié à une substance chez les personnes LM durant la période de réadaptation fonctionnelle et lors du retour à domicile.

Ce manque d'études est surprenant puisque les troubles liés à l'utilisation d'une substance engendrent diverses complications médicales qui nuisent à la santé et limitent les apprentissages en réadaptation. Ces conséquences méritent ainsi une attention particulière pour encourager la détection précoce des individus à risque pour modifier leur consommation

et les aider à mieux bénéficier des apprentissages en réadaptation et mieux s'intégrer à la société au moment de leur retour à domicile. La détection des personnes à risque implique ainsi la nécessité d'évaluer les profils de consommateurs et d'évaluer les facteurs de risque pouvant agir lors de la réadaptation fonctionnelle et au retour à domicile.

La présente étude cherche à identifier la prévalence et la trajectoire de la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes, de même que les facteurs prédictifs de l'usage à risque de SPA à la suite de la lésion chez les personnes LM.

Dans le but de répondre à certaines limites notées dans la documentation empirique précédente, quatre parties distinctes organiseront cette thèse. Le premier chapitre fera état de la documentation scientifique dans le domaine permettant de rendre compte d'études sur l'abus et la dépendance à l'alcool, aux drogues illicites et aux médicaments psychotropes prescrits auprès des personnes LM avant, lors et à la suite de leur traumatisme. Une présentation des recherches sur les principaux facteurs de risque liés à la consommation de SPA auprès de cette clientèle suivra et englobera divers modèles théoriques sur le sujet. Les conséquences de l'abus et de la dépendance aux SPA, les limites constatées quant au traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie auprès des personnes LM de même que les objectifs de la présente étude viendront enfin clore cette section.

Le second chapitre de la thèse mettra en lumière la démarche méthodologique de la présente étude, pour laquelle 85 personnes LM, provenant de quatre centres de réadaptation québécois (Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau de Montréal, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, Centre montréalais de réadaptation de St-Hubert et St-Hyacinthe) ont été rencontrées.

Le troisième chapitre fera état des résultats obtenus à la suite de diverses analyses effectuées. Ceux-ci enrichiront nos connaissances sur l'usage à faible risque et à haut risque de SPA auprès des personnes LM en prenant en considération les périodes précédant la lésion, de réadaptation fonctionnelle et de retour à domicile. Les facteurs de prédiction de la

consommation abusive et dépendante de SPA suite à la lésion pourront également contribuer aux connaissances des intervenants en centre de réadaptation physique et qui oeuvrent auprès de cette clientèle.

Finalement, les conclusions apportées dans la dernière section de la thèse permettront de mieux connaître le profil de consommation de leur clientèle et de reconnaître plus rapidement les personnes à risque de développer un trouble lié à l'utilisation d'une substance durant la période de réadaptation et lors du retour à domicile, et ce, afin de limiter le développement de conséquences médicales, physiques ou psychologiques. À la lumière de ces résultats, d'autres études seront proposées, plus spécifiquement dans les centres de réadaptation en dépendance qui demeurent parfois limités sur le plan de l'intervention et l'accessibilité de cette clientèle LM.

CHAPITRE I

RECENSION DES ÉCRITS

Depuis les années 1970, et plus particulièrement au cours des années 1980, la documentation scientifique a rendu compte d'une prévalence importante des troubles liés à l'utilisation d'une SPA de même que divers problèmes associés à ces usages chez les personnes LM (Greer, 1986). Récemment, une nouvelle vague de recherches a vu le jour permettant de mieux comprendre les facteurs mis en cause dans le développement et le maintien de ces troubles auprès des personnes LM. Cette recension des écrits amènera une meilleure compréhension de l'abus et la dépendance aux SPA, des facteurs qui y sont associés, de même que de leurs conséquences sur le vécu personnes LM.

1.1 Prévalence de l'usage de SPA chez les personnes LM

De nombreuses études ont démontré que la consommation d'alcool et/ou de drogues illicites est plus prévalente chez les personnes LM que la population générale (Healy, 1993 ; Heinemann, 1993; Heinemann et al., 1989b; Heinemann et al., 1990; Kircus et Brillhart, 1990; Kolakowsky-Hayner et al., 1999; Meyers et al., 1988; Moore et Li, 1994; Young et al., 1995). D'autres études présentent néanmoins des résultats contradictoires (Dean, Fox et Jensen, 1985; Tate, 1993) qui pourraient être attribuables au fait que les participants ne révèlent pas facilement leur problème de consommation (Bozzacco, 1990) ou que les études présentent des différences au niveau de leurs variables démographiques, géographiques, méthodologiques et culturelles (Heinemann et al., 1990). Qui plus est, comme la littérature utilise de nombreux termes pour décrire le phénomène de consommation sans toujours préciser s'il s'agit d'un usage social ou excessif, d'un abus ou d'une dépendance, il est difficile de rendre compte de l'ampleur et la gravité réelle de cette consommation.

Peu d'études se sont penchées sur la prévalence de l'histoire de consommation précédant la lésion médullaire en raison des grandes difficultés à obtenir des informations précises de la part des participants. Selon les études effectuées, il semblerait qu'entre 25% et 96% des personnes LM affichaient une histoire de consommation d'alcool durant la période précédant le traumatisme médullaire (Babor, 1993; Bombardier et Rimmele, 1998; Frisbie et Tun, 1984; Heinemann et al., 1989a; Heinemann et al., 1990; Heinemann et al., 1988b; Kolakowsky-Hayner et al., 1999; O'Donnell, Cooper, Gressner, Shehan et Ashley, 1981; Tate, 1993; Young et al., 1995). Ce taux se situerait à 35% pour les drogues illicites et parmi celles-ci, 19% auraient fait usage de cannabis, 11,5% de cocaïne, 4% d'opiacés et 15% de plus d'une drogue illicite (Kolakowsky-Hayner et al., 1999).

Il s'avère également, qu'au moment de l'accident, entre 35% et 50% des individus LM auraient été intoxiqués par l'alcool (Bombardier et Rimmele, 1998; Frisbie et Tun, 1984; Fullerton, Harvey, Klein et Howell, 1981; Garrison, Clifford, Gleason, Tun, Brown et Garshick, 2004; Heinemann et al., 1988b; Heinemann et al., 1990; Heinemann et al., 1989b; Higgins-Biddle, Hungerford et Cates-Wessel, 2009; Kiwerski et Krauski, 1992; McKinley, Kolakowsky et Kreutzer, 1999), 16% à 33% auraient été intoxiqués par des drogues illicites (Heinemann et al., 1990; Heinemann et al., 1989b; McKinley et al., 1999; O'Donnell et al., 1981; Soderstrom, Trifillis, Shankar, Clark et Cowley, 1988; Young et al., 1995) et 26% auraient été intoxiqués à la fois par l'alcool et les drogues illicites (McKinley et al., 1999). Les données issues des analyses d'urine prélevée au moment de l'admission en centre hospitalier montrent que les substances généralement impliquées étaient l'alcool, suivi du cannabis, des benzodiazépines et des opiacés (Heinemann et al., 1988b). Ces résultats suggèrent que l'usage de SPA est souvent associé à l'accident menant au traumatisme médullaire.

Une fois l'accident survenu, les études montrent que parmi les individus qui consommaient des SPA avant le traumatisme plusieurs ont tendance à maintenir ou augmenter leur usage, alors que d'autres qui n'avaient pas d'histoire de consommation, s'y initient en réaction au traumatisme. Kolakowsky-Hayner et al. (2002) ont ainsi montré que parmi 72% des individus LM ayant rapporté un abusif ou modéré d'alcool avant leur lésion,

un peu plus de la moitié ont poursuivi ce type d'usage après le traumatisme. Parmi les individus qui affichaient une consommation avant leur lésion, plusieurs ont néanmoins diminué leur consommation à court terme (Heinemann, 1993; Heinemann et al., 1991; Kolakowsky-Hayner et al., 2002; Moore et Li, 1994), incluant jusqu'à 50% des personnes durant la phase de réadaptation active (Heinemann, 1993; Kolakowsky-Hayner et al., 2002). Cette diminution, qui semble adaptative en phase de réadaptation, est cependant contrée par une reprise de la consommation lors du retour à domicile (Heinemann, 1993), aspect qui n'a pas été exploré dans la recension des écrits et qui mérite pourtant une attention particulière.

Les individus qui s'initient aux SPA à la suite de leur lésion semblent représenter un plus faible pourcentage puisque environ 6% des personnes LM débuteraient un usage d'alcool à la suite du traumatisme (Heinemann et al., 1989b) et seul 4,2% s'initieraient aux drogues illicites (Kolakowsky-Hayner et al., 2002). Toutefois, parmi l'ensemble des individus LM, 21% sembleraient faire usage de drogues illicites lors la période de réadaptation soit dans les 6 à 12 mois suivant le traumatisme (Kolakowski-Hayner et al., 2002). Les substances consommées incluent le cannabis (50%), la cocaïne (12,5%), les opiacés (12,5%) et la polyconsommation (25%).

À ces chiffres sur l'alcool et les drogues illicites s'ajoutent les troubles liés à l'utilisation de médicaments psychotropes prescrits, c'est-à-dire l'utilisation de médicaments à d'autres fins que thérapeutiques ou leur utilisation à des fins thérapeutiques mais en ne respectant pas la posologie recommandée. Malheureusement, la documentation scientifique ne différencie pas toujours l'usage à faible risque de l'usage abusif ou dépendant de ces médicaments psychotropes. L'étude de Kirubakaran, Kumar, Powell et Tyler (1986) montre ainsi que 42% des individus LM font usage d'un à deux médicaments quotidiennement et 6,5% de plus de cinq médicaments. Toutefois, cette étude ne rend pas compte du nombre de personnes LM ayant développé un usage abusif ou dépendant de ces médicaments. Par ailleurs, Heinemann (1993) mentionne que 43% de son échantillon de 92 individus LM utilisaient des médicaments psychotropes prescrits et que 24% faisaient un abus d'un ou plusieurs de ces médicaments.

1.2 Profils de consommation auprès des individus LM

L'ensemble des résultats précédents rend compte d'un usage de SPA auprès des individus LM durant la période précédant, pendant ou suivant le traumatisme. Les troubles liés à l'utilisation d'une substance deviennent donc une réalité importante en réadaptation en raison de l'importante prévalence de consommation auprès de la population vivant avec une lésion à la moelle épinière.

Compte tenu de cette importante prévalence, certaines études se sont intéressées aux caractéristiques des usagers LM et/ou ayant un traumatisme crânien et ont défini diverses typologies (Budziack, 1993) qui peuvent servir à décrire les individus susceptibles de répondre à un traitement. Turner, Bombardier et Rimmele (2003) ont ainsi classifié quatre profils de consommateurs d'alcool chez les personnes LM. Un total de 218 participants, pratiquement tous de sexe masculin, et récemment admis dans une unité de réadaptation dans un centre pour traumatismes en raison d'une LM et/ou d'un traumatisme crânien étaient rencontrés. À noter que seuls 32% des participants avaient une lésion à la moelle épinière. Afin d'obtenir leurs résultats, les auteurs réalisaient d'abord des analyses de regroupements en fonction du nombre de consommation d'alcool par semaine, des symptômes de dépendance de même que des conséquences associées à la consommation. Par la suite, ils effectuaient des analyses de variance (ANOVA) permettant de décrire les caractéristiques pertinentes à chacun des profils (motivation au changement, rôle de la substance lors du traumatisme, motivation au traitement, etc.).

Le premier profil était ainsi composé de 17,9% des individus LM et présentait une dépendance à l'alcool avec de nombreuses conséquences associées à leur consommation. La majorité d'entre eux avouaient avoir été sous l'effet de l'alcool au moment du traumatisme. Ils représentaient ceux qui faisaient le plus grand usage hebdomadaire d'alcool, mais reconnaissaient l'ampleur de leur consommation et étaient apparemment motivés à modifier leur consommation. Moins du tiers de ces individus montraient toutefois un réel désir de suivre un traitement pour leur consommation.

Le second profil était composé de 21,1% des individus LM et était caractérisé par une consommation abusive d'alcool (plutôt qu'une dépendance), mais associée à moins de conséquences négatives comparativement aux individus du premier profil. Ils attribuaient moins souvent leur traumatisme à leur usage d'alcool, même si une proportion considérable était sous l'effet d'au moins une substance au moment du traumatisme. Ils affichaient également une plus faible motivation au changement par rapport aux personnes du premier profil et montraient peu d'intérêt à l'égard d'un traitement pour l'alcoolisme et/ou les toxicomanies.

Le troisième profil était composé de 14,7% des individus LM et était caractérisé par une faible consommation d'alcool malgré la présence de nombreux problèmes et signes physiques associés à celle-ci. Plus du tiers de ces personnes avouaient avoir été sous l'effet de l'alcool au moment de leur traumatisme et 44% auraient présenté une analyse d'urine positive à d'autres SPA lors de l'admission dans une institution hospitalière. Ces individus, autrefois dépendants à l'alcool, étaient néanmoins en rémission totale, partielle ou en rechute lors de l'admission, ce qui expliquerait leur plus importante motivation au changement et leur plus grande ouverture au traitement par rapport aux usagers des profils précédents.

Le quatrième profil était composé de 46,3% des personnes LM et était constitué d'usagers faisant un usage occasionnel de SPA (Turner et al., 2003). Peu de conséquences étaient associées à leur usage. Ces individus affichaient une faible motivation à modifier leur comportement de consommation et un faible intérêt à l'égard d'un quelconque traitement. Selon les auteurs (Turner et al., 2003), il serait peu probable que ces individus développent une problématique de consommation d'alcool à la suite de leur traumatisme.

Cette typologie de Turner et al. (2003) permet d'expliquer, en partie, les variations obtenues dans les études de prévalence précédentes sur la consommation d'alcool et de drogues illicites, puisque ces études font souvent référence à divers types de consommateurs (Babor, 1993; Bombardier et Rimmele, 1998; Dean et al., 1985; Frisbie et Tun, 1984; Fullerton et al., 1981; Garrison et al., 2004; Healy, 1993; Heinemann, 1993; Heinemann et al., 1989b, Heinemann et al., 1990; Heinemann et al., 1988b; Kircus et Brillhart, 1990;

Kiwerski et Krauski, 1992; Kolakowsky-Hayner et al., 1999; McKinley et al., 1999; Meyers et al., 1988; Moore et Li, 1994; O'Donnell et al., 1981; Soderstrom et al., 1988; Tate, 1993; Young et al., 1995). La typologie de Turner et al. (2003) permet également d'étudier les liens entre l'ampleur de la consommation des individus et les problèmes qui y sont associés, mais elle ne permet pas de distinguer les individus qui ont débuté leur consommation avant ou après le traumatisme médullaire.

Pour distinguer ces deux derniers groupes de consommateurs, Glass (1980) proposait une autre typologie basée cette fois sur un usage abusif dans les semaines avant (type A) et dans les semaines suivant le traumatisme (type B). Selon Glass (1980), l'adaptation à la lésion étant une source importante de stress pour les individus, ils sont plus susceptibles de développer d'intenses frustrations et un sentiment d'impuissance devant leurs contraintes de motricité, soins personnels et hygiène, et de compenser en développant un usage abusif d'alcool comme stratégie d'adaptation. Selon Glass (1980), les individus du profil B auraient davantage tendance à accepter de nouvelles stratégies d'adaptation que ceux du profil A, puisque leur consommation serait déjà une stratégie d'adaptation. Comparativement aux personnes du profil B, celles du profil A auraient une consommation abusive d'alcool ancrée dans une problématique antérieure au traumatisme.

Bien que la typologie de Glass (1980) soit intéressante pour rendre compte de l'évolution de la consommation d'alcool chez les personnes LM, elle n'apporte pas d'éclairage sur l'évolution de la consommation d'autres substances comme les drogues illicites et les médicaments psychotropes prescrits. Qui plus est, si elle distingue les consommateurs dans les semaines avant et après la lésion, elle n'apporte pas d'information sur l'évolution de cette consommation après la lésion et notamment durant la période du retour à domicile. De nouvelles études sont donc nécessaires pour distinguer les types de consommateurs et explorer leur évolution, avant, pendant et après la réadaptation.

1.3 Facteurs associés au développement et à l'évolution de l'usage de SPA chez les personnes LM

En parallèle à cette distinction entre les types de consommateurs avant et après la lésion médullaire, divers facteurs de risque ont été associés aux troubles liés à une SPA chez les personnes LM. D'un point de vue sociodémographique, la recension des écrits révèle que dans la majorité des cas, la blessure médullaire survient auprès d'individus de sexe masculin, âgés dans la vingtaine et qui se trouvaient souvent sous l'effet de l'alcool ou autres SPA au moment du traumatisme (Heinemann, Keen, Donohue, et Schnoll, 1988; Kiwerski et Krauski, 1992; Kolakowsky-Hayner et al., 1999; Kuendig, Hasselberg, Laflamme, Daepfen et Gmel, 2008; Moore, 1992; Moore, 2005; O'Donnell et al., 1981; Yarkony, 1993). Les causes du traumatisme sont elles-mêmes associées à des circonstances dont les risques peuvent être augmentés par un état d'intoxication. Ainsi, les causes les plus fréquentes pour un traumatisme médullaire impliquent les accidents de la route (Burke et al., 2001; Carr, Bailes, Helmkamp, Rosen et Miele, 2004; Cushman, Good et States, 1991; Levy, Mallonee, Miller, Smith, Spicer, Romano et Fisher, 2004; Levy, Miller, Mallonee, Spicer, Romano, Fisher et Smith, 2002; Lowenstein, Weissberg et Terry, 1990; Price, Makintubee, Herndon et Istre, 1994), les tentatives d'homicide ou de suicide et autres événements violents de même que les chutes (Dunnegan, 1997; Gordon et Lewis, 1993; Lowenstein et al., 1990; Price et al., 1994). Tous ces événements sont susceptibles de survenir dans un état d'intoxication et diminuent le jugement de l'individu tout en augmentant les risques de blessures physiques incluant les blessures médullaires (Heinemann, 1993; Kuendig et al., 2008; McKinley et al., 1999; Smith et Kraus, 1988).

D'un point de vue psychologique, certains traits de personnalité ont également été associés à l'abus de substances (Babor, 1993; Craig, Tran et Middleton, 2009; Howard, 2006, Mawson et al., 1996; Morgenstern, Langenbucher, Labouvie et Miller, 1997; Rohe et Basford, 1989). La recherche de sensations fortes (Alston, 1994; Mawson et al., 1996), l'impulsivité, l'indépendance, l'agressivité et le manque de contrôle sur soi (Moore et Polsgrove, 1991) peuvent amener un individu à développer un abus de SPA. Ces mêmes facteurs seraient associés à l'éclosion de comportements antisociaux qui augmentent les risques d'une blessure médullaire. Les résultats de Mawson et al. (1996) montrent à cet effet

que les personnes LM ayant fait un abus de substances sont plus nombreuses à mentionner une arrestation policière, à avoir été déclarées coupables d'un acte criminel ou avoir été dans une institution carcérale au cours de leur vie. Parmi les individus affichant un passé criminel, 9,2% avoueraient également avoir commis un délit au moment de leur traumatisme (Mawson et al., 1996). L'abus de SPA auprès de ces individus serait par ailleurs associé à des traumatismes de sévérité plus importante que les autres (McKinley et al., 1999).

Outre les traits de personnalité, d'autres facteurs psychologiques ont été mis en relation avec les troubles liés à l'utilisation d'une substance chez les personnes LM, incluant la présence d'un état dépressif post-traumatique (Heinemann et al., 1989a; Schandler et al., 1995; Zatzick, Jurkovich, Rivara, Wang, Fan, Joesch et Mackenzie, 2008), la frustration et l'anxiété pouvant favoriser la fuite ou l'oubli de l'incapacité physique et la déception face aux progrès en réadaptation (Hepner et al., 1980; Trieschmann, 1988; Young et al., 1995). De même, la capacité d'adaptation de l'individu a été mise en relation avec la consommation de SPA (Burke et al., 2001; Smedema et Ebener, 2010), certains patients faisant un usage abusif de SPA comme stratégie dysfonctionnelle d'adaptation (Chan et al., 2000 ; Kennedy et al., 1995 ; Kennedy et al., 2000; Kolakowsky-Hayner et al., 2002; Mask, 1993; Smedema et Ebener, 2010; Zatzick et al., 2008) plutôt que d'user de stratégies efficaces comme l'acceptation et la réinterprétation de l'événement (Schandler et al., 1996). D'autres feraient usage de SPA pour fuir la réalité de leur condition physique et pour rechercher le plaisir (92%), la sociabilité (61%), gérer le stress (27%), se sentir mieux accepté par les autres (10%), par curiosité (8%), augmenter leur désir sexuel (8%) ou leur performance au travail (1%), ou pour soulager leur fatigue (1%) et traiter leurs problèmes de santé (1%) (Heinemann et al., 1988a).

Du côté psychosocial, l'abus de SPA a été mis en relation avec l'usage par des membres de la famille (Schandler et al., 1996), l'attitude des pairs, de la famille et des professionnels de la santé face au traumatisme (Heinemann et al., 1988b; Radnitz et Tirch, 1995; Moore et Polsgrove, 1991; Schaschl et Straw, 1993).

Du côté physique, les symptômes comme la douleur chronique ont été suggérés comme facteurs de risque dans le développement d'un trouble lié à l'utilisation d'une SPA, les personnes LM pouvant utiliser l'auto-médication pour alléger leurs souffrances et diminuer leurs symptômes (Hepner et al., 1980; Kolakowski-Hayner et al., 2002; Mask, 1993). Un grand nombre d'auteurs ont souligné à cet effet l'accessibilité des médicaments comme les analgésiques et les sédatifs hypnotiques dans la gestion de la douleur chronique et des symptômes physiques associés à la paralysie (Budh et Lundeborg, 2005 ; Rosenblatt et Mekhail, 2005; Schnoll, 1993 ; Widerström-Noga et Turk, 2003).

Ces résultats sur les facteurs associés au développement ou au maintien d'une consommation abusive de SPA rendent compte de la nécessité d'identifier ces variables lors d'étude sur la clientèle LM (Burke et al., 2001) pour prévenir ou atténuer leurs conséquences néfastes chez les individus prédisposés à ce type d'usage.

1.4 Modèle théorique de l'abus et la dépendance aux SPA chez les personnes LM

Peu d'auteurs ont tenté d'élaborer des modèles théoriques pour expliquer l'usage abusif ou dépendant de SPA (généralement d'alcool) chez des personnes souffrant d'une incapacité physique dont une lésion médullaire. En ce sens, le modèle de Babor, Kranzler, et Lauerman (1987) permet de rendre compte de divers risques associés à la dépendance à l'alcool chez ce type de population.

Tel qu'illustré à la figure 1, les facteurs de risque identifiés dans ce modèle se divisent en deux catégories: ceux liés à la vulnérabilité et ceux liés à l'exposition. La vulnérabilité réfère aux caractéristiques psychologiques, sociales et physiologiques de l'individu qui le rendent plus ou moins à risque de développer une dépendance à l'alcool. Les jeunes de sexe masculin, les antécédents de consommation dans la famille, l'agressivité, les comportements antisociaux et l'acceptation de la consommation dans le milieu de vie constituent des facteurs de risque pour la consommation d'alcool chez un individu selon ce modèle. Les facteurs d'exposition réfèrent, quant à eux, aux facteurs économiques et de consommation. Une consommation fréquente, variée et abondante, de même que le style de consommation (ex :

intoxication) et l'accès à des moyens financiers accentueraient les risques de développer une dépendance à l'alcool. De façon générale, plus le nombre de facteurs de risque augmente, plus le risque de faire un usage dépendant d'alcool augmente. Bien que ce modèle ait été développé pour la consommation d'alcool, il semble que les facteurs de risque mentionnés s'apparentent à ceux reliés à l'usage de drogues illicites (Heinemann et al., 1988b; Kiwerski et Krauski, 1992; Kolakowsky-Hayner et al., 1999; Moore, 1992; O'Donnell et al., 1981; Yarkony, 1993).

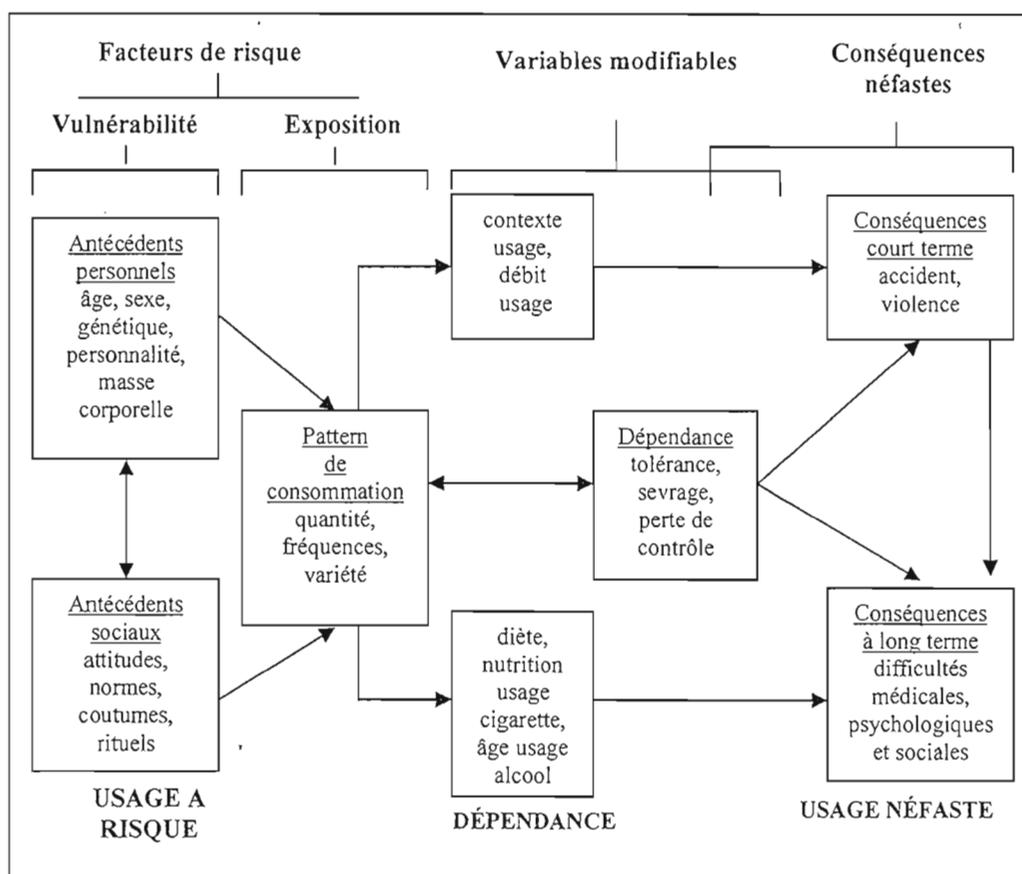


Figure 1.1 Modèle théorique du développement d'une dépendance à l'alcool chez les personnes ayant une incapacité physique (source : Babor et al., (1987))

Bien que ce modèle de Babor et al. (1987) soit intéressant pour expliquer les facteurs associés au développement de la dépendance avant la lésion médullaire, il n'a pas été élaboré en fonction de cette population particulière et explique peu l'évolution de la consommation

une fois la lésion venue, de même que lors du retour à domicile. De plus, le modèle ne décrit pas de manière détaillée certaines composantes comme les types de personnalité, le soutien de l'entourage, les problèmes de santé mentale ou le phénomène de douleur qui pourraient favoriser l'usage à risque de SPA. Il n'existe donc pas à l'heure actuelle de modèle théorique complet pour expliquer l'usage abusif et/ou dépendant de SPA et ses conséquences néfastes pour la réadaptation ou lors du retour à domicile. La présente étude envisage donc de compléter le modèle existant de Babor et al. (1987) pour offrir une vue plus globale et explicative de l'usage de substances chez les personnes LM.

1.5 Conséquences associées à la consommation de SPA

Les prochaines sections illustrent comment l'abus et la dépendance à l'alcool, aux drogues illicites et aux médicaments psychotropes prescrits peuvent engendrer diverses conséquences négatives au niveau de la réadaptation, de la santé médicale et des risques d'un second traumatisme. La détection précoce des individus à risque devient donc un élément de premier ordre en réadaptation.

1.5.1 Conséquences sur la réadaptation et la santé psychologique

Les troubles liés à l'utilisation d'une substance, plus particulièrement d'alcool, sont répertoriés comme un des éléments qui affecte le plus le processus de réadaptation des individus LM (Pires, 1989; De Miranda, Young et Casner, 1993 ; Heinemann et al., 1991 ; McKinley et al., 1999). Les études montrent que ceux qui affichent un usage abusif d'alcool participent moins activement au processus de réadaptation (Heinemann, 1993 ; Heineman et al., 1989b) et préfèrent passer davantage de temps à s'engager dans des loisirs passifs tel que regarder la télévision ou lire (Heinemann, 1993). Cet aspect limite les apprentissages aux stratégies d'adaptation, qui visent pourtant l'intégration physique et la réinsertion sociale à moyen et à long terme. Qui plus est, tel que soulevé précédemment, si l'alcool et le cannabis sont deux substances couramment utilisées par les individus LM, ces produits induisent un ralentissement des activités psychomotrices et plus particulièrement celles apprises lors des thérapies de réadaptation (O'Donnell et al., 1981). Or, l'abus d'alcool et de cannabis combiné

à un état dépressif, souvent présent chez cette population, accentue la sensation de stress vécue par l'individu et diminue sa satisfaction dans la vie, ce qui vient davantage nuire au processus de la réadaptation (O'Donnell et al., 1981). Les résultats sont donc davantage positifs pour les personnes abstinentes aux SPA (Kiwerski et Krauski, 1992) ou celles ayant débuté leur consommation après le traumatisme (Glass, 1980).

Les personnes présentant une histoire de consommation avant l'accident sont également plus à risque de présenter des symptômes dépressifs 18 mois après le traumatisme (Bombardier, Stroud, Esselman et Rimmel, 2004; Heinemann et al., 1989b). Ce constat pourrait s'expliquer du fait que les consommateurs d'alcool s'engagent moins bien dans leur programme de réadaptation et sont moins préparés aux conséquences de leur lésion (Bombardier et al., 2004; Heinemann et al., 1989b).

Un point important sur l'usage abusif de SPA chez les personnes traumatisées physiquement est qu'il accentue les risques d'un second traumatisme, en particulier les chutes (Krause, 2004; Sliwa, Lim et Roth, 1992). Or, la survenue d'un nouveau traumatisme aggrave la problématique d'usage d'alcool ou de drogues et peut précipiter la progression ou le maintien d'un usage abusif pour réduire la colère et la douleur associées à cette nouvelle blessure (Mourer, 1993). Ce constat motive l'étude des facteurs de maintien et de progression pour mieux adapter les traitements face à l'abus et la dépendance aux SPA en réadaptation (Krause, 2004).

1.5.2 Conséquences médicales

Sur le plan médical, l'usage d'alcool est associé à long terme au développement de divers problèmes de santé dont les maladies du foie, les maladies cardiovasculaires, l'inflammation du pancréas, de la muqueuse du tube digestif ainsi que des lésions cérébrales (Young et al., 1995; Sweeney et Foote, 1982). Ces conséquences s'intensifient davantage lors d'un usage abusif ou dépendant. À ces effets généraux peuvent s'ajouter chez les individus LM des conséquences incluant des lésions à la vessie et aux reins qui peuvent elles-mêmes engendrer des infections à long terme (Davies et McColl, 2002 ; Yarkony, 1993). Des

problèmes de peau comme les ulcères engendrés par la déshydratation et la mauvaise alimentation sont également observés à la suite d'un usage abusif de SPA, tout comme l'affaiblissement du système immunitaire qui augmente les risques d'infections (Anderson, 1980). Il est donc important de prévenir l'usage abusif de SPA chez les personnes LM pour ne pas surajouter aux problèmes et conséquences de la lésion médullaire.

L'abus d'alcool peut également influencer le métabolisme d'autres substances, incluant les médicaments psychotropes prescrits, ce qui peut réduire ou augmenter leur efficacité (Ben Amar et Léonard, 2002 ; O'Donnell et al., 1981; Radnitz, 1993). Le diazépam (Valium^{MD}), un médicament sédatif fréquemment utilisé chez les personnes LM pour traiter les douleurs neurologiques (Yarkony, 1993; Radnitz, 1993) peut ainsi voir ses effets dépresseurs accentués par ceux de l'alcool et engendrer des conséquences sévères pour l'individu dont la somnolence, une réduction de la coordination motrice et un ralentissement du rythme respiratoire (Ben Amar et Léonard, 2002). La prévention de l'usage abusif de SPA chez les personnes LM doit donc passer par une réflexion sur l'usage bien dosé des médicaments psychotropes prescrits et l'évaluation de la consommation d'alcool et de drogues illicites afin de limiter les interactions.

Outre la possibilité d'un usage abusif ou dépendant, l'usage d'opiacés et de sédatifs peut produire une altération de l'état mental chez certaines personnes. Selon Schnoll (1993), les benzodiazépines qui sont couramment utilisés pour le traitement de la douleur et de la spasticité chez la clientèle LM peuvent augmenter, avec un abus, les probabilités de souffrir d'une amnésie antérograde et entraver les apprentissages en réadaptation. Qui plus est, l'interaction entre les médicaments psychotropes et d'autres SPA peut réduire l'effet des médicaments et engendrer des conséquences néfastes pour l'individu LM. Les études abordant ce sujet mentionnent que la douleur chronique est considérée comme un obstacle majeur au traitement de l'abus de substances (Finlayson, Maruta, Morse et Martin, 1986; Rosenblatt et Mekhail, 2005) et que l'auto-médication pour la douleur devient une menace réelle dans le développement d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance (Radwanski, 1992; Rosenblatt et Mekhail, 2005; Widerström-Noga et Turk, 2003).

Lorsque les complications médicales sont considérées en fonction de l'abus de substances avant ou après le traumatisme, les individus LM qui affichent une histoire de consommation abusive d'alcool (Elliott, Kurylo, Chen et Hicken, 2002; Krause, Vines, Farley, Sniezek et Coker, 2001; Tate, Forchheimer, Krause, Meade et Bombardier, 2004) ou de drogues illicites (Hawkins et Heinemann, 1988; Tate et al., 2004) avant le traumatisme montrent plus de complications médicales (comme les ulcères) que ceux ayant débuté leur consommation après le traumatisme. Qui plus est, même lorsque l'individu affiche une abstinence après son traumatisme, les méfaits antérieurs de l'usage abusif augmentent la durée d'hospitalisation ainsi que les infections urinaires comparativement aux personnes qui ne présentent pas d'histoire antérieure de consommation (Hawkins et Heinemann, 1988; O'Donnell et al., 1981). En l'absence de changements dans les habitudes de consommation, ces individus risquent de souffrir d'ulcères, de problèmes respiratoires et articulaires, ainsi que de problèmes musculaires, endocriniens, hépatiques, cardiovasculaires et cérébraux (Radnitz et Tirsch, 1995). Par ailleurs, les possibilités de développer des symptômes de sevrage aux SPA peuvent s'ajouter aux autres problèmes et allonger la période d'hospitalisation (Waters, Adkins, Sie et Cressy, 1998). Il semble globalement que la gravité de l'usage, quant à la variété des substances consommées et leur fréquence, soit associée à une plus grande comorbidité et à une utilisation plus importante des soins de santé (Meyers et al., 1988).

En bref, l'abus et la dépendance aux SPA requiert une vigilance pour éviter les conséquences néfastes sur l'état de santé de l'individu vivant avec une lésion à la moelle épinière, tant au niveau de ses complications médicales et psychologiques que de sa réadaptation (Heinemann et al., 1992 ; Malec, Harvey et Cayner, 1982). Il paraît essentiel de détecter les individus à risque de développer ou de maintenir un trouble lié à l'utilisation d'une substance, afin de les aider à acquérir de nouvelles stratégies d'adaptation et leur offrir une intervention ajustée à leurs besoins pour favoriser les résultats escomptés en réadaptation.

1.6 Traitements spécialisés en dépendance auprès des personnes LM

Malgré le besoin de détecter les individus à risque de développer un usage abusif ou dépendant de SPA dans la population LM, de nombreuses limites semblent présentes dans l'accessibilité à ces ressources et peu de formations semblent offertes aux professionnels en réadaptation sur le phénomène et traitement de la toxicomanie.

1.6.1 Détection des personnes à risque

De nombreux auteurs ont soulevé la nécessité de détecter rapidement les personnes à risque de développer ou de maintenir un trouble lié à l'utilisation d'une substance. L'identification précoce des individus qui montrent une histoire de consommation avant le traumatisme permettrait d'offrir une sortie de secours au moment critique du processus de réadaptation (Anderson, 1980 ; Bozzacco, 1990; Callaghan, Radnitz, Tirsch, Perez-Strumolo, Schlein, Lillian, Festa, Walczak, Binks et Broderick, 1996 ; Ditre et Radnitz, 2005; Heinemann, 1993; Heinemann et Hawkins, 1995; Heinemann et al., 1988b; Heinemann et al., 1991 ; Higgins-Biddle et al., 2009; Kolakowsky-Hayner et al., 2002 ; Lowenthal et Anderson, 1980 ; Perez et Pilsecker, 1990). Cette identification précoce permettrait non seulement d'améliorer la réadaptation et permettre aux individus de retourner activement dans la société, mais aussi d'éviter les risques d'une seconde blessure (Bombardier, 2000; Craig, Hancock et Dickson, 1999 ; Heinemann, 1993; Heinemann et Hawkins, 1995; Heinemann et al., 1988b; Higgins-Biddle et al., 2009; Kolakowsky-Hayner et al., 1999; Krause, 2004; Krause, Coker, Charlifue et Whiteneck, 2000; Moore, 2005; O'Donnell et al., 1981; Radnitz, 1994; Rasmussen et DeBoer, 1980).

Cette détection précoce des personnes à risque permettrait par ailleurs aux professionnels de doser leurs prescriptions de certains médicaments psychotropes (ex : sédatifs, opiacés prescrits) en tenant compte des antécédents d'abus ou de dépendance aux SPA. La détection en réadaptation est d'autant plus importante que de nombreuses personnes de l'entourage des individus LM semblent accepter l'usage de substances comme résultante des souffrances et de pertes chez la personne LM (Kircus et Brillhart, 1990 ; Staw, Hanson et

Schaschl, 1993). Or, le soutien social joue un rôle important dans les changements de comportement des personnes consommatrices (Schaschl et Straw, 1993) et l'absence de traitement accentue les risques de les maintenir dans un cycle de problèmes sous-jacents (Heinemann et al., 1991 ; Straw et al., 1993). L'évaluation précoce devient donc cruciale dès le moment de la réadaptation et doit tenir compte des périodes d'abstinence temporaire, puisque les personnes affichant une histoire de consommation abusive ou de dépendance aux SPA demeurent particulièrement à risque de rechutes (Heinemann et Hawkins, 1995).

Divers auteurs (Babor, McRee, Kassebaum, Grimaldi, Ahmed et Bray, 2007; Higgins-Biddle et al., 2009) s'entendent pour dire que le moment de l'hospitalisation est une période propice pour détecter les troubles liés à l'usage d'alcool et pour favoriser une intervention brève sur les conséquences associées à la consommation et référer, si nécessaire, à un centre de réadaptation en dépendance. Higgins-Biddle et al. (2009) ont élaboré à cet effet un guide faisant état des étapes requises dans l'implantation d'un programme qui cherche à détecter et intervenir brièvement auprès des gens se trouvant dans un centre de réadaptation et souffrant de dépendance à l'alcool. Une telle détection et intervention brève réalisées lors de l'hospitalisation semble réduire de 50% le risque d'un second traumatisme lié à l'usage d'alcool.

1.6.2 Accès aux ressources

Malgré le fait que la documentation scientifique rende compte d'une problématique associée à la consommation abusive de SPA auprès des personnes LM, de nombreuses difficultés sont soulevées concernant l'accès à un programme de traitement pour réduire l'usage chez ces individus (Healy, 1993 ; Kircus et Brillhart, 1990). Bien que certaines ressources soient disponibles, l'accès aux centres de réadaptation en dépendance semble limité notamment en raison d'un manque de rampes d'accès pour les fauteuils roulants, l'absence de fontaines d'eau basses ou le manque de services adaptés à leurs besoins² (Lowenthal et Anderson, 1980; Pires, 1989). Ces limites à l'accessibilité aux ressources

² Il est à noter que ces articles datent des années 1980. Depuis les 20 dernières années, il est possible de croire que plusieurs centres se sont dotés de rampes d'accès et d'autres dispositifs pour faciliter l'accès et les services offerts aux personnes en fauteuils roulants.

disponibles favorisent le maintien de l'usage d'alcool et/ou d'autres SPA chez les personnes en fauteuils roulants notamment les personnes LM. En l'absence de ressources adéquates, les problèmes causés par l'abus et la dépendance mobilisent l'énergie et l'argent pour traiter les symptômes plutôt que la dépendance elle-même (Straw et al., 1993). Ces efforts inadéquats qui entraînent relativement peu de changements, engendrent un stress accru associé à la frustration, la colère et l'épuisement physique et émotionnel des personnes LM.

Les difficultés d'accès au traitement pour l'usage abusif ou dépendant s'accroissent du fait que les cliniciens en réadaptation avouent leurs difficultés à négocier et à traiter les personnes présentant un double diagnostic de lésion médullaire et d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance, en raison des problèmes médicaux, sociaux et individuels qui y sont associés (Miller, Carmona et Bishop-Trent, 1996). Les cliniciens semblent par ailleurs peu informés des symptômes d'abus et de dépendance ou des traitements et ressources qui sont disponibles et semblent souvent réticents à confronter les personnes résistantes à toute forme d'intervention face à leur consommation (Lowenthal et Anderson, 1980). Les professionnels semblent ainsi involontairement contribuer par leur manque de connaissances et les limites d'accessibilité aux ressources, au maintien d'usage abusif de SPA chez cette clientèle, qui peut dès lors présenter des réponses inadaptées en période de stress ou de dépression (Lowenstein et al., 1990).

Kirubakaran et al. (1986) soulignent à cet effet qu'une faible proportion des personnes présentant une consommation abusive de SPA en réadaptation est traitée pour leur problème d'abus de substances. Or, les coûts d'un traitement de l'abus ou de la dépendance sont moindres que ceux d'une hospitalisation (Gentilello, 1988) qui est souvent prolongée chez ces personnes. La détection précoce et la prise en charge de l'abus et la dépendance aux SPA deviennent donc une nécessité en période de réadaptation.

1.7 Limites des études sur le thème

À la lumière des études recensées sur le thème de l'usage de SPA chez les individus LM, il semble qu'un nombre considérable de personnes fasse un usage abusif ou dépendant

d'alcool, de drogues illicites ou de médicaments psychotropes prescrits nuisant alors à leur réadaptation physique (Heinemann, 1993; Heinemann et al., 1988b; Heinemann et al., 1991; Kolakowsky-Hayner et al., 2002; Moore et Li, 1994). De ce nombre, une proportion considérable provient de consommateurs abusifs ou dépendants avant le traumatisme et qui auraient, dans de nombreux cas, été traumatisés sous l'effet même d'une intoxication (Bombardier et Rimmel, 1998; Frisbie et Tun, 1984; Fullerton et al., 1981; Garrison et al., 2004; Heinemann et al., 1988a; Heinemann et al., 1988b; Heinemann et al., 1990; Heinemann et al., 1989b; Kiwerski et Krauski, 1992; McKinley et al., 1999; O'Donnell et al., 1981; Soderstrom et al., 1988; Young et al., 1995).

Qui plus est, les résultats des études dans le domaine rendent parfois compte de contradictions quant aux types de consommateurs notamment en ce qui concerne l'usage à faible risque et à haut risque, ce qui pourrait avoir eu un impact sur les variations observées dans les études de prévalence. Peu d'études ont par ailleurs exploré à la fois l'usage d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes avant le traumatisme et lors de la réadaptation fonctionnelle, et aucune n'a tenté d'explorer l'évolution de la consommation lors du retour à domicile, période qui présente pourtant de nouvelles contraintes et de nouveaux stressors susceptibles d'engendrer des comportements à risque. Or, les problèmes médicaux engendrés par la consommation augmentent les durées des hospitalisations et réduisent l'efficacité de la réadaptation (Bombardier et al., 2004; Heinemann, 1993; Heinemann et al., 1989b; O'Donnell et al., 1981). Ils augmentent également les risques d'un second traumatisme (Krause, 2004; Sliwa et al., 1992), ce qui perpétue le cycle des conséquences néfastes de la consommation.

Ces effets néfastes considérables affectent autant les apprentissages en réadaptation que la réinsertion sociale des individus une fois la réadaptation complétée, d'où la nécessité de détecter rapidement les consommateurs à risque, pour mieux agir sur ces conséquences néfastes. De façon étonnante dans ce contexte, la majorité des études dans le domaine datent des années 1980 et 1990, ce qui confirme l'importance de poursuivre l'exploration sur l'usage et les conséquences de l'usage d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes chez les personnes LM.

1.8 Objectifs de la présente étude

La recension des écrits reliée à l'usage à risque de SPA chez les personnes LM suggère que des variables comme la personnalité (Alston, 1994; Babor, 1993; Mawson et al., 1996; Rohe et Basford, 1989; Moore et Polsgrove, 1991), les symptômes dépressifs (Heinemann et al., 1989a; Schandler et al., 1995) et anxieux (Hepner et al., 1980; Young et al., 1995), la capacité d'adaptation à la condition physique (Burke et al., 2001; Chan et al., 2000; Kennedy et al., 1995; Kennedy et al., 2000; Kolakowsky-Hayner et al., 2002; Mask, 1993; Schandler et al., 1996), le réseau social (Heinemann et al., 1988b; Moore et Polsgrove, 1991; Radnitz et Tirch, 1995; Schandler et al., 1996; Schaschl et Straw, 1993), de même que l'intensité de la douleur physique (Budh et Lundeborg, 2005; Heinemann et al., 1992; Hepner et al., 1980; Radnitz et Tirch, 1995; Richards et al., 2000; Trieschmann, 1988; Waller et al., 2003; Widerström-Noga et Turk, 2003) participent à l'usage abusif ou dépendant de substances et influencent la performance en réadaptation. Le modèle de Babor et al., (1987) a également été élaboré afin de mieux comprendre l'influence de ces facteurs sur l'usage abusif de SPA. Le modèle demeure toutefois peu développé alors qu'il pourrait mettre en lumière plus de facteurs significatifs mis en cause dans l'usage abusif et dépendant de SPA chez les personnes LM aussi bien au moment de leur réadaptation, pour en favoriser les effets, qu'au retour à domicile, pour en réduire les méfaits.

Compte tenu des limites observées dans les écrits précédant, la présente étude cherchera à identifier la prévalence et la trajectoire de la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes en fonction de divers types de consommateurs et diverses phases de réadaptation. Elle tentera également de cerner les facteurs prédictifs de l'usage à haut risque de SPA chez les personnes LM.

Afin de répondre à ces buts de recherche, trois objectifs étaient visés. Le premier cherchait à évaluer la prévalence d'usage d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes chez les personnes LM en fonction de types de consommateurs. Le second cherchait à évaluer l'évolution de l'usage selon la période de réadaptation, incluant la période précédant la lésion, celle de réadaptation fonctionnelle et le retour à domicile. Le troisième objectif explorait l'influence de variables comme les troubles dépressifs et anxieux, la

personnalité, l'intolérance à l'incertitude, le soutien social et l'intensité de la douleur comme facteurs prédictifs de la consommation à haut risque de SPA lors de la réadaptation fonctionnelle et du retour à domicile.

Parmi les hypothèses avancées et issues de la recension des écrits, et conformément à une suggestion précédente de Heinemann (1993), une première hypothèse suggérait que les personnes ayant fait un usage à haut risque de SPA avant la lésion médullaire, traverserait une phase d'abstinence ou de réduction de leur consommation durant la période de réadaptation fonctionnelle, pour ensuite l'augmenter lors du retour à domicile. En ce sens, les personnes ayant fait un usage abusif ou dépendant de SPA avant leur lésion étaient vues comme susceptibles de retrouver un même niveau de consommation au retour à domicile que lors de la période précédant la lésion médullaire.

La seconde hypothèse stipulait que les facteurs psychologiques, médicaux et sociaux à l'étude seraient des prédicteurs significatifs de la consommation à haut risque de SPA et diffèreraient entre la période de réadaptation fonctionnelle et de retour à domicile. Les divers facteurs et le modèle théorique (Babor et al., 1987) recensés dans la littérature précédente suggéraient que le facteur de la personnalité demeurerait stable pour les périodes de réadaptation fonctionnelle et de retour à domicile alors que les variables comme l'état dépressif, l'anxiété, la douleur et le soutien social pourraient davantage être affectées au retour à domicile en raison des nouveaux stressors et de la nouvelle adaptation en l'absence d'aide médicale.

CHAPITRE II

DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

2.1 Participants

Un total de 93 personnes vivant avec une lésion à la moelle épinière a été sollicitées pour participer à cette étude. Pour participer, les individus devaient avoir reçu leur congé de l'hôpital et vivre à domicile, être âgés de 18 ans et plus et avoir une lésion stable depuis au moins trois mois. Ils ne devaient pas avoir de pathologie évolutive (ex : diabète ou sclérose en plaques), de traumatisme crânien, de trouble psychiatrique sévère ou de retard intellectuel.

Les participants étaient initialement approchés par un membre du personnel médical ou paramédical (ex : infirmière, physiatre, psychologue) de l'institution de réadaptation pour leur expliquer le but général de l'étude sur les facteurs associés à l'évolution de l'usage d'alcool ou autres SPA, avant et à la suite de la lésion médullaire. Les personnes intéressées acceptaient que leur nom et coordonnées soient transmis à l'équipe de recherche pour être contactées ultérieurement par un membre de l'équipe qui leur expliquait les détails de l'étude.

Du nombre initial, 85 participants LM ont complété l'étude. Les participants provenaient de divers centres de réadaptation québécois dont l'Institut de réadaptation Gingras Lindsay de Montréal (IRGLM) (n=15; 17,6%), le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB) (n=35; 41,2%), l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) (n=25 ; 29,4%) et le Centre montréalais de réadaptation (CMR) (n=10; 11,8%).

Les caractéristiques socio-démographiques des participants et celles liées à la lésion sont illustrées dans les tableaux 2.1 et 2.2.

2.1.1 Profil socio-démographique

Le profil socio-démographique, illustré au tableau 2.1, montre que la majorité des participants étaient des hommes ($n=65$; 76,5%) et moins du quart des participants étaient des femmes. L'âge moyen était de 44,4 ans ($\text{é.t.}=14,2$ ans).

En ce qui a trait au niveau de scolarité, 34,2% ($n=26$) des participants LM avaient terminé leurs études secondaires (ou un certain niveau d'études secondaires ou des études primaires) alors que 65,8% ($n=50$) avaient fait des études professionnelles, collégiales ou universitaires.

Pour ce qui est de la cohabitation, près du tiers (32,5%) des participants habitaient seuls au moment de l'étude alors que 67,5% ($n=56$) vivaient avec leur conjoint, enfant, colocataire ou une autre personne. Dans l'ensemble 56,6% des participants étaient en couple et 51,3% ($n=41$) étaient parents, d'une moyenne de deux enfants ($\text{é.t.} = 0,8$).

Au niveau de l'emploi, près du tiers (30,4%) des participants LM occupaient un emploi ou étaient aux études au moment de l'entrevue.

À noter que pour l'ensemble des sphères socio-démographiques, aucune différence significative (test exact de Fisher; $p>0,05$) n'était notée entre les participants des divers centres de réadaptation. Le profil socio-démographique paraissait aussi relativement homogène entre les participants des divers centres de réadaptation étudiés.

Tableau 2.1

Profil socio-démographique des participants LM selon les centres de réadaptation

	IRGLM	CRLB	IRDPO	CMR	TOTAL	Test exact de Fisher (χ^2)*
Sexe (n=85)						
Masculin	11 (73,3)	28 (80,0)	16 (64,0)	10 (100,0)	65 (76,5)	5,56
Féminin	4 (26,7)	7 (20,0)	9 (36,0)	0 (0,0)	20 (23,5)	
Âge (n=85)						
Moins de 40 ans	6 (40,0)	21 (60,0)	6 (24,0)	4 (40,0)	37 (43,5)	11,45
40 à 49 ans	5 (33,3)	4 (11,4)	5 (20,0)	1 (10,0)	15 (17,7)	
50 ans et plus	4 (26,7)	10 (28,6)	14 (56,0)	5 (50,0)	33 (38,8)	
					Moyenne: 44,4 (é.t.=14,2)	
Éducation (n=76)						
Secondaire ou moins	4 (26,7)	14 (40,0)	5 (25,0)	3 (50,0)	26 (34,2)	2,31
Professionnel, Collégial ou Universitaire	11 (73,3)	21 (60,0)	15 (75,0)	3 (50,0)	50 (65,8)	
Cohabitation (n=83)						
Seul	6 (40,0)	10 (28,6)	8 (66,7)	3 (33,3)	27 (32,5)	0,64
Non seul	9 (60,0)	25 (71,4)	16 (33,3)	6 (66,7)	56 (67,5)	
Couple (n=83)						
Oui	8 (53,3)	17 (48,6)	16 (66,7)	6 (66,7)	47 (56,6%)	2,34
Non	7 (46,7)	18 (51,4)	8 (33,3)	3 (33,3)	36 (43,4%)	
Enfants (n=80)						
Oui	9 (60,0)	13 (37,1)	14 (63,6)	5 (62,5)	41 (51,3%)	5,00
Non	6 (40,0)	22 (62,9)	8 (36,4)	3 (37,5)	39 (48,7%)	
					Moyenne : 2,0 (é.t. = 0,8)	
Travail ou études (n=79)						
Oui						3,93
Non	4 (26,7)	13 (37,1)	3 (15,0)	4 (44,4)	24 (30,4%)	
	11 (73,3)	22 (62,9)	17 (85,0)	5 (55,6)	55 (69,6%)	

* Aucune différence ne s'avérait significative entre les centres de réadaptation et les variables explorées dans le tableau 2.1. Le test exact de Fisher était utilisé puisque certaines cellules contenaient moins de 5 participants.

2.1.2 Causes de la lésion et délais lésionnels

Tel qu'illustré au tableau 2.2, diverses causes étaient à l'origine de la lésion médullaire (n=81), la principale provenant d'accidents de la route dans 35,8% des cas (n=29), suivie des chutes dans 21,0% des cas (n=17) et de causes médicales dans 19,8% des cas (n=16). Les sports, incluant les plongeurs, représentaient 17,3% (n=14) des cas alors que les accidents de travail représentaient 6,2% (n=5) des cas.

Tableau 2.2

Causes de la lésion et délais lésionnels des participants de l'étude

	Fréquence (N)	Pourcentage (%)
Cause de la lésion (n=81)		
Accident de la route	29	35,8
Chutes	17	21,0
Médical	16	19,8
Sports (autres que plongeur)	8	9,9
Plongeur	6	7,4
Accident de travail	5	6,2
Temps depuis la lésion (n=84)		
Moins d'un an	11	13,1
1 à 5 ans	46	54,8
6-10 ans	11	13,1
11 ans et plus	16	19,0
Moyenne : 6,9 ans (é.t.=8,4)		

Les délais depuis la lésion médullaire s'étendaient entre 1 et 5 ans chez près de la moitié des participants (n=46; 54,8%) et des pourcentages identiques étaient remarqués entre les participants ayant vécu leur lésion depuis moins d'un an (n=11; 13,1%) et ceux l'ayant vécu depuis 6 à 10 ans (n=11; 13,1%). Un nombre important de participants avait vécu leur lésion depuis plus de 11 ans (n=16; 19%).

2.1.3 Caractéristiques des lésions

Les niveaux et étendues des lésions médullaires, tel qu'évalués par les critères de l'*American Spinal Injury Association (ASIA)* sont illustrés au tableau 2.3. Selon les critères ASIA, une lésion médullaire peut toucher les segments cervicaux, thoraciques, lombaires ou sacrés de la moelle épinière et impliquer des atteintes complètes ou incomplètes. Une lésion limitant les fonctions des quatre membres (C1 à T2) entraîne une tétraplégie qui peut être complète ou incomplète alors qu'une lésion limitant le fonctionnement des membres inférieurs (T3 à S5) entraîne une paraplégie qui peut également être complète ou incomplète. Une lésion complète, identifiée comme lésion ASIA A, implique l'absence totale de fonction sensitive ou motrice en dessous du niveau de la lésion. Une lésion incomplète varie d'une classification ASIA B à ASIA E. Une lésion ASIA B indique que l'individu possède certaines fonctions sensibles, mais aucune fonction motrice sous le niveau lésionnel. Une lésion ASIA C indique que l'individu possède certaines fonctions motrices sous le niveau lésionnel, mais de force inférieure à un score de 3. Dans les faits, ces patients peuvent bouger les membres inférieurs, mais ne peuvent les remuer contre résistance (ex : soulever le membre contre la gravité ou vaincre une résistance freinant le mouvement). Une lésion ASIA D indique que l'individu possède certaines fonctions motrices sous le niveau lésionnel avec un score égal ou supérieur à 3 sur l'échelle de force. Dans les faits, l'individu est capable de remuer ses membres contre résistance et peut parfois se lever et même se déplacer, mais sur une courte distance ou muni d'une aide technique (ex : canne, tripode, orthèse). Cependant, il ne peut pas se déplacer librement ou aisément sans aide technique. Finalement, une lésion ASIA E indique un retour complet des fonctions sensibles et motrices de la personne avec parfois quelques séquelles comme une paresthésie ou une douleur neurologique.

Par ailleurs, les lésions médullaires peuvent évoluer de façon significative au cours des premiers 6 mois puis, de façon plus légère au cours de la 1^{ère} et de la 2^{ème} année suivant la lésion. La période d'évolution des lésions, caractérisées par le phénomène de « choc spinal », fait en sorte qu'une lésion peut changer d'une ou même deux catégories de score ASIA (ex : passe de ASIA A ou B à ASIA C ou D) au cours des 3 à 6 premiers mois suivant une lésion. À la suite de cette période, les changements, plus subtils, entraînent plus rarement une

évolution de la classification même si des changements fonctionnels peuvent être notés chez la personne LM.

Tableau 2.3

Niveau de la lésion et degré de complétude de la lésion

Lésion	ASIA A	ASIA B	ASIA C	ASIA D	ASIA E	Total
Cervicale	15	7	3	11	2	38 (51,3%)
Thoracique	22	1	4	3	0	30 (40,5%)
Lombaire	1	0	0	4	0	5 (6,8%)
Sacrée	0	0	0	0	1	1 (1,4%)
Total	38 (51,3%)	8 (10,8%)	7 (9,5%)	18 (24,3%)	3 (4,1%)	74 (100%)

Le tableau 2.3 montre les différents niveaux de lésion (cervicale, thoracique, lombaire et sacrée) et leur score ASIA (A, B, C, D et E). Au niveau des lésions, 51,3% (n=38) des participants étaient tétraplégiques et 48,7% (n=36) paraplégiques avec une majorité affichant des lésions thoraciques (n=30; 40,5%), quelques-uns des lésions lombaires (n=5; 6,8%) et un seul une lésion sacrée (1,4%). Au niveau des scores ASIA, 51,3% (n=38) des participants avaient des lésions complètes de type ASIA A et 48,7% (n=36) des lésions incomplètes variant de ASIA B (n=8; 10,8%), ASIA C (n=7; 9,5%) et ASIA D (n=18; 24,3%) et un faible pourcentage d'ASIA E (n=3; 4,1%).

2.2 Instruments de mesure

Les instruments de mesure utilisés dans ce projet ont été choisis en fonction des objectifs de l'étude et de leurs forces psychométriques démontrées. Compte tenu des variables dépendantes sur l'usage à faible risque ou à haut risque d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes, ainsi que des variables indépendantes sur les troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles somatoformes, troubles de personnalité et des variables sur l'intolérance à l'incertitude, le soutien social et sur la douleur, les questionnaires ci-dessous ont été utilisés.

2.2.1 Dépistage et évaluation de l'usage de substances psychoactives

Le dépistage/évaluation du besoin d'aide-Alcool et Drogues (DÉBA-A/D; Tremblay, Rouillard, April et Sirois, 2001) est un outil composé de deux grilles, l'une pour la consommation d'alcool et l'autre pour les drogues illicites et les médicaments sédatifs. Chaque grille permet de dépister divers types de consommateurs en considérant l'année précédant sa passation³. Les consommateurs peuvent aussi être classifiés comme abstinent, à faible risque, à risque, problématique, abusif ou dépendant. Selon la cotation de la grille, une personne *abstinente* n'a pas consommé de substance au cours de la dernière année. Une personne *à faible risque* fait usage d'une substance selon une quantité et une fréquence qui n'engendrent pas de problèmes physiques, psychologiques, judiciaires ou sociaux. Une personne *à risque* fait l'usage d'une substance selon une quantité et une fréquence qui augmentent de façon significative la probabilité d'apparition de problèmes physiques, psychologiques, judiciaires ou sociaux. À noter qu'une personne à risque peut ne pas vivre de problèmes concrets liés à sa consommation, même si les risques d'en développer s'accroissent. Une personne ayant un *usage problématique*, fait usage d'une substance selon

³ Les grilles de passation ont été adaptées (voir appendice D) selon la période de réadaptation pour évaluer la consommation avant la lésion, lors de la période de réadaptation fonctionnelle et lors de la période du retour à domicile. Tel que mentionné au tableau 2.4, pour noter un diagnostic d'abus ou de dépendance, les problèmes liés à la consommation doivent survenir de manière répétée sur une période de 12 mois. Sachant que la période de réadaptation fonctionnelle ou de retour à domicile peut être de moins de 12 mois, un diagnostic d'abus ou de dépendance peut parfois avoir été noté même si la période considérée était de moins de 12 mois.

une quantité et une fréquence qui engendrent des problèmes concrets. Toutefois, l'intensité et la fréquence des problèmes vécus ne sont pas assez importantes pour qu'elles soient considérées comme une consommation abusive ou dépendante. Une personne présentant un *abus* d'une substance est incapable de remplir ses obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison en raison de l'utilisation répétée de la substance et parfois dans des situations potentiellement dangereuses. Cet usage peut aussi engendrer des problèmes judiciaires et sociaux. Finalement, une personne présentant une *dépendance* consomme une substance en quantité importante et pendant une période prolongée, a des symptômes de sevrage et de tolérance, a le désir persistant de diminuer ou contrôler sa consommation mais sans succès, passe beaucoup de temps à tenter d'obtenir la substance, la consommer ou récupérer de ses effets et a cessé ou réduit ses activités sociales, professionnelles ou de loisir en raison de sa consommation.

La grille du DEBA-A est composée de 28 questions qui peuvent être complétées en 5 à 15 minutes selon la sévérité de la consommation de l'individu. La grille se divise en trois sections et doit être complétée par une personne ayant été formée pour l'administrer. La première évalue la fréquence et la quantité de la consommation au cours des 12 mois précédant la passation de la grille. Un usage hebdomadaire d'alcool inférieur à 10 consommations pour les femmes et 15 consommations pour les hommes, de même que moins de 12 épisodes de fortes consommations (4 consommations dans une même occasion pour les femmes et 5 pour les hommes) au cours de l'année entraînent l'arrêt du questionnaire. Advenant le dépassement de l'un des critères précédant, la seconde section, composée du questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (*QBDA; Version française du Severity of Alcohol Dependence Data [SADD]*; Raistrick, Dunbar et Davidson, 1983) est complétée. Les questions répondues sur une échelle de Lickert en 4 points (0 = jamais ou presque jamais, 1 = quelques fois, 2 = souvent, 3 = toujours ou presque toujours) amènent un score total qui permet d'évaluer la possibilité d'une dépendance à l'alcool chez les participants. Un score indiquant une absence ou une faible dépendance (entre 0 et 9) classe la personne comme ayant un usage problématique alors qu'une dépendance à la substance est évaluée avec un score variant entre 18 et 45. Un score indiquant une dépendance modérée (entre 10 et 17), soit une possibilité d'abus à la substance, nécessite de compléter la troisième partie de la

grille soit l'échelle des conséquences de la consommation d'alcool (*ÉCCA*; Tremblay et al., 2001). Les questions sont répondues selon une échelle de Likert en 6 points (0 =jamais, 1 = une fois, 2 = 2 ou 3 fois, 3 = 4 à 10 fois, 4 = tous les mois ou 12 à 15 fois, 5 = toutes les semaines ou plus de 52 fois). Le tableau 2.4, tiré de Tremblay et al. (2001), permet de rendre compte de la manière dont les divers profils de consommation sont obtenus pour le DÉBA-A.

La grille du DÉBA-D, comporte 24 questions et peut être complétée entre 5 et 15 minutes selon la sévérité de la consommation de l'individu. La grille est composée de trois sections. La première évalue la fréquence et la quantité de la consommation de drogues illicites, mais aussi de médicaments sédatifs⁴ au cours des 12 mois précédant la passation de la grille. Un usage à fréquence de moins d'une fois par mois ou par semaine (selon la substance), de même que l'absence d'injection intraveineuse de substances entraîne l'arrêt de la passation de la grille. Dans le cas contraire, la deuxième section de la grille, soit l'Échelle de sévérité de la dépendance (*ÉSD; Version française du Severity of Dependence Scale [SDS]*; Gossop, darke, Griffiths, Hando, Pawis, Hall et Strang., 1995) est complétée. Chaque question est répondue selon une échelle de Lickert en 4 points (0 = jamais ou presque jamais, 1 = quelques fois, 2 = souvent, 3 = toujours ou presque toujours) pour évaluer la possibilité d'une dépendance aux drogues illicites ou aux médicaments sédatifs. Un score indiquant une absence ou une faible dépendance (score entre 0 et 2) ou une dépendance élevée aux drogues ou médicaments sédatifs mène à l'arrêt de la grille. Un score indiquant une dépendance modérée (score entre 3 et 5) nécessite la passation de la troisième section de la grille soit l'échelle des conséquences de la consommation de drogues (*ÉCCD* ; Tremblay et al., 2001). Les questions répondues selon une échelle de Likert en 6 points (0 =Jamais, 1 = une fois, 2 = 2 ou 3 fois, 3 = 4 à 10 fois, 4 = tous les mois ou 12 à 15 fois, 5 = toutes les

⁴ Seuls les médicaments sédatifs sont considérés dans ce dépistage, puisqu'ils sont particulièrement considérés comme à risque d'abus et de dépendance. Selon Tremblay et al. (2001), même si ces médicaments se vendent sur le marché noir, ils sont généralement obtenus par des médecins. Pour être potentiellement à risque, la consommation de médicaments sédatifs doit être faite sur une base hebdomadaire (1 fois par semaine et plus) et rencontrer au moins un des critères suivants 1) l'utilisateur dépasse la posologie ; 2) l'utilisateur obtient sa médication de plus d'un médecin ou 3) l'utilisateur consomme des médicaments sédatifs non-prescrits.

Tableau 2.4
 Profils de consommation selon les critères du DÉBA-A

Concepts à évaluer	Instrument de mesure	Seuils sélectionnés	Concepts identifiés	Décision
Consommation à risque	Évaluation de la fréquence de la consommation d'alcool depuis un an	Aucune consommation d'alcool ou consommation moins d'une fois par mois	Abstinence ou consommation à faible risque	Arrêt du questionnaire
	Évaluation de la quantité d'alcool dans une semaine typique depuis la dernière année et de la fréquence des épisodes de fortes consommations	Consommation d'alcool une fois par mois ou plus Si moins de 10 consommations/semaine pour les femmes ou moins de 15 consommations par semaine pour les hommes ET 11 épisodes et moins de forte consommation Si 10 consommations et plus/semaine pour les femmes ou 15 consommations et plus/semaine pour les hommes OU 12 épisodes et plus de forte consommation	Consommation potentiellement à risque Consommation généralement à faible risque Consommation généralement à risque	Poursuite du questionnaire Arrêt du questionnaire Poursuite du questionnaire par l'évaluation de la dépendance
Dépendance	Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA; Raistrick et al., 1983)	Score de 0 à 9	Aucune dépendance	Arrêt du questionnaire
		Score de 18 à 45	Dépendance élevée	Arrêt du questionnaire
		Score de 10 à 17	Dépendance modérée	Poursuite du questionnaire par l'évaluation de la présence de problèmes associés à la consommation
Consommation problématique et abus	Échelle des conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA; Tremblay et al., 2000)	Aucun seuil déterminé. Selon le DSM-IV, l'abus implique la présence de divers problèmes survenant de manière répétée sur une période de 12 mois. Lorsqu'un problème est rapporté, mais pas assez fréquemment pour poser un diagnostic, une consommation problématique est alors notée.	Consommation problématique Consommation probablement abusive	Fin du questionnaire Fin du questionnaire

Tableau 2.5

Profils de consommation selon les critères du DÉBA-D

Concepts à évaluer	Instrument de mesure	Seuils sélectionnés	Concepts identifiés	Décision
Consommation à risque	Évaluation de la fréquence de la consommation des médicaments ou des drogues depuis un an	<p><u>Médicaments sédatifs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne consomme jamais ou moins d'une fois par semaine - Si consomme à chaque semaine, l'usager ne dépasse pas sa posologie, consulte un seul médecin à ce sujet n'en consomme pas d'origine non prescrite <p><u>Cannabis</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne consomme jamais ou moins d'une fois par semaine <p><u>PCP, cocaïne, opiacés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne consomme jamais ou moins d'une fois par mois - Ne s'injecte pas ces drogues <p><u>Hallucinogènes, autres stimulants, inhalants</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne consomme jamais ou moins d'une fois par mois 	La consommation à risque est un concept difficile à cerner en ce qui concerne les drogues. La composition chimique de ces produits est fluctuante, faisant ainsi varier l'estimation du risque associé à leur consommation.	Arrêt du questionnaire

<p>Consommation à risque (suite)</p>	<p>Évaluation de la fréquence de la consommation des médicaments ou des drogues depuis un an</p>	<p><u>Médicaments sédatifs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Consomme une fois par semaine et plus et présence d'au moins un des trois critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> a) dépasse la posologie b) Se procure des médicaments de plus d'un médecin c) Consomme des médicaments non prescrits <p><u>Cannabis</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Consomme une fois par semaine et plus <p><u>PCP, cocaïne, opiacés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Consomme une fois par mois et plus - Ou s'injecte ces drogues <p><u>Hallucinogènes, autres stimulants inhalants</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Consomme une fois par mois et plus 		<p>Poursuite du questionnaire par l'évaluation de la dépendance</p>
<p>Dépendance</p>	<p>Échelle de sévérité de la dépendance (ÉSĐ; Gossop, Darke, Griffiths, Hando, Powis, Hall et Strang, 1995)</p>	<p>Score de 0 à 2</p> <p>Score de 6 à 15</p> <p>Score de 3 à 5</p>	<p>Aucune ou faible dépendance</p> <p>Dépendance élevée</p> <p>Dépendance modérée</p>	<p>Arrêt du questionnaire</p> <p>Arrêt du questionnaire</p> <p>Poursuite du questionnaire - évaluation des problèmes associés à la consommation</p>
<p>Consommation problématique et abus</p>	<p>Échelle des conséquences de la consommation de drogues (ÉCCD; Tremblay et al., 2000)</p>	<p>Aucun seuil déterminé. Toutefois, selon le DSM-IV, l'abus de substances implique la présence de divers problèmes survenant de manière répétée sur une période de 12 mois. Lorsqu'un problème, mais pas assez fréquemment pour poser un diagnostic d'abus, une consommation problématique est alors notée.</p>	<p>Consommation problématique -</p> <p>Consommation abusive</p>	<p>Fin du questionnaire</p> <p>Fin du questionnaire</p>

semaines ou plus de 52 fois) permettent d'évaluer la possibilité d'un abus de drogues et les conséquences associées. Le tableau 2.5 permet de rendre compte de la manière dont les divers profils de consommation sont obtenus pour le DÉBA-D.

La grille DEBA-A est composée du questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool et de l'échelle des conséquences de l'alcool, alors que la grille DEBA-D est composée de l'échelle de la sévérité de la dépendance et de l'échelle des conséquences de la consommation de drogues. Ces questionnaires composant le DEBA-A et le DEBA-D ont été soumis à des évaluations psychométriques et montrent des résultats valides et fiables. Ainsi, la cohérence interne du Questionnaire bref de dépendance à l'alcool est de 0,87 (Raistrick et al., 1983). La fidélité test-retest est adéquate avec des coefficients de 0,90 pour un intervalle d'une semaine (Jorge et Masur, 1985) et de 0,87 pour un intervalle de 19 à 40 jours (McMurrin et Hollin, 1989). Un indice de validité de convergence de $r=0,83$ a été obtenu avec le Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (Davidson et Raistrick, 1986). L'Échelle de la sévérité de la dépendance affiche quant à elle, des indices de cohérence interne variant entre 0,72 (Swift, Hall, Dittcott et Reiley, 1998) et 0,90 (Gossop et al., 1995). La fidélité test-retest est adéquate avec un coefficient de 0,89 pour un intervalle d'un jour (Gossop, Best, Marsden et Strang, 1997). Un indice de validité de convergence de $r=0,27$ a été obtenu avec le Severity of Amphetamine Dependence Questionnaire (Churchill, Burgess, Peard et Gill, 1993).

Dans le cadre de cette étude, l'instrument permettra de répondre aux deux premiers objectifs, soit d'évaluer la prévalence d'usage d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes (plus particulièrement les médicaments sédatifs) des personnes LM en fonction de divers types de consommateurs, en plus d'évaluer l'évolution de l'usage selon les périodes précédant la lésion, en réadaptation fonctionnelle et au retour à domicile.

2.2.2 Mesures des facteurs psychologiques

2.2.2.1 L'Entrevue clinique structurée selon le DSM-IV – AXE 1

L'Entrevue clinique structurée selon le DSM-IV – AXE 1 (Structured Clinical Interview [SCID-I] for DSM-IV Axis I Disorders; First, Spitzer, Gibbon et Williams, 1996) est composée de 91 questions et permet d'évaluer les critères diagnostics des divers troubles mentaux de l'Axe 1 du DSM-IV. Dans le cadre de cette étude, seuls les modules touchant les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles somatoformes ont été évalués⁵. Les troubles psychotiques et cognitifs, les troubles du sommeil, les troubles sexuels et les troubles de conduites alimentaires ont été retirés parce que non reliés aux objectifs de l'étude. Les troubles liés à une substance ont également été retirés puisqu'ils étaient évalués à l'aide du DÉBA-A/D. Le temps d'administration du SCID-I est d'environ 45 minutes. Il implique une entrevue structurée durant laquelle l'évaluateur cote la réponse du participant à chaque question selon la colonne appropriée. Le symbole « ? » est encerclé lorsqu'une mauvaise information est soulevée (ex : fausse information d'un participant qui nie son état psychologique), «1» lorsque le critère est absent, «2» lorsqu'il n'est pas d'ampleur clinique et «3» lorsqu'il est présent et d'intensité clinique. Le score total permet de déterminer si un trouble spécifique est présent chez le participant.

La majorité des études sur les qualités psychométriques du SCID font référence à la version associée au DSM-III-R plutôt qu'au DSM-IV, mais montrent des indices de fidélité variant de $\alpha = 0,77$ à $0,94$ (Ventura, Liberman, Green, Shaner et Minz, 1998).

L'outil était utilisé pour répondre au troisième objectif de l'étude soit de vérifier si le trouble dépressif majeur et les troubles anxieux pouvaient être considérés comme facteurs prédictifs de la consommation à haut risque d'alcool, de drogues illicites ou de médicaments psychotropes prescrits chez les personnes LM en réadaptation fonctionnelle et lors du retour à domicile. Pour assurer une stabilité de l'évaluation, l'entrevue était effectuée par deux

⁵ Voir l'appendice E pour obtenir les critères diagnostiques des divers troubles évalués à l'axe 1.

personnes dûment formées pour les diagnostics. Les accords interjuges obtenus étaient statistiquement adéquats ($k=1,0$).

2.2.2.2 L'Entrevue clinique structurée selon le DSM-IV – AXE II

L'Entrevue clinique structurée selon le DSM-IV – AXE II (Structured Clinical Interview [SCID-II] for DSM-IV Axis II Personality Disorders; First, Gibbon, Spitzer, Williams et Benjamin, 1997) est composée de 119 questions et permet d'évaluer les critères diagnostics des 10 troubles de personnalité de l'Axe II du DSM-IV. Dans le cadre de cette étude, les troubles de personnalité évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive, paranoïaque, histrionique, narcissique, limite et antisociale ont été évalués⁶. Les troubles de personnalité schizoïde et schizotypique ont été retirés parce qu'ils ne sont pas reliés aux objectifs de l'étude. Le temps d'administration du SCID-II est d'environ 60 minutes. L'administration implique une entrevue structurée où l'évaluateur cote la réponse du participant à chaque question selon la colonne appropriée. Le symbole « ? » est encerclé lorsqu'une mauvaise information est soulevée, « 1 » lorsque le critère est absent, « 2 » lorsqu'il est d'une ampleur sous-clinique et « 3 » lorsqu'il est présent et d'intensité clinique (envahissant, pathologique et persistant chez l'individu). Le score total permet de déterminer si un trouble de personnalité spécifique est présent chez le participant.

Les qualités psychométriques disponibles sur le SCID-II sont encore une fois basées sur le DSM-III-R plutôt que le DSM-IV (First et al., 1997) et montrent des coefficients de fidélité test-retest à 48 heures d'intervalles de $k = 0,87$ pour le trouble de personnalité limite et $k = 0,84$ pour le trouble de personnalité antisociale (Malow, West, Williams et Sutker, 1989), ainsi que de $k = 0,74$ pour l'ensemble des troubles de la personnalité (O'Boyle et Self, 1990). Les indices de validité concurrente varient entre $r = 0,20$ et $0,78$ avec le Personality Disorder Examination (Hyer, Skodol, Oldham, Kellman et Doidge, 1992 ; Ekselius, Lindström, von Knorring, Bodlund et Kullgren, 1994).

⁶ Voir l'appendice F pour obtenir les critères diagnostiques des divers troubles évalués à l'axe II.

L'outil était utilisé pour répondre au troisième objectif de l'étude soit de vérifier si la personnalité est un facteur prédictif de la consommation à haut risque d'alcool, de drogues illicites ou de médicaments psychotropes chez les personnes LM en réadaptation fonctionnelle et lors du retour à domicile. Les accords interjuges obtenus étaient statistiquement adéquats ($k=1,0$).

2.2.2.3 Questionnaire sur l'intolérance à l'incertitude

Le Questionnaire sur l'intolérance à l'incertitude⁷ (QII; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas et Ladouceur, 1994) permet d'évaluer les réactions émotionnelles et comportementales des personnes face à des situations ambiguës ou incertaines. Composé de 27 items, chacun coté sur une échelle de 1 à 5 (1 = pas du tout correspondant, 2 = un peu correspondant, 3 = assez correspondant, 4 = très correspondant, 5 = tout à fait correspondant), l'instrument mesure le degré d'incertitude relié à chaque item. Sa durée de passation est de 10 minutes environ. Suite à la passation du questionnaire auprès de 7 échantillons de participants entre 1993 et 1995, les auteurs ont convenu qu'un score en dessous de 47 correspondait à une tolérance adéquate à l'incertitude, alors qu'un score de 47 et plus correspondait à une faible tolérance à l'incertitude (Dugas, Freeston et Ladouceur, 1997).

Les qualités psychométriques de l'instrument montrent une cohérence interne de 0,91 (Freeston et al., 1994) et un indice de fidélité test-retest de $r=0,78$ sur une période de cinq semaines (Dugas et al., 1997). La validité divergente montre une bonne discrimination entre les participants qui remplissent les critères du trouble d'anxiété généralisée et ceux qui remplissent les critères d'autres troubles anxieux (Ladouceur, Freeston, Dugas, Rhéaume, Gagnon, Thibodeau, Boivert, Provencher et Blais, 1995).

Bien que ce questionnaire ait peu ou pas été utilisé auprès des personnes LM, il était intégré pour répondre au troisième objectif de l'étude, soit de vérifier si l'intolérance à l'incertitude est un facteur prédictif de la consommation à haut risque d'alcool, de drogues illicites ou de médicaments psychotropes chez les personnes LM. On se rappellera que les

⁷ Voir l'appendice G pour obtenir une version du questionnaire.

lésions médullaires peuvent évoluer durant la période du choc spinal au cours des 3 à 6 premiers mois et impliquer un changement de classification, si bien que les individus intolérants à l'incertitude pourraient aussi vivre de plus grandes difficultés d'adaptation et recourir aux SPA comme stratégie d'adaptation dysfonctionnelle. En effet, Bernier et Tremblay (1999) rapportaient que la blessure médullaire devient pour l'individu atteint une expérience existentielle remplie d'incertitude en lien avec un présent chargé de douleur, de nouveauté, d'inconnus et de crainte. Ainsi, lors de la réadaptation fonctionnelle, cette incertitude est présente et peut être utilisée par le personnel en réadaptation comme une force positive afin d'aider la personne à développer un nouveau sens à sa vie (Lazure, 1998).

2.2.3 Mesure des facteurs sociaux

2.2.3.1 Questionnaire abrégé sur l'évaluation du soutien social

Le questionnaire abrégé sur l'évaluation du soutien social⁸ (QSS; version française du Social Support Questionnaire [SSQ]; Sarason, Sarason, Shearin et Pierce, 1987) évalue la quantité et la qualité du réseau social en fonction de la perception des individus. L'instrument abrégé est composé de six items tirés des vingt sept items de sa version complète (Sarason, Levine, Basham et Sarason, 1983). Sa durée de passation est d'environ 10 minutes. Chacun des six items est composé de deux sections, une première dressant une liste d'un maximum de neuf personnes identifiées comme faisant partie d'un réseau social de soutien, et une seconde mesurant le niveau de satisfaction face au soutien de ces individus sur une échelle de Likert en six points (1 = très insatisfait, 2 = moyennement insatisfait, 3 = plutôt insatisfait, 4 = plutôt satisfait, 5 = moyennement satisfait, 6 = très satisfait). L'instrument permet d'obtenir un score de disponibilité du réseau social de soutien, ainsi qu'un score global de satisfaction de ce réseau.

Les qualités psychométriques de l'instrument montrent une cohérence interne de 0,91 pour le nombre de relations sociales et de 0,93 pour la satisfaction du réseau social. Les indices de validité de convergence avec le SSQ version allongée sont de 0,95 pour le score

⁸ Voir l'appendice H pour obtenir une version du questionnaire.

des relations sociales et de 0,96 pour la satisfaction du réseau social (Sarason et al., 1987; Michaux, Cournoyer et Sabourin, 1991).

L'outil était utilisé pour répondre au troisième objectif de l'étude, soit de vérifier si le soutien social est un facteur prédictif de la consommation à haut risque d'alcool, de drogues illicites ou de médicaments psychotropes chez les personnes LM en réadaptation fonctionnelle et lors du retour à domicile.

2.2.4 Mesures des facteurs médicaux

2.2.4.1 Le questionnaire de la douleur de McGill (version courte)

Le questionnaire de la douleur de McGill version courte⁹ (version française du McGill Pain Questionnaire [MPQ] short form; Melzack, 1975) permet d'évaluer la douleur ressentie en fonction de 15 descripteurs sémantiques (sensoriels et affectifs) selon une échelle de Likert en 4 points (aucune, légère, modérée ou sévère). D'une durée de passation de 5 à 15 minutes, le MPQ permet d'obtenir quatre scores globaux : 1) un score total, 2) un niveau de douleur sensoriel ou affectif, 3) le nombre de mots choisis parmi les descripteurs de douleur et 4) l'intensité de la douleur actuelle en fonction d'une échelle de Likert en 5 points.

L'étude de Melzack (1975) montre une cohérence interne variant de 0,50 à 1,0 entre les descripteurs sélectionnés à trois jours d'intervalle. Ces taux varient de 0,66 à 0,84 sur quatre passations consécutives du questionnaire (Graham, Bond, Gerkovich et Cook, 1980). Un indice de validité de convergence significatif a été obtenu entre la dimension affective du MPQ et les profils de l'Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota (McCreary, Turner et Dawson, 1981), ainsi qu'avec divers instruments mesurant la dépression chez des personnes atteintes de cancer (Kremer et Atkinson, 1981).

L'outil était utilisé pour répondre au troisième objectif de l'étude, soit de vérifier si la douleur est un facteur prédictif de la consommation à haut risque d'alcool, de drogues illicites

⁹ Voir l'appendice I pour obtenir une version du questionnaire.

ou de médicaments psychotropes chez les personnes LM en réadaptation fonctionnelle et lors du retour à domicile.

2.2.4.2 Dossier médical

Des données étaient obtenues à partir du dossier médical des participants pour vérifier leur lésion et la classification ASIA, de même que le type et le nombre de médicaments prescrits, plus particulièrement les médicaments psychotropes pouvant être à potentiel d'abus. Comme le questionnaire DEBA A/D ne tient compte que des médicaments sédatifs, les informations contenues au dossier concernant la prescription d'autres médicaments psychotropes étaient prélevées pour rendre compte de la prévalence de ces médicaments, de leurs interactions possibles et pour discuter de leurs risques d'abus.

2.3 Procédure

Les participants étaient tous de retour à domicile et invités à rencontrer un membre de l'équipe de recherche à l'Institut de réadaptation de leur choix (Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau ou Centre montréalais de réadaptation aux points de services de St-Hubert et de St-Hyacinthe), à l'Université du Québec à Montréal ou au domicile, dans un endroit assurant la confidentialité de leurs réponses. Les entrevues étaient effectuées entre avril 2007 et octobre 2008 et pouvaient être réalisées en face à face ou par téléphone pour les participants de régions éloignées et ceux qui préféraient cette modalité pour éviter des déplacements. Dans ce cas, les questionnaires (sauf le DEBA A/D) et le formulaire de consentement étaient expédiés par la poste dans une enveloppe pré-affranchie et les participants étaient invités à les signer et les retourner à l'adresse indiquée. Les entrevues réalisées uniquement en face à face ont donc constituées 35,3% de l'échantillon (n=30), celles par téléphone 23,5% (n=20) et celles réalisées en partie par téléphone et en partie en face à face, 41,2% de l'échantillon (n=35). Le tableau 2.6 rend compte de cette distribution par centre de réadaptation.

De façon générale, une rencontre (ou deux) était prévue pour chaque participant et cette rencontre était composée de deux parties : Une première, d'une durée de 60 minutes, qui servait à la passation des outils de dépistage et d'évaluation du besoin d'aide alcool et drogues (DEBA-A/D voir précédemment)¹⁰ qui distinguaient chacune des phases de réadaptation (évaluation rétrospective pour la période précédant la lésion et celle de réadaptation fonctionnelle). L'entrevue du DSM-IV sur les troubles de santé mentale de l'Axe I (SCID-I voir précédemment) était également administrée.

Tableau 2.6

Proportion des entrevues réalisées en face à face et/ou par téléphone pour les participants des divers centres de réadaptation

	IRGLM	CRLB	IRDQP	CMR	Total
Entrevues en face à face uniquement	0 (0,0)	15 (42,9)	6 (24,0)	9 (90,0)	30 (35,3)
Entrevues téléphoniques Uniquement	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (76,0)	1 (10,0)	20 (23,5)
Entrevues en face à face ET téléphoniques	15 (100,0)	20 (57,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	35 (41,2)
TOTAL	15 (17,6)	35 (41,2)	25 (29,4)	10 (11,8)	85

¹⁰ À noter que contrairement à ce qui a été noté dans le formulaire de consentement, les outils de dépistage et d'évaluation du besoin d'aide alcool et drogues (DEBA-A/D) étaient complétés par les interviewers lors de la rencontre d'évaluation. Aucun participant n'a complété ce questionnaire seul. Cette procédure facilitait ainsi la compréhension des consommations standards, des sections à compléter et des diverses substances pouvant avoir été consommées.

Les consignes suivantes étaient données aux participants pour cette première partie :

Vous vous êtes montré intéressé à participer à une étude portant sur l'usage d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes chez les personnes vivant avec une lésion à la moelle épinière. Nous vous remercions de votre intérêt.

Tel que noté dans le formulaire d'informations et de consentement¹¹ que vous venez de lire et de signer, cette rencontre sera composée de 2 parties, d'une durée d'environ 60 minutes chacune et pourra s'échelonner sur 2 rencontres si vous en ressentez le besoin. Une compensation monétaire de 20\$ vous sera allouée pour votre participation.

La première partie servira à la passation des outils de dépistage et d'évaluation du besoin d'aide alcool et drogues afin de connaître votre consommation d'alcool, de drogues et/ou de médicaments sédatifs avant votre lésion, en réadaptation fonctionnelle et au retour à domicile. Seule la dernière année de chacune de ces périodes sera considérée. Pour les questions associées à la consommation d'alcool, je vous remets cette feuille qui vous informe de ce qui est entendu par une consommation standard¹² (pour les participants au téléphone, les informations contenues sur la feuille sont données verbalement). Il se peut que vous ayez parfois de la difficulté à vous souvenir avec exactitude de la quantité et de la fréquence de votre consommation pour ces diverses périodes, mais je vous invite à répondre du mieux que vous le pouvez. Avez-vous des questions?

Pour compléter cette première partie de la rencontre, nous allons maintenant compléter le SCID-I, qui est une entrevue structurée afin de rendre compte de la présence de troubles de santé mentale actuels ou passés. Les troubles de l'humeur, anxieux et somatoformes seront explorés pendant cette entrevue. Avez-vous des questions?

Une seconde partie de 60 minutes suivait une pause de 15 minutes (ou une autre rencontre) et servait à l'entrevue du DSM-IV sur les troubles de la personnalité (SCID-II voir précédemment). Les consignes suivantes étaient données aux participants :

Pour cette seconde partie de la rencontre, nous allons maintenant compléter le SCID II, qui est une entrevue structurée qui évalue votre personnalité. Pour chacune des questions qui seront posées, veuillez me répondre du mieux que vous le pouvez. Une série de questions de type « oui » ou « non » vous seront d'abord posées. Par la suite, pour chacune des questions identifiées par un

¹¹ Voir l'appendice C pour obtenir une copie du formulaire d'informations et de consentement.

¹² Voir l'appendice B pour connaître les consommations standards d'alcool.

« oui », nous allons les explorer plus en profondeur afin de savoir dans quelles circonstances et à quelle fréquence ces traits de personnalité se présentent dans votre vie. Avez-vous des questions?

À la suite de ces entretiens, les participants étaient invités à compléter sur place ou à leur domicile, les questionnaires sur l'ensemble des autres variables ciblées par l'étude.

Pour terminer l'étude, je vous invite à compléter ces questionnaires et à me les remettre aujourd'hui ou me les envoyer par la poste dans l'enveloppe pré-affranchie que je vais vous remettre. Ces divers questionnaires portent sur votre capacité de tolérer l'incertitude, sur l'intensité de votre douleur actuelle de même que sur votre réseau social. Si vous avez des questions en complétant les questionnaires, n'hésitez pas à communiquer avec moi au numéro indiqué dans le formulaire d'information et de consentement. Nous vous remercions de votre collaboration dans cette étude.

Les intervieweurs appelés à rencontrer les participants (trois étudiantes au doctorat en psychologie de l'Université du Québec à Montréal) étaient dûment formés à la passation du SCID-I, SCID-II et des autres questionnaires. Ces mêmes personnes effectuaient l'entrée des données suivant la passation des questionnaires. En outre, toutes les entrevues étaient enregistrées pour assurer des accords inter juges et une validité des diagnostics.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

Le présent chapitre mettra en lumière les résultats des principales analyses effectuées. Seront décrites la prévalence et les trajectoires de consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes prescrits selon les divers types de consommateurs et des périodes précédant la lésion médullaire, en réadaptation fonctionnelle et au retour à domicile. Suivront ensuite des analyses de régression logistique qui mettront en lumière les facteurs prédictifs de la consommation à haut risque de SPA lors des périodes succédant la lésion médullaire.

3.1 Prévalence et trajectoire de la consommation d'alcool chez les personnes LM selon les périodes pré- et post-lésion

3.1.1 Prévalence de la consommation d'alcool durant la période précédant la lésion médullaire

Au cours des 12 mois précédant la lésion médullaire, 10,6% (n=9) des personnes LM s'étaient abstenues de boissons alcoolisées alors que 89,4% (n=76) avaient consommé de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées. Parmi l'ensemble des participants, 14,1% (n=12) avaient consommé des boissons alcoolisées moins d'une fois par mois, 15,3% (n=13) une à trois fois par mois, 29,4% (n=25) une à deux fois par semaine et 30,6% (n=26) trois fois par semaine et plus.

Ne considérant que les participants ayant fait usage d'alcool à fréquence égale ou supérieure à la catégorie « une à trois fois par mois » (n=64) au cours de la période précédant

la lésion médullaire, le nombre moyen de consommations hebdomadaires s'élevait à 15,6 (é.t. = 28,0) pour les hommes (n=55) et 4,1 (é.t.= 3,9) pour les femmes (n=9). Aucune différence significative n'était notée entre les hommes et les femmes concernant le nombre de consommations hebdomadaires ($\chi^2=8,69$; $p>0,05$). Considérant le nombre maximal de consommations dans une journée chez ces participants, les résultats montraient une moyenne de 3,9 (é.t.=4,2) consommations par jour pour les hommes et 2,2 (é.t.=0,7) consommations par jour pour les femmes. Encore une fois, aucune différence significative n'était notée entre les hommes et les femmes concernant le nombre de consommations quotidiennes ($\chi^2=6,92$; $p>0,05$).

Tableau 3.1

Fréquence de la consommation d'alcool et types de consommateurs pour la période précédant la lésion médullaire

	Fréquence (N)	Pourcentage (%)
Fréquence de l'usage d'alcool		
Jamais	9	10,6
Moins d'une fois par mois	12	14,1
Une à trois fois par mois	13	15,3
Une à deux fois par semaine	25	29,4
Trois fois par semaine et plus	26	30,6
Types de consommateurs selon DEBA-A (n=85)		
Groupe à faible risque		
Abstinent	9	10,6
Faible risque	51	60,0
Groupe à haut risque		
À risque	15	17,6
Problématique, abusif ou dépendant	10	11,8

Sur la base de la consommation mensuelle, hebdomadaire de même que quotidienne et conformément aux critères du DÉBA-A, le tableau 3.1 montre que dans l'année précédant leur lésion, 10,6% (n=9) des individus LM étaient abstinentes à l'alcool, 60,0% (n=51) étaient

des consommateurs à faible risque, 17,6% (n=15) des consommateurs à risque et 11,8% (n=10) étaient des consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants¹³.

3.1.2 Prévalence de la consommation d'alcool pendant la période de réadaptation fonctionnelle

Lors de la période de réadaptation fonctionnelle, 56,5% (n=48) des personnes LM n'avaient pas consommé de bière, vin ou autres boissons alcoolisées alors que 43,5% (n=37) en avaient fait usage au moins à une reprise. Considérant l'ensemble des participants LM, 23,5% (n=20) en avaient consommé moins d'une fois par mois, 9,4% (n=8) une à trois fois par mois, 9,4% (n=8) une à deux fois par semaine et 1,2% (n=1) trois fois par semaine et plus.

Ne considérant que les participants LM ayant fait un usage de boissons alcoolisées à fréquence égale ou supérieure à la catégorie « une à trois fois par mois » durant la période de réadaptation fonctionnelle, le nombre moyen de consommations par semaine était de 3,9 (é.t. = 6,2) pour les hommes (n = 15) et 24,0 (é.t. = 31,1)¹⁴ pour les femmes (n=2). Aucune différence significative n'était notée entre les hommes et les femmes concernant le nombre de consommations hebdomadaires ($\chi^2=9,89$; $p>0,05$). Considérant le nombre maximal de consommations dans une journée chez ces participants, les résultats montraient une moyenne de 2,7 (é.t.=3,1) consommations par jour pour les hommes et 3,5 (é.t.=3,5) consommations par jour pour les femmes. Encore une fois, aucune différence significative n'était notée entre les hommes et les femmes concernant le nombre de consommations quotidiennes ($\chi^2=9,56$; $p>0,05$).

¹³ Étant donné le peu de participants dans chaque groupe pris séparément, il a été convenu de les regrouper en un groupe à faible risque (abstinent et faible risque) et un groupe à haut risque (à risque, problématique, abusif ou dépendant).

¹⁴ Le nombre moyen de consommations par semaine chez les femmes et l'écart type étant élevés, nous pouvons associés ces résultats au fait que seulement 2 femmes avaient consommé des boissons alcoolisées « une à trois fois par mois » ou plus au cours de la période de réadaptation fonctionnelle et à l'écart considérable quant au nombre de consommations pris hebdomadairement pour chacune de ces femmes.

Tableau 3.2

Fréquence de la consommation d'alcool et les types de consommateurs durant la période de réadaptation fonctionnelle

	Fréquence (N)	Pourcentage (%)
Fréquence de l'usage d'alcool parmi ceux en ayant fait usage (n=37)		
Jamais	48	56,5
Moins d'une fois par mois	20	23,5
Une à trois fois par mois	8	9,4
Une à deux fois par semaine	8	9,4
Trois fois par semaine et plus	1	1,2
Types de consommateurs selon DEBA-A (n=85)		
Groupe à faible risque		
Abstinent	48	56,5
Faible risque	34	40,0
Groupe à haut risque		
À risque	1	1,1
Problématique, abusif ou dépendant	2	2,4

Sur la base de ces données de consommations mensuelles, hebdomadaires de même que quotidiennes d'alcool et sur la base des critères du DEBA-A (tableau 3.2), 56,5% (n=48) des participants étaient ainsi classifiés comme abstinents, 40,0% (n=34) comme des consommateurs à faible risque, 1,1% (n=1) comme des consommateurs à risque et 2,4% (n=2) étaient des consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants lors de la phase de réadaptation fonctionnelle.

3.1.3 Prévalence de la consommation d'alcool lors de la période du retour à domicile

Les résultats montrent que, lors de la période du retour à domicile, 16,5% (n=14) des personnes LM n'avaient pas fait usage de bières, vins ou d'autres boissons alcoolisées alors que 83,5% (n=71) des personnes LM en avaient fait usage à au moins une reprise. Parmi l'ensemble des participants LM, 20,0% (n=17) avaient consommé de l'alcool moins d'une fois par mois, 21,2% (n=18) une à trois fois par mois, 28,2% (n=24) une à deux fois par semaine et 14,1% (n=12) trois fois par semaine et plus (tableau 3.3).

Ne considérant que les participants LM ayant consommé de l'alcool à fréquence égale ou supérieure à la catégorie «une à trois fois par mois» durant la dernière année depuis le retour à domicile, le nombre moyen de consommations par semaine était de 6,3 (é.t.=8,2) pour les hommes (n=43) et de 2,2 (é.t.=1,2) pour les femmes (n=11). Aucune différence significative n'était notée entre les hommes et les femmes concernant le nombre de consommations hebdomadaires ($\chi^2=11,06$; $p>0,05$). Considérant le nombre maximal de consommations dans une journée chez ces participants, les résultats montraient une moyenne de 2,4 (é.t.=1,6) consommations par jour pour les hommes et 1,8 (é.t.=0,6) consommations par jour pour les femmes. Encore une fois, aucune différence significative n'était notée entre les hommes et les femmes concernant le nombre de consommations quotidiennes ($\chi^2=5,34$; $p>0,05$).

Tableau 3.3

Fréquence de la consommation d'alcool et types de consommateurs lors de la dernière année depuis le retour à domicile

	Fréquence (N)	Pourcentage (%)
Fréquence de l'usage d'alcool		
Jamais	14	16,5
Moins d'une fois par mois	17	20,0
Une à trois fois par mois	18	21,2
Une à deux fois par semaine	24	28,2
Trois fois par semaine et plus	12	14,1
Types de consommateurs selon DEBA-A (n=85)		
Groupe à faible risque		
Abstinent	14	16,4
Faible risque	59	69,4
Groupe à haut risque		
À risque	10	11,8
Problématique, abusif ou dépendant	2	2,4

Sur la base de ces données de consommations mensuelles, hebdomadaires de même que quotidiennes d'alcool et sur la base des critères du DEBA-A (tableau 3.3), 16,4% (n=14) des participants étaient ainsi classifiés comme abstinent, 69,4% (n=59) comme des

consommateurs à faible risque, 11,8% (n=10) comme des consommateurs à risque et 2,4% (n=2) étaient des consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants lors de la dernière année depuis le retour à domicile.

3.1.4 Trajectoire de la consommation d'alcool

La section précédente évaluait la prévalence de la consommation d'alcool en fonction de la fréquence de consommation et des types de consommateurs pour la période précédant la lésion médullaire, la période de réadaptation fonctionnelle et celle du retour à domicile. La présente section tentera, quant à elle, d'établir des liens entre les diverses périodes. Un test non paramétrique Q de Cochran, utilisé compte tenu de la variable dichotomique répétée, était d'abord utilisé afin de vérifier l'évolution de la consommation pour l'ensemble de consommateurs et des périodes de réadaptation. En cas de résultats significatifs, des tests non paramétriques de McNemar étaient effectués afin de comparer la trajectoire des consommateurs d'alcool à travers les périodes de réadaptation. Ces analyses permettaient ainsi de rendre compte du maintien, de l'augmentation ou de la diminution de consommation d'alcool d'une période de réadaptation à l'autre. À noter que les effectifs restreints pour certains types de consommateurs nous ont amené à regrouper les participants selon deux groupes de consommateurs, un premier classifié comme à faible risque (abstinents, faible risque) et un second, classifiés comme à haut risque (à risque, problématique, abusif et dépendant).

Le tableau 3.4 rend compte de cette classification globale. Il montre que le nombre de consommateurs à faible risque augmente de la période précédant la lésion médullaire (n=60) à celle du retour à domicile (n=73). Inversement, le nombre de consommateurs à haut risque diminue de la période précédant la lésion médullaire (n=25) à celle du retour à domicile (n=12).

Tableau 3.4

Trajectoire de la consommation d'alcool en fonction des périodes de réadaptation

Périodes	Faible risque	Haut risque
Avant la lésion	60 (70,6%)	25 (29,4%)
Réadaptation fonctionnelle	82 (96,5%)	3 (3,5%)
Retour à domicile	73 (85,9%)	12 (14,1%)

Comme l'analyse de Cochran sur cette classification globale montraient des résultats significatifs (Q Cochran : 27,19; $p < 0,001$), des tests de McNemar étaient poursuivis pour évaluer la trajectoire des consommateurs à travers les périodes de réadaptation.

3.1.4.1 Trajectoire des consommateurs d'alcool entre les périodes précédant la lésion, de réadaptation fonctionnelle et de retour à domicile

Trois analyses de McNemar étaient effectuées pour comparer la trajectoire des consommateurs d'alcool (1) de la période précédant la lésion médullaire à celle de réadaptation fonctionnelle, (2) de la période de réadaptation fonctionnelle à celle du retour à domicile et (3) de la période du retour à domicile comparée à la période précédant la lésion médullaire. Le tableau 3.5 rend compte de ces analyses dont la première révèle des résultats significatifs (test McNemar=7,5; $p < 0,001$), indiquant que plus d'individus à haut risque avant la lésion médullaire sont passés à faible risque durant la période de réadaptation fonctionnelle (diagonale faible/haut risque $n=22$) que d'individus à faible risque avant la lésion médullaire sont passés à haut risque durant la période de réadaptation fonctionnelle (diagonale faible/haut risque $n=0$). En d'autres termes, les résultats montrent que les individus ont diminué de façon significative leur consommation d'alcool durant la période de réadaptation fonctionnelle comparé à avant leur lésion médullaire.

Les résultats sur la trajectoire des consommateurs d'alcool entre la période de réadaptation fonctionnelle et celle du retour à domicile, montrent un lien significatif (test McNemar=0,95; $p < 0,05$) indiquant qu'un plus grand nombre d'individus à faible risque

durant la période de réadaptation fonctionnelle sont passés à haut risque durant la période de retour à domicile (diagonale faible/haut risque n=11) que d'individus à haut risque durant la réadaptation fonctionnelle sont passés à faible risque durant la période de retour à domicile (diagonale faible/haut risque n=2). En d'autres termes, les résultats montrent que les individus ont augmenté de façon significative leur consommation d'alcool au retour à domicile comparé à la période de réadaptation fonctionnelle.

Tableau 3.5

Liens entre les périodes de réadaptation et types de consommateurs d'alcool

Réadaptation fonctionnelle (McNemar = 7,5; p<0,001)				Retour domicile (McNemar = 0,95; p<0,05)			
Avant lésion	Faible risque	Haut risque	Total	Réadaptation fonctionnelle	Faible risque	Haut risque	Total
Faible risque	60 (70,6%)	0 (0,0%)	60 (70,6%)	Faible risque	71 (83,6%)	11 (12,9%)	82 (96,5%)
Haut risque	22 (25,9%)	3 (3,5%)	25 (29,4%)	Haut risque	2 (2,3%)	1 (1,2%)	3 (3,5)
Total	82 (96,5%)	3 (3,5%)	85 (100%)	Total	73 (85,9%)	12 (14,1%)	85 (100%)
				Avant lésion (McNemar = 13,9; p<0,001)	Faible risque	Haut risque	Total
				Faible risque	57 (67,1%)	3 (3,5%)	60 (70,6%)
				Haut risque	16 (18,8%)	9 (10,6%)	25 (29,4%)
				Total	73 (85,9%)	12 (14,1%)	85 (100%)

Les résultats sur la trajectoire des consommateurs d'alcool entre la période de retour à domicile et celle précédant la lésion médullaire montrent encore un fois un lien significatif (test McNemar=13,9; p<0,001) indiquant qu'un plus grand nombre d'individus à haut risque avant la lésion médullaire sont passés à faible risque au retour à domicile (diagonale faible/haut risque n=3) que d'individus à faible risque avant la lésion médullaire sont passés à

haut risque au retour à domicile (diagonale faible/haut risque n=16). En d'autres termes, les résultats montrent que les individus ont diminué de façon significative leur consommation d'alcool au retour à domicile comparé à avant la lésion médullaire, même s'ils avaient précédemment augmenté leur consommation d'alcool au retour à domicile comparé à la période de réadaptation fonctionnelle.

3.2 Prévalence et trajectoire de la consommation de drogues illicites chez les personnes LM selon les périodes pré- et post-lésion

3.2.1 Prévalence de la consommation de drogues illicites durant la période précédant la lésion

Alors qu'une majorité de personnes LM avait fait un usage d'alcool durant l'année précédant leur lésion, une minorité avait fait usage de drogues illicites au cours de cette même période (tableau 3.6). En effet, 31,8% (n=27) des participants LM avaient fait usage d'au moins une drogue illicite dans l'année précédant leur traumatisme médullaire. Parmi l'ensemble des participants, 28,2% (n=24) avaient consommé du cannabis, 4,7% (n=4) des hallucinogènes, 4,7% (n=4) de la cocaïne, 4,7% (n=4) d'autres stimulants et 3,5% (n=3) des inhalants. Aucun des participants ne mentionnaient avoir consommé des opiacés/analgésiques de manière illicite alors que 8,2% indiquait en avoir consommé de manière licite (prescription médicale) au cours de cette période.

Tel qu'illustré au tableau 3.6, 28,2% (n=24) des participants avaient consommé du cannabis avant leur lésion. Parmi l'ensemble des participants, 11,7% (n=10) avaient fait usage de la drogue à fréquence de trois fois par semaine et plus, 10,6% (n=9) moins d'une fois par mois, 4,7% (n=4) d'une à trois fois par mois et 1,2% (n=1) d'une à deux fois par semaine. Conformément aux critères du DEBA-D, une consommation de cannabis à fréquence égale ou supérieure à la catégorie « une à deux fois par semaine » représente un risque pour la santé de l'individu et 45,8% (n=11) des participants consommateurs de cannabis se trouvaient dans cette catégorie durant l'année précédant leur lésion médullaire.

Pour la consommation d'hallucinogènes, seuls 4,7% (n=4) des participants LM avaient fait usage de cette drogue et parmi eux, un seul participant en avait fait usage trois fois par semaine et plus. Conformément aux critères du DEBA-D, seul ce participant était jugé à risque quant à sa consommation d'hallucinogènes durant la période précédant la lésion.

Pour la consommation de cocaïne, 4,7% (n=4) des participants avaient fait usage de cette drogue avant leur lésion. Parmi ceux-ci, deux participants avaient consommé à une fréquence égale à la catégorie «une à trois fois par mois » et un à une fréquence égale à la catégorie «trois fois par semaine et plus ». Conformément aux critères du DEBA-D sur la consommation de cocaïne qui considère à risque une consommation égale ou supérieure à la catégorie « une à trois fois par mois », 75,0% (n=3) de ces participants consommateurs de cocaïne étaient à risque de développer des problèmes liés à leur consommation durant l'année précédant leur lésion médullaire.

Pour la consommation d'autres stimulants, 4,7% (n=4) des participants avaient fait usage de ces drogues dans l'année précédant leur lésion médullaire. De ce nombre, 50,0% (n=2) en avaient fait usage à une fréquence égale ou supérieure à la catégorie « une à deux fois par semaine ». Conformément à la classification du DEBA-D sur les autres stimulants qui considère à risque une fréquence égale ou supérieure à la catégorie « une à trois fois par mois », ces deux participants étaient à risque de développer des problèmes liés à leur consommation.

Pour la consommation d'inhalants, 3,5% (n=3) des participants avaient fait usage de ces drogues dans l'année précédant leur lésion médullaire et deux en avait consommé à fréquence égale à la catégorie « trois fois par semaine et plus ». Conformément aux critères du DEBA-D qui considère à risque une consommation d'inhalants égale ou supérieure à la catégorie « une à trois fois par mois », ce trois participants se trouvaient à risque de

Tableau 3.6

Fréquence de la consommation de drogues illicites et types de consommateurs durant la période précédant la lésion médullaire

	Fréquence (N)	Pourcentage (%)
Fréquence de l'usage de drogues illicites		
Cannabis		
Jamais	61	71,8
Moins d'une fois par mois	9	10,6
Une à trois fois par mois	4	4,7
Une à deux fois par semaine	1	1,2
Trois fois par semaine et plus	10	11,7
Hallucinogènes		
Jamais	81	95,3
Moins d'une fois par mois	3	3,5
Une à trois fois par mois	0	0,0
Une à deux fois par semaine	0	0,0
Trois fois par semaine et plus	1	1,2
Cocaïne		
Jamais	81	95,3
Moins d'une fois par mois	1	1,2
Une à trois fois par mois	1	1,2
Une à deux fois par semaine	0	0,0
Trois fois par semaine et plus	2	2,3
Autres stimulants		
Jamais	81	95,3
Moins d'une fois par mois	2	2,3
Une à trois fois par mois	0	0
Une à deux fois par semaine	1	1,2
Trois fois par semaine et plus	1	1,2
Inhalants		
Jamais	82	96,5
Moins d'une fois par mois	1	1,2
Une à trois fois par mois	0	0,0
Une à deux fois par semaine	0	0,0
Trois fois par semaine et plus	2	2,3
Types de consommateurs selon le DEBA-D (n=85)		
Groupe à faible risque		
Abstinent	58	68,2
Faible risque	14	16,5
Groupe à haut risque		
À risque	6	7,1
Problématique, abusif ou dépendant	7	8,2

développer des problèmes liés à leur consommation dans l'année précédant leur lésion médullaire.

Sur la base de ces données de consommations de drogues illicites mensuelles, hebdomadaires et quotidiennes, de même que sur la base des critères du DEBA-D (tableau 3.6), 68,2% (n=58) des participants LM étaient classifiés comme abstinents, 16,5% (n=14) comme des consommateurs à faible risque, 7,1% (n=6) comme des consommateurs à risque et 8,2% (n=7) étaient des consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants lors de la période précédant la lésion médullaire. Dans cette dernière catégorie, l'ensemble des participants présentait une problématique de consommation associée au cannabis.

3.2.2 Prévalence de la consommation de drogues illicites durant la période de réadaptation fonctionnelle

Lors de la période de réadaptation fonctionnelle, 16,5% des participants (n=14) ont déclaré avoir fait usage d'une ou plusieurs drogues illicites. Parmi l'ensemble des participants, 16,5% (n=14) avaient consommé du cannabis, 2,4% (n=2) des stimulants autres que la cocaïne, 1,2% (n=1) de la cocaïne et 1,2% (n=1) des hallucinogènes (tableau 3.7). Aucun participant n'avait consommé d'opiacés de manière illicite, mais une proportion considérable mentionnait avoir consommé des opiacés de manière licite à la suite d'une prescription médicale. En effet, 23,5% des participants mentionnaient avoir reçu une prescription d'opiacés/analgésiques au cours de cette période. À noter que seul un participant (1,2%) mentionnait avoir dépassé la posologie de sa prescription d'opiacés/analgésiques lors de cette période.

Tel qu'illustré au tableau 3.7, 16,5% (n=14) des participants avaient fait usage de cannabis. La moitié de ces participants en avait fait usage à une fréquence égale ou supérieure à la catégorie « une à deux fois par semaine ». Sachant que ce niveau de consommation est à risque selon le DEBA-D, 50,0% des participants consommateurs de cannabis étaient à risque de développer des problèmes liés à leur consommation durant leur réadaptation fonctionnelle.

Tableau 3.7

Fréquence de la consommation de drogues illicites et types de consommateurs
durant la période de réadaptation fonctionnelle

	Fréquence (N)	Pourcentage (%)
Fréquence de l'usage de drogues illicites		
Cannabis		
Jamais	71	83,5
Moins d'une fois par mois	4	4,7
Une à trois fois par mois	3	3,5
Une à deux fois par semaine	2	2,4
Trois fois par semaine et plus	5	5,9
Hallucinogènes		
Jamais	84	98,8
Moins d'une fois par mois	1	1,2
Une à trois fois par mois	0	0,0
Une à deux fois par semaine	0	0,0
Trois fois par semaine et plus	0	0,0
Cocaïne		
Jamais	84	98,8
Moins d'une fois par mois	0	0,0
Une à trois fois par mois	0	0,0
Une à deux fois par semaine	0	0,0
Trois fois par semaine et plus	1	1,2
Autres stimulants		
Jamais	83	97,6
Moins d'une fois par mois	2	2,4
Une à trois fois par mois	0	0,0
Une à deux fois par semaine	0	0,0
Trois fois par semaine et plus	0	0,0
Types de consommateurs selon le DEBA-D (n=85)		
Groupe à faible risque		
Abstinent	71	83,5
Faible risque	6	7,1
Groupe à haut risque		
À risque	3	3,5
Problématique, abusif ou dépendant	5	5,9

Pour l'usage de stimulants autres que la cocaïne, 2,4% (n=2) des participants LM en avaient consommé au cours de la période de réadaptation fonctionnelle à fréquence égale à la catégorie « moins d'une fois par mois », ne constituant pas une consommation à risque selon les critères du DÉBA-D.

Pour l'usage de cocaïne, 1,2% (n=1) des participants en avait consommé durant la période de réadaptation fonctionnelle à une fréquence égale à la catégorie « trois fois par semaine et plus », ce qui constitue une consommation à risque selon le DÉBA-D.

Pour l'usage d'hallucinogènes, 1,2% (n=1) des participants en avait consommé durant leur réadaptation fonctionnelle, mais à une fréquence égale à la catégorie « moins d'une fois par mois », ce qui ne constitue pas une consommation à risque selon les critères du DEBA-D.

Sur la base de ces données de consommations de drogues illicites mensuelles, hebdomadaires de même que quotidiennes et sur la base des critères du DEBA-D (tableau 3.7), 83,5% (n=71) des participants LM étaient classifiés comme abstinents, 7,1% (n=6) comme des consommateurs à faible risque, 3,5% (n=3) comme des consommateurs à risque et 5,9% (n=5) étaient des consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants lors de la période de réadaptation fonctionnelle. La principale substance associée au problème de consommation de drogues illicites durant la période de réadaptation fonctionnelle était le cannabis.

3.2.3 Prévalence de la consommation de drogues illicites au retour à domicile

Lors de la dernière année depuis leur retour à domicile, 22,3% (n=19) des personnes LM avaient fait usage d'au moins une drogue illicite (tableau 3.8). Parmi l'ensemble des participants, 18,8% (n=16) avaient consommé du cannabis, 3,6% (n=3) de la cocaïne, 3,6% (n=3) d'autres stimulants et 1,2% (n=1) des hallucinogènes. Tel que noté lors de la période de réadaptation fonctionnelle, aucun des participants n'avait fait usage d'opiacés de manière illicite. Toutefois, certains participants en avaient fait usage de manière licite à la suite d'une

Tableau 3.8

Fréquence de la consommation de drogues illicites et types de consommateurs dans la dernière année depuis le retour à domicile

	Fréquence (N)	Pourcentage (%)
Fréquence de l'usage de drogues illicites		
Cannabis		
Jamais	69	81,2
Moins d'une fois par mois	6	7,1
Une à trois fois par mois	2	2,3
Une à deux fois par semaine	1	1,2
Trois fois par semaine et plus	7	8,2
Cocaïne		
Jamais	82	96,5
Moins d'une fois par mois	3	3,5
Une à trois fois par mois	0	0,0
Une à deux fois par semaine	0	0,0
Trois fois par semaine et plus	0	0,0
Autres stimulants		
Jamais	82	96,4
Moins d'une fois par mois	1	1,2
Une à trois fois par mois	1	1,2
Une à deux fois par semaine	1	1,2
Trois fois par semaine et plus	0	0,0
Hallucinogènes		
Jamais	84	98,8
Moins d'une fois par mois	1	1,2
Une à trois fois par mois	0	0,0
Une à deux fois par semaine	0	0,0
Trois fois par semaine et plus	0	0,0
Types de consommateurs selon DEBA-D (n=85)		
Groupe à faible risque		
Abstinent	66	77,6
Faible risque	9	10,6
Groupe à haut risque		
À risque	5	5,9
Problématique, abusif ou dépendant	5	5,9

prescription médicale. En effet, 12,9% (n=11) des participants auraient reçu une prescription d'opiacés/analgésiques au cours de cette période. À noter que seul un participant (1,2%) mentionnait avoir dépassé la posologie de ces médicaments analgésiques dans la dernière année depuis son retour à domicile.

Tel qu'illustré au tableau 3.8, 18,8% (n=16) des participants avaient fait usage de cannabis lors de la dernière année depuis leur retour à domicile. Parmi ceux-ci, 50,0% en avaient consommé à fréquence égale ou supérieure à la catégorie «une à deux fois par semaine », ce qui constitue un niveau de consommation à risque selon les critères du DEBA-D.

Pour l'usage de cocaïne, 3,5% (n=3) des participants en avaient consommé lors de la dernière année depuis leur retour à domicile à une fréquence égale à la catégorie «moins d'une fois par mois », ce qui ne constitue pas une consommation à risque selon les critères du DEBA-D.

Pour la consommation d'autres stimulants, 3,5% (n=3) des participants en avaient consommé lors de la dernière année depuis leur retour à domicile. Parmi ceux-ci, 66,7% (n=2) en avaient consommé à une fréquence égale ou supérieure à la catégorie « une à trois fois par mois », ce qui constitue une consommation à risque pour le développement de problèmes liés à la consommation de drogues selon les critères du DEBA-D.

Pour la consommation d'hallucinogènes, 1,2% (n=1) des participants en avait consommé dans la dernière année depuis leur retour à domicile à fréquence égale à la catégorie «moins d'une fois par mois », ce qui ne constitue pas un usage à risque selon les critères du DEBA-D.

Sur la base de ces données de consommations de drogues illicites mensuelles, hebdomadaires de même que quotidiennes et sur la base des critères du DEBA-D (tableau 3.8), 77,6% (n=66) des participants LM étaient classifiés comme abstinents, 10,6% (n=9) comme des consommateurs à faible risque, 5,9% (n=5) comme des consommateurs à risque

et 5,9% (n=5) étaient des consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants lors de la période de la dernière année depuis le retour à domicile. La principale substance associée aux problèmes de consommation de drogues illicites durant la dernière année depuis le retour à domicile était le cannabis.

3.2.4 Trajectoire de la consommation de drogues illicites

La section précédente évaluait la prévalence de la consommation de drogues illicites en fonction de la fréquence de consommation et des types de consommateurs pour la période précédant la lésion médullaire, la période de réadaptation fonctionnelle et celle du retour à domicile. La présente section tentera, quant à elle, d'établir des liens entre les diverses périodes. Pour ce faire, le test non paramétrique Q de Cochran était utilisé afin de vérifier l'évolution de la consommation pour l'ensemble de consommateurs et des périodes de réadaptation. En cas de résultats significatifs, des tests non paramétriques McNemar étaient réalisés afin de comparer la trajectoire des consommateurs de drogues illicites à travers les périodes de réadaptation et de retour à domicile. Ces analyses permettaient de rendre compte du maintien, de l'augmentation ou de la diminution de la consommation de drogues d'une période de réadaptation à l'autre. À noter que, comme pour l'analyse précédente sur la consommation d'alcool, les effectifs trop restreints pour certains types de consommateurs nous ont amené à les regrouper en deux groupes de consommateurs, un classifié à faible risque (abstinents, faible risque) et l'autre à haut risque (à risque, problématique, abusif et dépendant).

Tableau 3.9

Trajectoire de la consommation de drogues illicites selon les périodes de réadaptation

Périodes	Faible risque	Haut risque
Avant la lésion	72 (84,7%)	13 (15,3%)
Réadaptation fonctionnelle	77 (90,6%)	8 (9,4%)
Retour à domicile	75 (88,2%)	10 (11,8%)

Le tableau 3.9 rend compte de cette classification globale. Il montre que le nombre de consommateurs à faible ou à haut risque change peu de la période précédant la lésion médullaire à celle du retour à domicile, ce qui est confirmé par l'analyse de Cochran qui affiche un résultat non significatif (Q Cochran : 2,71; $p > 0,05$).

3.2.4.1 Trajectoire des consommateurs de drogues illicites entre les périodes précédant la lésion, de réadaptation fonctionnelle et de retour à domicile

Comme les résultats précédents affichaient un test non significatif de Cochran, aucun test a posteriori de McNemar ne pouvait être réalisé. La distribution descriptive des données ainsi illustrée au tableau 3.10 montre des diagonales sans changement significatif de trajectoire entre les périodes de réadaptation.

Tableau 3.10

Liens entre les périodes de réadaptation et types de consommateurs de drogues

Avant lésion	Réadaptation fonctionnelle			Réadaptation fonctionnelle	Retour domicile		
	Faible risque	Haut risque	Total		Faible risque	Haut risque	Total
Faible risque	71 (83,5%)	1 (1,2%)	72 (84,7%)	Faible risque	72 (84,7%)	5 (5,9%)	77 (90,6%)
Haut risque	6 (7,1%)	7 (8,2%)	13 (15,3%)	Haut risque	3 (3,5%)	5 (5,9%)	8 (9,4%)
Total	77 (90,6%)	8 (9,4%)	85 (100%)	Total	75 (88,2%)	10 (11,8%)	85 (100%)
				Avant lésion	Faible risque	Haut risque	Total
				Faible risque	67 (78,8%)	5 (5,9%)	72 (84,7%)
				Haut risque	8 (9,4%)	5 (5,9%)	13 (15,3%)
				Total	75 (88,2%)	10 (11,8%)	85 (100%)

3.3 Prévalence et trajectoire de l'usage de médicaments psychotropes prescrits chez les personnes LM selon les périodes pré- et post-lésion

Tel que mentionné précédemment dans la section méthodologie, le questionnaire DEBA-Drogues ne considère que l'usage de médicaments sédatifs (anxiolytiques, hypnotiques et barbituriques) (Tremblay et al., 2001). Cependant, les personnes LM reçoivent également des prescriptions d'autres médicaments psychotropes dont les effets secondaires sont notables, si bien que les résultats obtenus à l'aide du questionnaire DEBA-Drogues sur ces médicaments seront suivis d'une description des autres médicaments psychotropes prescrits aux dossiers comme les antidépresseurs, les antipsychotiques et les opiacés prescrits.

3.3.1 Prévalence de la consommation de médicaments sédatifs durant la période précédant la lésion (selon le DEBA-D).

Au cours des 12 mois précédant la lésion médullaire, 96,5% (n=82) des personnes LM mentionnaient ne pas avoir fait usage de médicaments sédatifs. Pour ceux en ayant fait usage, la consommation décrite était à une fréquence de trois fois par semaine et plus. Une seule personne mentionnait avoir dépassé la posologie prescrite

Tableau 3.11

Fréquence de la consommation de médicaments sédatifs et types de consommateurs lors de la période précédant la lésion

	Fréquence (N)	Pourcentage (%)
Fréquence de l'usage de médicaments sédatifs		
Jamais	82	96,5
Moins d'une fois par mois	0	0,0
Une à trois fois par mois	0	0,0
Une à deux fois par semaine	0	0,0
Trois fois par semaine et plus	3	3,5
Types de consommateurs selon DEBA-A (n=85)		
Groupe à faible risque		
Abstinent	82	96,5
Faible risque	2	2,4
Groupe à haut risque		
À risque	0	0,0
Problématique, abusif ou dépendant	1	1,1

Sur la base des critères du DEBA-D et selon les informations rapportées au tableau 3.11, 96,4% (n=82) des individus LM étaient ainsi classifiés comme abstinents, 2,4% (n=2) comme des consommateurs à faible risque et 1,1% (n=1) comme des consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants lors de la période précédant la lésion médullaire.

3.3.2 Prévalence de la consommation de médicaments sédatifs pendant la période de réadaptation fonctionnelle (selon le DEBA-D)

Lors de la période de réadaptation fonctionnelle, 83,5% (n=71) des personnes LM n'avaient pas fait usage d'une médication sédatrice. Pour ceux en ayant fait usage, la consommation décrite était à une fréquence de trois fois par semaine et plus. Deux personnes mentionnaient avoir dépassé la posologie recommandée de leur médication sédatrice au cours de cette période.

Tableau 3.12

Fréquence de la consommation de médicaments sédatifs et types de consommateurs lors de la période de réadaptation fonctionnelle

	Fréquence (N)	Pourcentage (%)
Fréquence de l'usage de médicaments sédatifs		
Jamais	71	83,5
Moins d'une fois par mois	0	0,0
Une à trois fois par mois	0	0,0
Une à deux fois par semaine	0	0,0
Trois fois par semaine et plus	14	16,5
Types de consommateurs selon DEBA-A (n=85)		
Groupe à faible risque		
Abstinent	71	83,5
Faible risque	12	14,1
Groupe à haut risque		
À risque	0	0,0
Problématique, abusif ou dépendant	2	2,4

Sur la base des critères du DEBA-D et selon les informations rapportées au tableau 3.12, 83,5% (n=71) des personnes LM étaient ainsi classifiées comme abstinentes, 14,1%

(n=12) comme des consommateurs à faible risque et 2,4% (n=2) comme des consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants lors de la phase de réadaptation fonctionnelle.

3.3.3 Prévalence de la consommation de médicaments sédatifs lors de la période du retour à domicile (Selon le DEBA-D)

Les résultats montrent que, lors de la dernière année depuis leur retour à domicile, 94,1% (n=80) des personnes LM n'avaient pas fait usage de médicaments sédatifs. Pour ceux en ayant fait usage, la consommation décrite était à une fréquence de trois fois par semaine et plus. Une seule personne mentionnait avoir dépassé la posologie recommandée lors de cette période.

Tableau 3.13

Fréquence de la consommation de médicaments sédatifs et types de consommateurs lors de la dernière année depuis le retour à domicile

	Fréquence (N)	Pourcentage (%)
Fréquence de l'usage de médicaments sédatifs		
Jamais	80	94,1
Moins d'une fois par mois	0	0,0
Une à trois fois par mois	0	0,0
Une à deux fois par semaine	0	0,0
Trois fois par semaine et plus	5	5,9
Types de consommateurs selon DEBA-A (n=85)		
Groupe à faible risque		
Abstinent	80	94,1
Faible risque	4	4,7
Groupe à haut risque		
À risque	0	0,0
Problématique, abusif ou dépendant	1	1,2

Sur la base des critères du DEBA-D et tel que rapporté au tableau 3.13, 94,1% (n=80) des personnes LM étaient ainsi classifiées comme abstinentes, 4,7% (n=4) comme des consommateurs à faible risque et 1,2% (n=1) étaient des consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants lors de la phase du retour à domicile.

3.3.4 Trajectoire de la consommation de médicaments sédatifs

Les sections précédentes sur l'usage d'alcool et de drogues illicites avaient établi des liens entre les périodes de réadaptation à l'aide du test non paramétrique Q de Cochran, de même que le test non paramétrique de McNemar. En ce qui concerne l'usage de médicaments sédatifs, ces analyses s'avéraient impossibles en raison du faible nombre de participants dans les cellules de consommation à haut risque. En effet, seul un ou parfois deux participants se trouvaient dans ces cellules, ce qui ne permettait pas d'obtenir une variance suffisante pour compléter les analyses (tableau 3.14).

Tableau 3.14

Liens entre les périodes de réadaptation et types de consommateurs de médicaments sédatifs

Avant lésion	Réadaptation fonctionnelle			Réadaptation fonctionnelle	Retour domicile		
	Faible risque	Haut risque	Total		Faible risque	Haut risque	Total
Faible risque	83 (97,6%)	1 (1,2%)	84 (98,8%)	Faible risque	83 (97,6%)	0 (0,0%)	83 (97,6%)
Haut risque	0 (0,0%)	1 (1,2%)	1 (1,2%)	Haut risque	1 (1,2%)	1 (1,2%)	2 (2,4%)
Total	83 (97,6%)	2 (2,4%)	85 (100%)	Total	84 (98,8%)	1 (1,2%)	85 (100%)
				Avant lésion	Faible risque	Haut risque	Total
				Faible risque	84 (98,8%)	0 (0,0%)	84 (98,8%)
				Haut risque	0 (0,0%)	1 (1,2%)	1 (1,2%)
				Total	84 (98,8%)	1 (1,2%)	85 (100%)

Les analyses néanmoins tentées à titre d'exemple n'ont révélé comme prévu aucun résultat significatif entre les périodes de réadaptation pour l'usage de médicaments sédatifs (Q de Cochran = 2,0; p= 0,37).

3.3.5 Médicaments prescrits et inscrits au dossier des participants

En raison de l'absence de résultat significatif à l'aide du questionnaire DEBA-D qui ne considère que les médicaments sédatifs, et sachant que les participants LM font usage d'autres médicaments pouvant agir sur le système nerveux central, une investigation des médicaments prescrits (opiacés, sédatifs, antidépresseurs, antipsychotiques) au dossier médical lors de la période de réadaptation fonctionnelle et du retour à domicile était effectuée. Bien que la liste des médicaments psychotropes contenus au dossier ne permette pas de rendre compte d'un abus ou d'une dépendance, nous souhaitons en explorer l'usage ne serait-ce que pour souligner l'exposition parfois massive des personnes LM à un nombre important de médicaments.

3.3.5.1 Médicaments prescrits et inscrits au dossier des participants lors de la période de réadaptation fonctionnelle

Considérant les informations contenues au dossier médical, 95,3% (n=81) des personnes LM avaient au moins une prescription de médicament (toute prescription confondue) au moment de leur réadaptation fonctionnelle. Parmi celles-ci, 2,5% (n=2) avaient un seul médicament prescrit, 27,2% (n=22) avaient deux à cinq médicaments prescrits, 48,1% (n=39) avaient six à dix médicaments prescrits, et 22,2% (n=18) avaient plus de 11 médicaments prescrits. Ainsi, un nombre moyen de 8,08 médicaments (é.t.=4,22) étaient prescrits aux participants lors de la période de réadaptation fonctionnelle.

L'ensemble des médicaments prescrits étaient alors répartis selon quatre catégories (tableau 3.15) soit les médicaments sédatifs (anxiolytiques, hypnotique, barbiturique), les médicaments psychothérapeutiques (antidépresseurs, antipsychotiques et stabilisateur de l'humeur), les opiacés et les médicaments non psychotropes (ex : problèmes de santé physique, spasticité, infections bactériennes, hyperactivité vésicale).

Tel qu'illustré au tableau 3.15, 37,6% (n=32) des participants LM avaient reçu une prescription de sédatifs lors de leur réadaptation fonctionnelle, 23,5% (n=20) avaient reçu des

médicaments psychothérapeutiques, 36,5% (n=30) des opiacés et 89,4% (n=76) tout autre médicament non psychotrope¹⁵.

Tableau 3.15

Prévalence des médicaments prescrits et inscrits au dossier des participants LM au moment de leur réadaptation fonctionnelle

	Fréquence	Pourcentage
Sédatifs	32	37,6
- Anxiolytique seulement	26	30,5
- Hypnotique seulement	4	4,7
- Anxiolytique et hypnotique	2	2,4
- Barbituriques	0	0
Médicaments psychothérapeutiques	20	23,5
- Antidépresseurs	19	22,3
- Antipsychotiques	1	1,2
- Stabilisateur de l'humeur	0	0
Opiacés prescrits	31	36,5
Autres médicaments non psychotropes	76	89,4

En ce qui concerne l'usage de médicaments sédatifs (37,6%; n=32) prescrits au dossier médical, la majorité des participants avait fait usage d'au moins un anxiolytique (30,5%; n=26). Une plus faible proportion avait fait usage d'au moins un hypnotique (4,7%; n=4) ou d'un anxiolytique et d'un hypnotique à la fois (2,4%; n=2). Aucune prescription de barbituriques n'était inscrite au dossier des participants lors de la réadaptation fonctionnelle. Lorsque ces résultats étaient comparés à ceux du questionnaire DEBA-D, on observait que 37,5% (n=30) des participants LM avaient reçu une prescription d'un médicament sédatif tel

¹⁵ Étant donné que la catégorie « autres médicaments non psychotropes » rend compte d'un ensemble de médicaments associé ou non à la lésion médullaire et à faible potentiel d'abus (ex : laxatifs, médications pour le cholestérol, les infections bactériennes, reflux gastriques, antispasmodiques, hyperactivité vésicale...), cette catégorie ne sera pas développée dans les prochaines analyses. Bien que les médicaments psychothérapeutiques (antidépresseurs, antipsychotiques, stabilisateurs de l'humeur) ne soient pas reconnus pour leur potentiel d'abus (généralement ces médicaments présentent plusieurs des effets secondaires indésirés), nous les avons inclus dans les analyses en raison du fait que ces médicaments agissent sur le fonctionnement mental de l'individu.

qu’inscrit au dossier médical durant la réadaptation fonctionnelle, alors que seulement 17,6% (n=15) mentionnaient en avoir fait usage durant cette période.

En ce qui concerne l’usage de médicaments psychothérapeutiques, le tableau 3.15 révèle que 23,5% (n=20) des participants LM avaient fait usage de ce type de médicaments lors de la période de réadaptation fonctionnelle. Plus précisément, 22,3% (n=20) avaient reçu une prescription d’antidépresseurs et 1,2% (n=1) d’antipsychotiques. Aucun des participants n’avait eu une prescription de stabilisateur de l’humeur tel que le lithium.

En ce qui concerne les opiacés prescrits, 36,5% (n=31) des participants LM avaient eu une prescription d’opiacés au dossier médical lors de la période de réadaptation fonctionnelle. Lorsque ces résultats sont comparés à ceux du questionnaire DEBA-D, on observait que 36,5% (n=31) des participants LM avaient eu une prescription d’opiacées durant la réadaptation fonctionnelle alors que seulement 23,5% (n=20) mentionnaient en avoir fait usage au cours de cette période.

Sachant que la prise de plusieurs médications peut engendrer des effets secondaires, le tableau 3.16 rend compte de l’usage des diverses catégories de médicaments prises simultanément.

Tableau 3.16

Usage combiné des divers médicaments psychotropes prescrits en réadaptation fonctionnelle

		Médicaments psychothérapeutiques	
		Oui	Non
Opiacés	Sédatifs		
	Oui	2 (2,4)	10 (11,8)
	Non	7 (8,2)	12 (14,1)
Non	Oui	3 (3,5)	17 (20,0)
	Non	7 (8,2)	27 (31,8)

Le tableau 3.16 montre ainsi que 31,8% (n=27) des participants n'avaient reçu aucune prescription de sédatifs, médicaments psychothérapeutiques ou opiacés lors de la période de réadaptation fonctionnelle. Inversement, 42,3% (n=36) avaient reçu un médicament prescrit, 23,5% (n=20) avaient reçu deux médicaments prescrits et 2,4% (n=2) avaient reçu trois médicaments prescrits simultanément.

3.3.5.2 Médicaments prescrits et inscrits au dossier des participants lors de la période du retour à domicile

Considérant les informations contenues au dossier médical, 85,9% (n=73) des personnes LM avaient reçu au moins un médicament prescrit (toute prescription confondue) au cours de la période de retour à domicile. Parmi celles-ci, 7,1% (n=6) avaient reçu un seul médicament, 44,7% (n=38) avaient reçu deux à cinq médicaments prescrits, 18,9% (n=16) avaient reçu six à dix médicaments prescrits alors que 15,4% (n=15) avaient plus de 11 médicaments prescrits. Ainsi, un nombre moyen de 5,8 médicaments (é.t.= 4,4) étaient prescrits aux participants lors de la période du retour à domicile.

Tel que présenté précédemment, l'ensemble des médicaments des participants étaient répartis selon quatre catégories soit les sédatifs (anxiolytiques, hypnotique, barbiturique), les médicaments psychothérapeutiques (antidépresseurs, antipsychotiques et stabilisateur de l'humeur), les opiacés prescrits de même que tout autre médicament non psychotrope (ex : problèmes de santé physique).

Selon le tableau 3.17, 11,8% (n=10) des participants LM avait reçu une prescription de sédatifs pour leur retour à domicile, 22,4% (n=19) avaient reçu une prescription de médicaments psychothérapeutiques, 24,7% (n=21) d'opiacés et 84,7% (n=72) de tout autre médicament non psychotrope.

En ce qui concerne l'usage de médicaments sédatifs (11,8%; n=10) inscrits au dossier médical, la majorité avait fait usage d'au moins un anxiolytique (8,2%; n=7). Une plus faible proportion avait fait usage d'au moins un hypnotique (2,4%; n=2) ou d'un anxiolytique et d'un hypnotique simultanément (1,2%; n=1). Aucune prescription de barbiturique n'était

inscrite au dossier médical des participants pour le retour à domicile. Lorsque ces résultats étaient comparés à ceux du questionnaire DEBA-D, on observait que 11,8% (n=10) des participants LM avaient reçu une prescription de médicament sédatif lors de la période de réadaptation fonctionnelle alors que seulement 5,8% (n=5) mentionnaient en avoir fait usage au cours de cette période (DÉBA-D).

Tableau 3.17

Prévalence des médicaments prescrits et inscrits au dossier des participants LM lors de leur retour à domicile

	Fréquence	Pourcentage
Sédatifs	10	11,8
- Anxiolytique seulement	7	8,2
- Hypnotique seulement	2	2,4
- Anxiolytique et hypnotique	1	1,2
- Barbituriques	0	0,0
Médicaments psychothérapeutiques	19	22,4
- Antidépresseurs	19	22,4
- Antipsychotiques	0	0,0
- Stabilisateur de l'humeur	0	0,0
Opiacés prescrits	21	24,7
Autres médicaments non psychotropes	72	84,7

En ce qui concerne l'usage de médicaments psychothérapeutique, le tableau 3.17 révèle que 22,4% (n=19) des participants LM avaient fait usage de ce type de médicaments depuis leur retour à domicile. L'ensemble de ces participants avait reçu des prescriptions d'antidépresseurs. Aucun des participants n'avait par ailleurs reçu de prescription d'antipsychotiques ou de stabilisateur de l'humeur.

Finalement, en ce qui concerne les opiacés prescrits, 24,7% (n=21) des participants LM avaient reçu une prescription d'opiacés tel qu'inscrit à leur dossier pour leur retour à domicile. Lorsque ces résultats étaient comparés à ceux du questionnaire DEBA-D, on observait que 24,7 (n=21) des participants LM avaient reçu une prescription d'opiacés pour

leur retour à domicile alors que seulement 12,9% (n=11) mentionnaient en avoir fait usage au cours de cette période (DÉBA-D).

Sachant que la prise de plusieurs médicaments peut avoir des effets secondaires, le tableau 3.18 rend compte de l'usage des diverses catégories de médicaments prises simultanément.

Tableau 3.18

Usage combiné des divers médicaments psychotropes prescrits au retour à domicile

		Antidépresseurs	
		Oui	Non
Opiacés	Sédatifs		
Oui	Oui	1 (1,2)	4 (4,7)
	Non	4 (4,7)	12 (14,1)
Non	Oui	2 (2,4)	3 (3,5)
	Non	12 (14,1)	47 (55,3)

Le tableau 3.18 montre ainsi que 55,3% (n=47) des participants n'avaient reçu aucune prescription de sédatif, de médicaments psychothérapeutiques ou opiacé lors de la période du retour à domicile. Inversement, 31,7% (n=27) avaient reçu un des médicaments prescrits, 11,8% (n=10) avaient reçu deux de ces médicaments prescrits et 1,2% (n=1) des participants avaient reçu trois de ces médicaments prescrits simultanément.

3.4. Facteurs de risque de la consommation d'alcool et de drogues chez les personnes LM

Les analyses de prévalence et de trajectoires de la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes prescrits ayant été présentées, les divers facteurs psychologiques, sociaux et médicaux pouvant affecter l'évolution de la consommation seront maintenant exposés. Pour ce faire, des analyses descriptives pour chacun des facteurs étaient d'abord réalisées, suivies d'analyses de régression logistique afin de rendre compte des

facteurs prédictifs de la consommation de SPA lors des périodes post-lésionnelles. À noter que pour ces dernières analyses, la consommation précédant la lésion était considérée comme facteur prédictif (plutôt que comme variable dépendante) de la consommation à haut risque de SPA durant les périodes de réadaptation et de retour à domicile, et que les consommations avant et durant la période de réadaptation fonctionnelle étaient intégrées comme facteurs prédictifs de la consommation à haut risque de SPA au retour à domicile.

3.4.1 Les troubles de l'humeur, anxieux et somatoformes

Les résultats obtenus grâce à l'entrevue clinique structurée selon le DSM-IV, Axe I (SCID-I) indiquent que plusieurs participants LM souffraient lors de l'entrevue ou avaient déjà souffert par le passé, d'un trouble dépressif majeur ou d'un trouble anxieux. À noter qu'aucun des participants LM ne répondait aux critères diagnostiques des troubles somatoformes (trouble somatoforme douloureux, trouble somatoforme indifférencié, hypocondrie, dysmorphophobie).

3.4.1.1 Le trouble dépressif majeur

Les résultats montrent que 4,7% (n=4) des participants LM avaient souffert d'une dépression majeure au cours des trente jours précédant l'entrevue. Ce taux s'élève à 37,6% (n=32) si la présence d'au moins un épisode dépressif majeur par le passé est considérée.

En tenant compte du genre, 5,0% (n=1) des femmes et 4,6% (n=3) des hommes LM de l'étude répondaient aux critères diagnostiques d'une dépression majeure à l'heure actuelle, alors que 40,0% (n=8) des femmes et 36,9% (n=24) des hommes répondaient aux critères diagnostiques d'une dépression majeure par le passé.

3.4.1.2 Les troubles anxieux

Les troubles anxieux retenus dans le cadre de cette recherche étaient le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel compulsif, l'état de stress post-traumatique de même que le trouble d'anxiété généralisée.

Dans l'ensemble, 29,4% (n=25) des individus LM avaient déjà eu au moins un trouble anxieux au cours de leur vie. Parmi ceux-ci, 72,0% (n=18) avaient eu un seul trouble, 16,0% (n=4) en avaient eu deux et 12,0% (n=3) avaient eu trois troubles anxieux différents au cours de leur vie.

En se rapportant aux résultats du tableau 3.19, un seul participant LM (1,2%) avait eu un trouble panique (comorbide à un trouble agoraphobique) dans les trente jours précédant l'entrevue et deux (2,4%) avaient eu ce trouble par le passé.

Tableau 3.19

Fréquences actuelles et passées des troubles anxieux chez les participants LM

	Fréquence actuelle n (%)	Fréquence passée n (%)
Trouble panique	1 (1,2)	2 (2,4)
Agoraphobie	2 (2,4)	2 (2,4)
Phobie sociale	5 (5,9)	5 (5,9)
Phobie spécifique	9 (10,6)	13 (15,3)
Trouble obsessionnel-compulsif	2 (2,4)	0 (0,0)
Trouble de stress post-traumatique	0 (0,0)	5 (5,9)
Trouble d'anxiété généralisée	4 (4,7)	1 (1,2)

En ce qui concerne le trouble agoraphobique, 2,4% (n=2) de l'ensemble des participants LM répondaient aux critères diagnostiques de ce trouble durant les trente jours précédant l'entrevue et une proportion identique y répondait par le passé.

En ce qui concerne la phobie sociale, 5,9% (n=5) de l'ensemble des participants LM répondaient aux critères diagnostiques de ce trouble autant pour la période actuelle que dans le passé.

En ce qui concerne la phobie spécifique, 10,6% (n=9) des participants LM répondaient aux critères diagnostiques de ce trouble pour la période actuelle, alors que 15,3% (n=13) de l'ensemble des participants répondaient aux critères pour ce trouble par le passé. À noter que les thèmes des phobies étaient reliés aux animaux, au sang, aux piqûres et aux injections et autres situations comme les ascenseurs et les hauteurs.

En ce qui concerne le trouble obsessionnel-compulsif, 2,4% (n=2) des participants LM répondaient aux critères diagnostiques de ce trouble pour la période actuelle. Aucun participant ne répondait aux critères dans le passé.

En ce qui concerne le trouble de stress post-traumatique, aucun participant ne répondait aux critères diagnostiques de ce trouble pour la période actuelle, alors que 5,9% (n=5) des participants avaient souffert de ce trouble par le passé.

En ce qui concerne le trouble d'anxiété généralisée, 4,7% (n=4) des participants LM répondaient aux critères diagnostiques de ce trouble pour la période actuelle, alors qu'un seul (1,2%) avait déjà eu ce trouble par le passé.

3.4.2 Les troubles de la personnalité

Les résultats obtenus grâce à l'entrevue clinique structurée selon le DSM-IV- Axe II (SCID-II), montrent que près du cinquième (18,8%; n=16) des participants LM répondaient aux critères diagnostiques d'au moins un trouble de personnalité au moment de l'entrevue. Parmi ceux-ci, 62,5% (n=10) présentaient un trouble de personnalité, 31,3% (n=5) présentaient deux troubles de personnalité et 6,2% (n=1) présentaient trois troubles de personnalité. La figure 3.1 rend compte de la prévalence des troubles de personnalité chez les participants LM et ce, au moment de l'entrevue.

Les résultats montrent que les troubles de la personnalité les plus fréquents chez les participants LM sont le trouble de personnalité antisociale (11,7%; n=10), ainsi que le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive (10,6%; n=9). Les autres troubles observés chez les

participants LM sont les trouble de personnalité narcissique (2,4%; n=2), évitante (1,2%; n=1) et paranoïaque (1,2%; n=1).

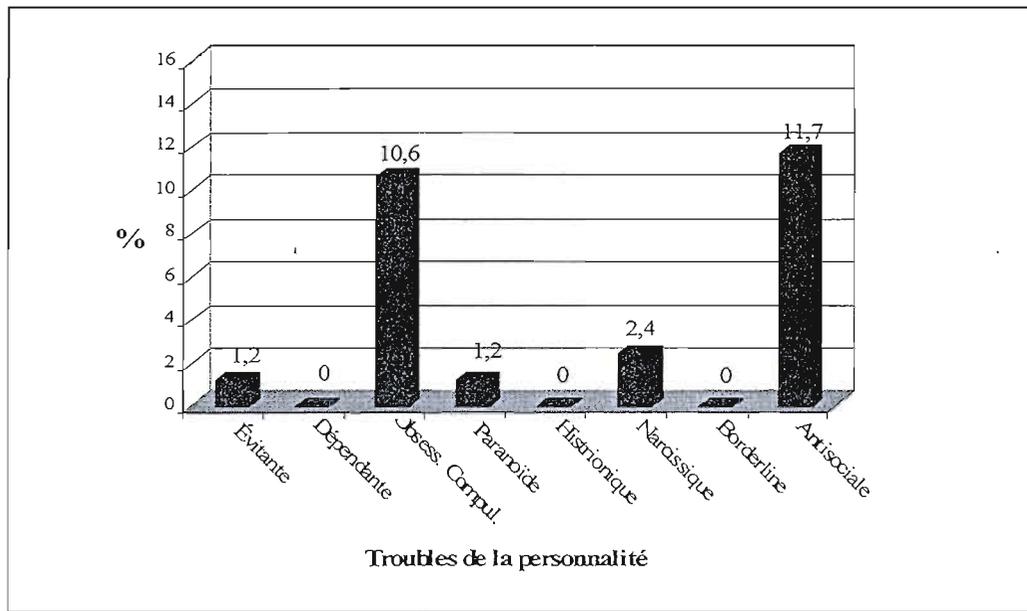


Figure 3.1 Prévalence des troubles de la personnalité, évalués à l'aide du SCID-II, chez les participants LM

Comme un trouble de personnalité implique qu'un certain nombre de traits soit présents, le tableau 3.20 rend compte de la fréquence des traits de personnalité observés pour chacun des troubles.

Tel que noté précédemment, 10,6% (n=9) des participants LM présentaient un trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive en raison de la présence de quatre traits et plus. Le tableau 3.20 montre aussi qu'une proportion considérable de participants (31,4%; n=29) présentait entre un et trois traits de personnalité obsessionnelle-compulsive.

Concernant le trouble de personnalité antisociale, 10,6% (n=9) des participants LM présentaient ce trouble en raison de la présence de six traits et plus. Malgré l'absence de diagnostic formel, 21,2% (n=18) des participants LM présentaient entre un et cinq traits de personnalité antisociale.

Tableau 3.20

Nombre de traits présents chez les participants LM pour chacun
des troubles de la personnalité

Troubles de la personnalité	Fréquence	%
Obsessive-Compulsive		
Aucun	47	55,3
1 à 3 traits	29	34,1
4 traits et plus (trouble)	9	10,6
Antisociale		
Aucun	58	68,2
1 à 5 traits	18	21,2
6 traits et plus (trouble)	9	10,6
Narcissique		
Aucun	63	74,1
1 à 4 traits	20	23,5
5 traits et plus (trouble)	2	2,4
Évitante		
Aucun	70	82,4
1 à 3 traits	14	16,5
4 traits et plus (trouble)	1	1,1
Paranoïaque		
Aucun	70	82,4
1 à 3 traits	14	16,5
4 traits et plus (trouble)	1	1,1
Borderline		
Aucun	72	84,7
1 à 4 traits	13	15,3
5 traits et plus (trouble)	0	0,0
Dépendante		
Aucun	75	88,2
1 à 3 traits	10	11,8
4 traits et plus (trouble)	0	0,0
Histrionique		
Aucun	79	92,9
1 à 4 traits	6	7,1
5 traits et plus (trouble)	0	0,0

Concernant le trouble de la personnalité narcissique, 2,4% (n=2) des participants LM présentaient ce trouble en raison de la présence de cinq traits et plus. Malgré l'absence de diagnostic formel, 23,5% (n=20) des participants LM présentaient entre un et quatre traits de personnalité narcissique.

Concernant le trouble de la personnalité évitante, seul un participant LM présentait ce trouble par la présence de quatre traits et plus. Malgré l'absence de diagnostic formel, 16,5% (n=14) des participants avaient entre un et trois traits de personnalité évitante.

Concernant le trouble de la personnalité paranoïaque, un seul participant présentait le trouble par la présence de quatre traits et plus. Malgré l'absence de diagnostic formel, 16,5% (n=14) des participants LM présentaient entre un et trois traits de personnalité paranoïaque.

Bien qu'aucun participant LM n'ait présenté cinq traits de personnalité limite (borderline) ou plus qui auraient confirmé le diagnostic formel de ce trouble, 15,3% (n=13) des participants LM présentaient entre un et quatre traits de personnalité limite.

Bien qu'aucun participant LM n'ait présenté au moins quatre traits de personnalité dépendante confirmant le diagnostic formel de ce trouble, 11,8% (n=10) des participants présentaient entre un et trois traits de personnalité dépendante.

Enfin, bien qu'aucun participant LM n'ait présenté au moins cinq traits de personnalité histrionique confirmant le diagnostic formel de ce trouble, 7,1% (n=6) des participants LM présentaient entre un et quatre traits de personnalité histrionique.

3.4.3 L'intolérance à l'incertitude

Les résultats obtenus sur l'échelle d'intolérance à l'incertitude complétée parce que les individus LM restent incertains de leur état (étendue et stabilité de la lésion) pendant 3 à 6 mois suivant le traumatisme médullaire, affichent une moyenne générale de 46,7 (é.t.=17,7). Sachant qu'un score en dessous de 47 signifie une haute tolérance à l'incertitude et qu'un

score de 47 et plus signifie une faible tolérance à l'incertitude, 63,8% (n=51) des participants LM ont une haute tolérance à l'incertitude, alors que 36,2% (n=29) ont une faible tolérance à l'incertitude.

3.4.4 Le soutien social

Les résultats obtenus à l'aide du questionnaire sur le soutien social indique que les participants avaient un réseau social disponible et satisfaisant pour les aider dans leurs difficultés. Considérant les résultats globaux du questionnaire, une moyenne de 4,4 personnes étaient présentes (é.t.=2,1) dans l'entourage des participants et la majorité était moyennement à très satisfaits de la qualité de ce soutien (x=2,6; é.t.=0,6).

Tel qu'illustré au tableau 3.21, une moyenne de 5,6 personnes (é.t.=2,8) étaient disponibles dans l'entourage des participants lorsqu'ils avaient besoin d'aide. Les participants LM se disaient en majorité (n=67; 82,7%) très satisfaits du soutien reçu.

Pour la question du besoin d'aide pour se détendre lorsque tendus ou face à des difficultés, une moyenne de 3,4 personnes (é.t.=2,6) étaient disponibles dans l'entourage des participants. La majorité des participants (n=61; 76,3%) se disaient très satisfaits du soutien reçu.

Pour la question de l'acceptation de leurs bons et mauvais côtés, les participants mentionnaient qu'en moyenne 5,7 personnes (é.t. 2,9) étaient disponibles dans leur entourage, ce qui satisfaisait la majorité des participants (87,7%; n=71).

Pour la question d'être aimé peu importe les situations pouvant survenir, les participants mentionnaient avoir en moyenne 5,7 personnes (é.t.=2,9) de leur entourage qui les aimaient quoiqu'il arrive. Quasi la totalité (90,0%; n=72) des participants indiquaient être très satisfaits du soutien reçu.

Tableau 3.21
Scores de quantité et qualité de soutien social

	(Q1) Sur qui pouvez-vous compter quand vous avez besoin d'aide?	(Q2) Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous détendre quand vous êtes tendu(e)s ou quand vous faites face à des difficultés?	(Q3) Qui est-ce qui vous accepte totalement avec vos bons et vos mauvais côtés?	(Q4) Est-ce qu'il y a quelqu'un qui vous aime toujours quoi qu'il arrive?	(Q5) Sur qui pouvez-vous réellement compter quand vous avez l'impression que vous n'en pouvez plus?	(Q6) Sur qui pouvez-vous compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé(e) ou que vous avez beaucoup de peine?
Quantité soutien social M (é.t.)	5,6 (2,8)	3,4 (2,6)	5,7 (2,9)	5,7 (2,9)	3,3 (2,8)	2,9 (2,7)
Qualité soutien social (n=81)						
Fréquence (%)						
-Très insatisfait	0 (0,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,4)	1 (1,2)
-Moyennement insatisfait	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,4)	1 (1,2)
-Plutôt insatisfait	1 (1,2)	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (1,2)	1 (1,2)	2 (2,4)
-Plutôt satisfait	2 (2,4)	3 (3,5)	2 (2,4)	1 (1,2)	2 (2,4)	5 (5,9)
Moyennement satisfait	10 (11,8)	14 (16,5)	8 (9,4)	6 (7,1)	13 (15,3)	12 (14,1)
-Très insatisfait	67 (78,8)	61 (71,8)	71 (83,5)	72 (84,7)	61 (71,8)	59 (69,4)

Pour la question sur l'aide inconditionnelle, les participants mentionnaient pouvoir compter sur une moyenne de 3,3 personnes (é.t.=2,8) pour les aider lorsqu'ils n'en pouvaient plus. Les trois quarts (75,3%; n=61) des participants indiquaient être très satisfaits du soutien reçu à cet égard.

Pour la question du soutien lorsque bouleversés, les participants mentionnaient pouvoir compter sur une moyenne de 2,9 personnes (é.t.=2,7). Un peu moins des trois quarts (73,8%; n=59) des participants se disaient alors très satisfaits du soutien reçu.

3.4.5 La douleur

Tel qu'indiqué au tableau 3.22, la moyenne globale sur le questionnaire de la douleur de McGill (n=61) montre un score moyen de 13,2 (é.t.=10,5). Sachant que les scores globaux peuvent varier entre 0 et 45, il s'avère que 16,3% (n=13) des participants LM n'avaient aucune douleur, 26,3% (n=21) des participants avaient un score variant entre 1 et 10, 30,0% (n=24) avaient un score de 11 à 20, 20,0% (n=16) des participants avaient un score de 21 à 30 et 7,5% (n=6) un score de 31 et plus.

Les personnes ayant ressenti une forme de douleur utilisaient en moyenne 6,4 qualificatifs (é.t.=4,7) pour la décrire, sur un maximum de 15 qualificatifs possibles. Ainsi, 38,8% (n=26) des participants LM mentionnaient six à dix qualificatifs, 29,9% (n=20) mentionnaient onze à quinze qualificatifs, 17,9% (n=12) deux à cinq qualificatifs et 13,4% (n=9) des personnes LM ne mentionnaient qu'un seul qualificatif pour décrire leur douleur. Parmi les qualificatifs les plus utilisés notons une douleur fatigante-épuisante (82,1%; n=55), sensible (80,1%; n=54), pénible (77,6%; n=52), vive (71,6%; n=48), chaude-brûlante (70,1%; n=47), qui crampe (59,7%; n=40) et qui poignarde (56,7%; n=38).

Ne considérant que l'intensité de la douleur actuelle (tableau 3.22), 75,0% (n=61) des participants LM ressentait une forme quelconque de douleur. Parmi l'ensemble des participants LM, 29,4% (n=25) décrivaient leur douleur comme inconfortable, 20,0% (n=17)

que leur douleur était forte, 13,1% (n=8) que l'intensité de leur douleur était sévère et 12,9% (n=11) que la douleur était faible.

Tableau 3.22
Douleurs ressenties par les participants LM

	Fréquence	%
Scores globaux (n=80)		
Aucune douleur	13	16,3
1 et 10	21	26,3
11 et 20	24	30,0
21 et 30	16	20,0
31 et plus	6	7,5
Qualificatifs de la douleur (n=82)		
Qui bat	20	24,4
Fulgurante	33	40,2
Qui poignarde	38	46,3
Vive	48	58,5
Qui crampe	40	48,8
Qui ronge	23	28,0
Chaude-brûlante	47	57,3
Pénible	52	63,4
Poignante	34	41,5
Sensible (n=81)	54	66,7
Qui fend	16	19,5
Fatigante/épuisante	55	67,1
Écoeurante (n=80)	27	32,9
Épouvante	19	23,2
Violente/cruelle	21	25,6
Intensité de la douleur actuelle		
Aucune	24	28,2
Faible	11	12,9
Inconfortable	25	29,4
Forte	17	20,0
Sévère	8	9,4
Insupportable	0	0,0

3.5 Liens entre les facteurs psychologiques, sociaux et médicaux sur l'évolution de la consommation d'alcool et de drogues illicites suite à la lésion des participants LM

Tel que décrit dans les objectifs de ce projet, les sections précédentes évaluaient la prévalence et la trajectoire des consommations d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes durant les différentes périodes de réadaptation. Pour répondre au troisième objectif, la présente section tentera, pour sa part, de mettre en lumière les facteurs prédictifs de l'usage à haut risque d'alcool et de drogues illicites chez les participants LM en fonction des périodes de réadaptation. Pour ce faire, un premier tableau de corrélation de toutes les variables entre elles était effectué, suivi d'une analyse de corrélations (phi ou point-biserial coefficient) entre les variables reliées de façon significative à la consommation de SPA durant la période de réadaptation fonctionnelle puis durant la période de retour à domicile, suivies d'analyses de régression logistique sur les variables prédictives de la consommation d'alcool et de drogues au cours des périodes de réadaptation fonctionnelle et de retour à domicile. À noter que pour ces dernières analyses, la consommation précédant la lésion était considérée comme facteur prédictif (plutôt que comme variable dépendante) de la consommation à haut risque de SPA durant les périodes de réadaptation et de retour à domicile, et que les consommations avant et durant la période de réadaptation fonctionnelle étaient intégrées comme facteur prédictifs de la consommation à haut risque de SPA au retour à domicile. À noter également, que les facteurs comportant moins de 5 participants dans une catégorie étaient retirés des analyses (ex : personnalité narcissique, paranoïaque et évitante, trouble dépressif actuel).

Conformément à la recension des écrits, diverses variables de prédiction étaient considérées dans les analyses, dont le trouble dépressif majeur passé, les troubles anxieux, les troubles de personnalité incluant la personnalité obsessionnelle-compulsive et antisociale, l'intolérance à l'incertitude, le soutien social (quantité et qualité), et la douleur (score total et intensité actuelle). Le tableau 3.23 rend compte de l'inter-corrélation entre chacune de ces variables.

Tableau 3.23
Corrélations et intercorrélations entre les diverses variables de l'étude

	Alco .pré	Alco réad.	Alco dom.	Dr. pré	Dr Réadap	Dr. dom.	Dépr. passée	Ph. sociale act.	Ph. sociale passée	Ph. spéci. act.	Ph. spéci. passée	Stress post-tr passé	TP OC	TP antiso.	Intolé. Incerti.	Quantit. social	Qualit. social	Score Doul.	Inten. doul.
Alco .pré	1																		
Alco réadap	0,29**	1																	
Alco dom.	0,41**	0,11	1																
Dr. pré	0,23*	0,09	0,17	1															
Dr réadap	0,06	0,16	0,35***	0,65***	1														
Dr dom	0,08	-0,07	0,51***	0,09	0,08	1													
Dépression passée	0,13	0,24*	0,22*	0,09	0,09	0,09	1												
Ph. sociale act.	0,05	0,05	0,06	0,06	0,06	0,06	0,22*	1											
Ph. sociale passée	0,05	0,22*	0,22*	0,03	0,04	0,06	0,22*	0,78**	1										
Ph. spéci. act.	-0,09	-0,07	-0,14	-0,06	0,05	-0,14	-0,08	0,08	0,20	1									
Ph. spéci. passée	-0,05	0,14	-0,03	-0,04	0,07	-0,13	-0,03	0,08	0,07	0,67**	1								
Stress post tr. passé	-0,05	0,22*	0,03	0,09	0,06	0,12	0,05	0,05	0,24*	0,05	0,05	1							
TP OC	0,19	0,14	-0,03	0,02	0,21	0,05	0,24*	0,21	0,13	0,11	0,06	0,06	1						
TP antiso.	0,32**	0,17	0,45**	0,38**	0,06	0,09	0,32**	0,06	0,06	0,11	0,06	0,06	0,03	1					
Intolé. Incerti.	0,16	0,25*	0,05	0,05	0,11	0,05	0,28**	0,11	0,02	0,11	0,05	0,07	0,05	0,16	1				
Quantit. social	-0,16	-0,12	-0,19	-0,15	0,04	0,06	0,04	0,04	0,04	0,02	0,02	0,04	0,03	0,18	0,18	1			
Qualit. social	-0,24*	0,05	-0,11	-0,02	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,02	0,02	0,04	0,06	0,18	0,52**	0,18	1		
Score Doul.	0,11	0,16	0,01	0,03	0,09	0,17	0,41**	0,10	0,10	0,09	0,09	0,20	0,06	0,02	0,02	0,18	0,35**	1	
Inten. doul.	-0,16	-0,07	-0,09	-0,06	-0,08	0,09	0,08	0,08	0,08	0,05	0,05	0,04	0,05	0,09	0,09	0,13	0,26*	-0,04	0,04
Score douleur	0,11	0,16	0,01	0,03	0,09	0,17	0,41**	0,10	0,10	0,09	0,09	0,20	0,06	0,02	0,02	0,18	0,35**	-0,04	0,04
Inten. doul.	-0,16	-0,07	-0,09	-0,06	-0,08	0,09	0,08	0,08	0,08	0,05	0,05	0,04	0,05	0,09	0,09	0,13	0,26*	-0,23*	-0,07
Score douleur	0,11	0,16	0,01	0,03	0,09	0,17	0,41**	0,10	0,10	0,09	0,09	0,20	0,06	0,02	0,02	0,18	0,35**	-0,04	0,04
Inten. doul.	-0,16	-0,07	-0,09	-0,06	-0,08	0,09	0,08	0,08	0,08	0,05	0,05	0,04	0,05	0,09	0,09	0,13	0,26*	-0,23*	-0,07
Score douleur	0,11	0,16	0,01	0,03	0,09	0,17	0,41**	0,10	0,10	0,09	0,09	0,20	0,06	0,02	0,02	0,18	0,35**	-0,04	0,04
Inten. doul.	-0,16	-0,07	-0,09	-0,06	-0,08	0,09	0,08	0,08	0,08	0,05	0,05	0,04	0,05	0,09	0,09	0,13	0,26*	-0,23*	-0,07

* = p<0,05 / ** = p<0,01 / *** = p<0,001

Tel qu'illustré au tableau 3.23, les variables psychosociales comme la dépression passée ($\phi=0,24$; $p<0,05$), phobie sociale ($\phi=0,22$; $p<0,05$), état de stress post-traumatique passé ($\phi=0,22$; $p<0,05$), personnalité antisociale ($\phi=0,52$; $p<0,001$) et intolérance à l'incertitude (point-biserial coefficient= $0,25$; $p<0,05$) étaient corrélées de façon significative à la consommation d'alcool durant la période de réadaptation fonctionnelle, et la variable dépression passée ($\phi=0,24$; $p<0,05$) était corrélée de façon significative à la consommation d'alcool au retour à domicile. Qui plus est, la variable dépression passée était elle-même corrélée à la phobie sociale actuelle et passée ($\phi=0,22$; $p<0,05$), au trouble de personnalité antisociale ($\phi=0,32$; $p<0,01$) et à l'intolérance à l'incertitude (point-biserial coefficient : $0,39$; $p<0,001$).

Le tableau 3.24 présente les corrélations significatives plus spécifiques entre la consommation à faible et à haut risque d'alcool et chacune des variables potentiellement prédictives de cette consommation durant la période de réadaptation fonctionnelle. Les analyses montrent que parmi les variables considérées, celles reliées de façon significative à la consommation à haut risque d'alcool durant la période de réadaptation fonctionnelle incluent la consommation d'alcool avant la lésion ($\phi=0,29$; $p<0,01$), le trouble dépressif majeur passé ($\phi=0,24$; $p<0,05$), la phobie sociale passé ($\phi=0,22$; $p<0,05$), le trouble de stress post-traumatique passé ($\phi=0,22$; $p<0,05$), le trouble de personnalité antisociale ($\phi=0,52$; $p<0,001$) et le score d'intolérance à l'incertitude (point-biserial coefficient= $0,25$; $p<0,05$).

Tableau 3.24

Corrélations entre la consommation d'alcool et les variables prédictives de cette consommation durant la période de réadaptation fonctionnelle

	Variables de prédiction	PB coefficient ou phi	P
Consommation d'alcool en réadaptation	- Consommation d'alcool avant lésion	0,29	0,006
	- Consommation de drogues avant lésion	0,09	0,383
	- Consommation de drogues en réadaptation fonctionnelle	0,16	0,152
	- Trouble dépressif majeur passé	0,24	0,023
	- Phobie sociale actuelle	-0,05	0,664
	- Phobie sociale passée	0,22	0,040
	- Phobie spécifique actuelle	-0,07	0,502
	- Phobie spécifique passé	0,14	0,197
	- Trouble de stress post-traumatique passé	0,22	0,040
	- TP obsessive-compulsive	0,14	0,197
	- TP antisociale	0,52	0,000
	- Score global intolérance incertitude	0,25	0,028
	- Quantité soutien social	-0,13	0,254
	- Qualité soutien social	0,05	0,632
	- Score global de douleur	0,16	0,141
- Intensité de la douleur actuelle	-0,07	0,529	

Bien que ces résultats soient significatifs et potentiellement prédictifs de la consommation d'alcool lors de la période de réadaptation fonctionnelle, une analyse de régression logistique était impossible en raison du manque de variance dans les variables impliquées, notamment dans le trouble de la personnalité antisociale où aucun des trois sujets présentait un faible risque de consommation (n=0). De plus, aucun des participants ayant fait un usage à faible risque d'alcool avant la lésion n'avait augmenté sa consommation pour un usage à haut risque lors de la réadaptation fonctionnelle (n=0).

Tableau 3.25

Corrélations entre la consommation d'alcool et les variables prédictives de cette consommation lors du retour à domicile

Variables de prédiction		Consommation au retour à domicile	
		PB coefficient ou phi	P
Consommation d'alcool au retour à domicile	- Consommation d'alcool avant lésion	0,41	0,000
	- Consommation d'alcool en réadaptation fonctionnelle	0,11	0,336
	- Consommation de drogues avant lésion	0,29	0,006
	- Consommation de drogues en réadaptation fonctionnelle	0,22	0,047
	- Consommation de drogues au retour à domicile	0,17	0,128
	- Trouble dépressif majeur passé	0,24	0,025
	- Phobie sociale actuelle	0,04	0,701
	- Phobie sociale passée	0,04	0,701
	- Phobie spécifique actuelle	-0,06	0,613
	- Phobie spécifique passé	-0,14	0,203
	- Trouble de stress post-traumatique passé	-0,10	0,356
	- TP obsessive-compulsive	-0,03	0,787
	- TP antisociale	0,16	0,128
	- TP antisociale	0,05	0,651
	- Score global intolérance incertitude	-0,19	0,098
	- Quantité soutien social	-0,11	0,312
	- Qualité soutien social	0,01	0,929
	- Score global de douleur	-0,09	0,388
- Intensité de la douleur actuelle			

Le tableau 3.25 présente les corrélations significatives entre la consommation à faible et à haut risque d'alcool sur chacune des variables potentiellement prédictives de cette consommation durant la période du retour à domicile. Les analyses corrélationnelles montrent que parmi les variables considérées, celles reliées de façon significative à la consommation d'alcool durant la période du retour à domicile incluaient la consommation d'alcool avant la lésion ($\phi=0,41$; $p<0,001$), la consommation de drogues avant la lésion

($\phi=0,29$; $p<0,01$), la consommation de drogues en réadaptation fonctionnelle ($\phi=0,22$; $p<0,05$) et le trouble dépressif majeur passé ($0,24$; $p<0,05$).

Ces résultats significatifs motivaient la poursuite d'analyse de régression logistique pour intégrer les variables prédictives de l'usage à haut risque d'alcool durant la période du retour à domicile. Tel que constaté au tableau 3.26, le modèle 1 montre que de l'ensemble des variables reliées de façon significative à l'usage à haut risque d'alcool au retour à domicile, seule la consommation d'alcool avant la lésion était significative. Les variables associées à la consommation de drogues avant la lésion et en réadaptation fonctionnelle, de même que le trouble dépressif majeur passé ne contribuaient pas de façon significative au modèle de prédiction.

Tableau 3.26

Régression logistique sur l'usage à haut risque d'alcool lors du retour à domicile

	Odds ratio	Intervalle de confiance	Wald	<i>P</i>
Ensemble des variables corrélées				
Variables significatives du modèle 1 (Méthode Entrée)				
Consommation d'alcool avant la lésion	9,89	2,04 – 47,65	8,13	0,004
Consommation de drogues avant la lésion	2,62	0,3 – 22,65	0,76	0,383
Consommation de drogues en réadaptation fonctionnelle	2,45	0,18 – 33,0	0,45	0,500
Trouble dépressif majeur passé	3,95	0,9 – 17,33	3,31	0,069
Nagelkerke R Square = 0,37				
Variables significatives du modèle 2 (Méthode Entrée)				
Consommation d'alcool avant la lésion	10,68	2,58-44,19	10,70	0,001
Nagelkerke R Square = 0,25				

En intégrant cette seule variable significative au modèle de prédiction, l'analyse de régression finale (modèle 2) montre que les personnes LM ayant fait un usage à haut risque d'alcool avant leur lésion sont 10,68 fois plus à risque d'en faire un usage à haut risque lors de leur retour à domicile.

Tableau 3.27

Corrélations entre la consommation de drogues illicites et les variables prédictives de cette consommation durant la période de réadaptation fonctionnelle

Variables de prédiction		Consommation au retour à domicile	
		PB coefficient ou phi	P
Consommation de drogues illicites en réadaptation	- Consommation d'alcool avant lésion	0,06	0,603
	- Consommation d'alcool en réadaptation fonctionnelle	0,16	0,152
	- Consommation de drogues avant lésion	0,65	0,000
	- Trouble dépressif majeur passé	0,08	0,455
	- Phobie sociale actuelle	0,09	0,409
	- Phobie sociale passée	-0,08	0,463
	- Phobie spécifique actuelle	-0,004	0,969
	- Phobie spécifique passé	0,02	0,856
	- Trouble de stress post-traumatique passé	0,09	0,409
	- TP obsessionnelle-compulsive	0,02	0,856
	- TP antisociale	0,38	0,000
	- Score global intolérance incertitude	0,06	0,572
	- Quantité soutien social	-0,13	0,236
	- Qualité soutien social	0,12	0,276
	- Score global de douleur	0,09	0,410
	- Intensité de la douleur actuelle	-0,08	0,494

Le tableau 3.27 présente les relations significatives entre la consommation à faible et à haut risque de drogues illicites sur chacune des variables potentiellement prédictives de cette consommation durant la réadaptation fonctionnelle. Les analyses de corrélation montrent que parmi les variables considérées, celles reliées de façon significative à la consommation à haut risque de drogues illicites durant la période de

réadaptation fonctionnelle incluait la consommation de drogues illicites avant la lésion ($\phi = 0,65$; $p < 0,001$) et le trouble de personnalité antisociale ($\phi = 0,38$; $p < 0,001$).

Le tableau 3.28 rend compte des résultats de l'analyse de régression logistique intégrant ces variables significatives à la prédiction d'usage à haut risque de drogues illicites durant la période de réadaptation fonctionnelle. Tel que constaté dans le modèle 1, de l'ensemble des variables corrélées de façon significative à l'usage à haut risque de drogues illicites en réadaptation fonctionnelle, seule l'usage de drogues illicites avant la lésion prédisait de façon significative la consommation de drogues illicites durant la période de réadaptation fonctionnelle. La variable trouble de personnalité antisociale ne contribuait pas de façon significative au modèle de prédiction.

Tableau 3.28

Régression logistique sur l'usage à haut risque de drogues illicites lors de la période de réadaptation fonctionnelle

	Odds ratio	Intervalle de confiance	Wald	P
Ensemble des variables corrélées				
Variables significatives du modèle 1 (Méthode Entrée)				
Consommation de drogues avant la lésion	60,99	5,70 – 652,05	11,56	0,001
Trouble de la personnalité antisociale	2,28	0,28 – 18,81	0,59	0,442
Nagelkerke R Square = 0,55				
Variables significatives du modèle 2				
Consommation de drogues avant la lésion	82,83	8,68 – 789,73	14,73	0,000
Nagelkerke R Square = 0,54				

En intégrant cette variable significative (consommation de drogues illicites avant la lésion) au modèle de prédiction, l'analyse de régression finale (modèle 2) montre que les personnes LM ayant fait un usage à haut risque de drogues avant leur lésion sont 82,83 fois plus à risque d'en faire un usage à haut risque lors de leur retour à domicile.

Tableau 3.29

Corrélations entre la consommation de drogues illicites et les variables prédictives de cette consommation lors du retour à domicile

Variables de prédiction		Consommation au retour à domicile	
		PB coefficient ou phi	P
Consommation de drogues illicites au retour à domicile	- Consommation d'alcool avant lésion	0,08	0,440
	- Consommation d'alcool en réadaptation fonctionnelle	-0,07	0,525
	- Consommation d'alcool au retour à domicile	0,17	0,128
	- Consommation de drogues avant lésion	0,35	0,001
	- Consommation de drogues en réadaptation fonctionnelle	0,51	0,000
	- Trouble dépressif majeur passé	0,09	0,397
	- Phobie sociale actuelle	0,06	0,561
	- Phobie sociale passée	0,06	0,556
	- Phobie spécifique actuelle	-0,14	0,199
	- Phobie spécifique passé	-0,13	0,252
	- Trouble de stress post-traumatique passé	-0,09	0,406
	- TP obsessive-compulsive	-0,01	0,949
	- TP antisociale	0,09	0,396
	- Score global intolérance incertitude	0,05	0,675
	- Quantité soutien social	-0,09	0,431
	- Qualité du soutien social	-0,18	0,101
	- Score global de douleur	0,17	0,116
	- Intensité de la douleur actuelle	0,09	0,438

Le tableau 3.29 présente les relations significatives identifiées entre la consommation à faible et à haut risque de drogues illicites sur chacune des variables potentiellement prédictives de cette consommation durant la période du retour à domicile. Les analyses montrent que parmi les variables considérées, celles reliées de façon significative à la

consommation à haut risque de drogues illicites durant la période du retour à domicile incluait la consommation de drogues illicites avant la lésion ($\phi=0,35$; $p<0,001$) de même que la consommation de drogues en réadaptation fonctionnelle ($\phi=0,51$; $p<0,001$).

Le tableau 3.30 rend compte des résultats de l'analyse de régression logistique intégrant ces variables significatives afin de prédire l'usage à haut risque de drogues lors de la dernière année depuis le retour à domicile. Tel que constaté dans le modèle 1, de l'ensemble des variables reliées de façon significative à l'usage à haut risque de drogues lors de la dernière année depuis le retour à domicile, seule la consommation de drogues lors de la période de réadaptation fonctionnelle était significative. La variable associée à la consommation de drogues avant la lésion ne contribuait pas, pour sa part, de façon significative au modèle de prédiction.

Tableau 3.30

Régression logistique sur l'usage à haut risque de drogues illicites lors du retour à domicile

	Odds ratio	Intervalle de confiance	Wald	P
Ensemble des variables corrélées				
Variables significatives du modèle 1 (Méthode Entrée)				
Consommation de drogues avant la lésion	1,48	0,13 – 16,66	0,10	0,75
Consommation de drogues en réadaptation fonctionnelle	17,66	1,44 – 216,15	5,05	0,025
Nagelkerke R Square = 0,29				
Variables significatives du modèle 2				
Consommation de drogues en réadaptation fonctionnelle	23,99	4,41 – 130,56	13,51	0,008
Nagelkerke R Square = 0,29				

En intégrant cette variable significative au modèle de prédiction, l'analyse de régression finale (modèle 2) que les personnes LM ayant fait un usage à haut risque de drogues en réadaptation fonctionnelle sont 23,99 fois plus à risque d'en faire un usage à haut risque lors de leur retour à domicile.

En ce qui concerne l'usage de médicaments sédatifs tels que rapportés par le DEBA-D et notés dans la section 3.3.2 (réadaptation fonctionnelle) et 3.3.3 (retour à domicile), les analyses de régression logistique s'avéraient problématiques en raison du faible nombre de participants dans les sections à haut risque. Pour cette raison, aucune analyse de régression logistique n'a été effectuée pour l'usage de médicaments sédatifs en réadaptation fonctionnelle et lors du retour à domicile.

CHAPITRE IV

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS, DISCUSSION ET CONCLUSION

La présente étude avait pour but d'identifier la prévalence et la trajectoire de la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes prescrits chez les personnes vivant avec une lésion médullaire (LM) et cherchait à évaluer les facteurs prédictifs de l'usage à haut risque de ces substances à la suite d'une lésion médullaire.

Compte tenu des limites observées dans la recension des écrits précédente, l'étude cherchait plus spécifiquement à 1) évaluer la prévalence de l'usage d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes des personnes LM en fonction de divers types de consommateurs, ultimement identifiés comme des consommateurs à faible et à haut risque, 2) évaluer l'évolution de cet usage en fonction de la période de réadaptation, incluant la période précédant la lésion médullaire, celle de réadaptation fonctionnelle et celle du retour à domicile, cette dernière ayant été sous évaluée (même non évaluée) par les études passées et 3) évaluer le rôle de variables biopsychosociales comme l'état dépressif et anxieux, les troubles de personnalité, le soutien social et la douleur comme facteurs prédictifs de la consommation à haut risque de SPA durant la réadaptation fonctionnelle et lors du retour à domicile. Parmi ces variables, la contribution de la consommation pré-lésionnelle de SPA, souvent responsable du traumatisme, était intégrée comme variable prédictive de la consommation post-lésionnelle de SPA, notamment lors du retour à domicile.

Les hypothèses suggéraient que la période de réadaptation fonctionnelle serait associée à une phase de relative abstinence, les individus étant encore sous le choc du traumatisme et les centres de réadaptation physique étant vigilants sur la consommation de leurs

bénéficiaires. Cette hypothèse stipulait néanmoins que la période de retour à domicile serait associée à une reprise et donc une augmentation de la consommation de SPA, la période étant associée à de nouveaux stressors, comme l'adaptation de l'individu à son nouvel environnement et sa condition physique en l'absence d'aide médicale permanente et susceptibles d'engendrer un type de coping inadéquat.

Une seconde hypothèse stipulait que parmi les facteurs psychologiques, médicaux et sociaux prédictifs de la consommation à haut risque de SPA suivant une lésion médullaire, des variables comme l'état dépressif, l'anxiété, la douleur et le soutien social seraient plus prédictifs de la consommation au retour à domicile que durant la période de réadaptation fonctionnelle, le retour à domicile étant encore une fois associée à de nouveaux stressors, minimisés par les études antérieures.

Le projet ainsi mené auprès de 85 personnes LM ayant complété leur réadaptation fonctionnelle et de retour à domicile, impliquait divers questionnaires administrés qui rendaient compte de l'évolution de la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes lors des périodes de réadaptation.

Les résultats appuient partiellement les hypothèses en montrant que la consommation à haut risque d'alcool était diminuée de façon significative durant la période de réadaptation fonctionnelle et augmentée de façon significative lors de la période du retour à domicile. Fait intéressant, cette reprise de consommation au retour à domicile restait néanmoins inférieure à celle de la période précédant la lésion médullaire. L'hypothèse n'était toutefois pas confirmée pour la consommation à haut risque de drogues et de médicaments sédatifs au retour à domicile, notamment en raison du faible nombre de participants faisant usage de ce type de consommation. Ces résultats non significatifs restent néanmoins de bonne augure en ce qu'ils suggèrent que la consommation abusive de drogues n'est pas aussi généralisée et alarmante que prévue.

Contrairement aux hypothèses avancées, les variables psychologiques, médicales et sociales ne se révélaient pas prédictives de la consommation à haut risque de SPA à la suite de la lésion médullaire, que ce soit lors de la période de réadaptation fonctionnelle ou du retour à domicile. Fait intéressant, la consommation d'alcool avant la lésion prédisait de façon significative sa consommation à haut risque au retour à domicile et la consommation à haut risque de drogues avant la lésion ou durant la réadaptation fonctionnelle prédisait de façon significative sa consommation à haut risque au retour à domicile.

Ces résultats confirment l'importance d'étudier la trajectoire de consommation des personnes LM surtout lors du retour à domicile, période qui a été souvent sous-estimée par les études antérieures. Les résultats sur la consommation réduite de SPA durant la période de réadaptation fonctionnelle soulèvent au contraire la contribution des études antérieures pour motiver les institutions à être vigilantes sur la consommation de leurs bénéficiaires LM et les médecins à être vigilants sur leurs prescriptions de médicaments.

Le présent chapitre présentera ainsi l'ensemble des résultats et les comparera à ceux obtenus dans la littérature. La contribution des résultats au modèle théorique de Babor et al. (1987) sera également abordée, ainsi que ses retombées et implications cliniques. Les sections du chapitre seront organisées en fonction de l'ordre de présentation des résultats, en commençant par les données sur la prévalence, suivies de celles sur la trajectoire de consommation, celles sur les facteurs prédictifs d'une consommation à haut risque de SPA et le modèle théorique prédictif de cette consommation. Le chapitre se terminera sur une discussion des implications cliniques de l'étude, de même que sur ses forces et faiblesses méthodologiques. Des pistes futures de recherche seront enfin proposées à la lumière des présents résultats et ceux issus de la recension des écrits.

4.1 Prévalence de la consommation de SPA

La recension des écrits sur l'usage de SPA auprès de la population LM rendait compte d'une plus forte prévalence de consommation auprès de cette population comparée à la

population générale (Healy, 1993 ; Heinemann, 1993; Heinemann et al., 1989b; Heinemann et al., 1990; Kircus et Brillhart, 1990; Kolakowsky-Hayner et al., 1999; Meyers et al., 1988; Moore et Li, 1994; Young et al., 1995). Si cette plus forte prévalence était accentuée durant la période précédant la lésion médullaire (et parfois responsable de l'accident) comparativement à la période de réadaptation fonctionnelle, étonnamment peu d'études avaient exploré la prévalence en fonction du type de consommateurs pour distinguer ceux à faible ou à haut risque. Qui plus est, rares étaient les études qui avaient exploré l'usage de SPA à la fois avant et après la lésion médullaire¹⁶.

La littérature sur l'usage d'alcool chez les patients LM montraient ainsi qu'entre 25% et 96% affichaient une histoire d'usage d'alcool avant la lésion médullaire (Babor, 1993; Bombardier et Rimmele, 1998; Frisbie et Tun, 1984; Heinemann et al., 1989b; Heinemann et al., 1990; Heinemann et al., 1988b; Kolakowsky-Hayner et al., 1999; O'Donnell et al., 1981; Tate, 1993; Young et al., 1995). De plus, près de la moitié des consommateurs abusifs et modérés avaient poursuivi leur usage lors de la période de réadaptation fonctionnelle (Kolakowsky-Hayner et al., 2002).

Les résultats de notre étude, qui distinguaient les consommateurs à faible et à haut risque de SPA montraient, pour sa part, que si 89,4% des participants avaient fait usage d'alcool (tous les types de consommateurs confondus) dans l'année précédant la lésion médullaire, 29,4% en avait fait un usage à haut risque. De ces participants, les consommateurs d'alcool chutaient à 43,5% (n=37) durant la période de réadaptation fonctionnelle pour l'usage d'alcool et à seulement 3,5% pour un usage à haut risque. Ces résultats montrent que la période de réadaptation fonctionnelle est associée à une réduction de près de 50% de consommateurs comparativement à la période précédant la lésion médullaire. Ils clarifient de ce fait les données précédentes - et pourraient expliquer la variance observée dans les études antérieures -, en montrant que la diminution de consommation est particulièrement importante chez les consommateurs à haut risque.

¹⁶ À noter que comme les études antérieures de prévalence n'ont jamais exploré l'usage de SPA au retour à domicile, les données de la présente étude sur la consommation au retour à domicile seront discutées dans la section sur les trajectoires de consommation.

Concernant l'usage de drogues illicites, l'étude de Kolakowski-Hayner et al. (1999) montrait que 35% de leurs participants LM avait une histoire d'usage de drogues illicites lors de la période précédant la lésion médullaire, contre 31,8% de nos participants dans l'année précédant leur lésion médullaire. En ce qui concerne la période de réadaptation fonctionnelle, Kolakowski-Hayner et al. (2002) montrait que 21% de leurs participants LM avaient fait usage de drogues illicites en réadaptation, contre 16,5% de nos participants LM en période de réadaptation. Bien qu'il soit impossible de comparer directement les statistiques d'une étude à l'autre, il est possible de croire que notre étude, qui s'est concentrée sur la dernière année précédant la lésion médullaire, ait sous-estimé le nombre de personnes ayant pu faire un usage de drogues illicites au cours de leur vie. Une autre possibilité est que la population québécoise soit moins encline que la population américaine à faire un usage de drogues illicites en dehors de toute lésion médullaire (i.e. avant la lésion). À noter néanmoins que le cannabis, substance de choix auprès des personnes LM, était répertorié autant dans la recension des écrits que dans notre étude.

Concernant l'usage de médicaments psychotropes, les dossiers médicaux de notre échantillon indiquaient que 68,2% des participants LM avait fait usage d'au moins un médicament psychotrope prescrit au moment de leur réadaptation fonctionnelle. L'étude de Heinemann (1993) indiquait pour sa part que 43% de leurs participants LM avaient fait usage d'au moins un médicament psychotrope dans la semaine suivant la lésion médullaire. Bien que les résultats ne puissent pas encore une fois être comparés directement, il est possible de croire que nos milieux de réadaptation soient plus favorables à la prescription de psychotropes durant la période de réadaptation fonctionnelle que nos voisins américains. Il est également possible que notre étude, qui explorait les prescriptions de psychotropes sur l'ensemble de la période de réadaptation fonctionnelle (plutôt que la première semaine suivant le traumatisme), ait évalué plus justement le nombre de médicaments prescrits en réadaptation.

Pour ce qui est du type de consommation, nos données issues des dossiers médicaux différaient de celles rapportées par les participants durant les entrevues du DEBA-D, qui ne considère pour sa part que l'usage des médicaments sédatifs. Selon nos données issues du

DEBA-D, seuls 2,3% des participants avaient fait un usage abusif de médicaments sédatifs lors de leur période de réadaptation fonctionnelle. Heinemann (1993) de son côté indiquait que 24% de ses participants LM avaient fait un usage abusif de médicaments psychotropes dans la semaine suivant la lésion. La comparaison des résultats reste donc difficile, la littérature dans le domaine ou nos dossiers médicaux faisant état d'un plus large pourcentage de consommateurs de médicaments. En l'absence de codification aux dossiers pour l'usage abusif de ces médicaments, toute conclusion sur cette consommation reste impossible. Il est également possible que les divergences obtenues quant au nombre de participants ayant eu une médication sédatrice à leur dossier et ceux ayant rapporté l'usage de tels médicaments dans le DEBA-D soient liées à la nature rétrospective de l'étude (biais de rappel), ou que l'ordonnance bien que prescrite n'ait jamais été prise par la personne LM, ou encore que le phénomène de désirabilité sociale ait influencé la personne ne désirant pas avouer avoir fait usage d'une telle médication. D'autres études sont nécessaires pour rendre compte de la prévalence de l'usage abusif ou dépendant de médicaments psychotropes durant la période de réadaptation.

4.2 Trajectoires de consommation

Les études antérieures sur la prévalence de consommation de SPA affichaient une plus forte prévalence avant la lésion médullaire (et parfois responsable de l'accident) que durant la période de réadaptation fonctionnelle. Étonnamment aucune étude n'avait exploré à ce jour la prévalence de cette consommation lors du retour à domicile. Or, cette période semble fondamentale puisqu'elle rend compte de nouvelles contraintes et de nouveaux stressors susceptibles d'engendrer de nombreuses frustrations, des états psychologiques dépressif ou anxieux et des comportements à risque de consommation abusive ou dépendante d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes comme moyen de coping inadéquat.

Conformément à nos hypothèses initiales, les résultats de notre étude montraient que la consommation d'alcool avait diminué entre la période précédant la lésion médullaire et celle de réadaptation fonctionnelle. Ces résultats concordent avec ceux de la documentation

scientifique (Heinemann, 1993; Heinemann et al., 1991 ; Kolakowsky-Hayner et al., 2002; Moore et Li, 1994) qui montrent une diminution de près de 50% de consommation et qui suggèrent que les milieux de réadaptation, l'état de dépendance physique de l'individu, de même que l'adaptation à la condition physique peuvent être autant de facteurs réduisant les occasions de maintenir un usage à haut risque d'alcool durant la période de réadaptation.

Fait notable, et conformément aux hypothèses initiales, les résultats montraient une augmentation significative de la consommation d'alcool lors de la dernière année du retour à domicile. Cette augmentation qui n'avait jamais été révélée par les études antérieures, justifie la poursuite d'investigations et d'interventions axées sur le retour à domicile pour offrir des services adéquats et accessibles en centres de dépendance. Tel que mentionné plus tôt dans la recension des écrits, bien que des ressources soient disponibles, l'accès aux centres en dépendance est limité par l'absence de rampes d'accès et d'équipements adaptés (Lowenthal et Anderson, 1980; Pires, 1989), ce qui favorise l'isolement des personnes LM et le maintien d'usage à haut risque de SPA une fois la période de réadaptation écoulée. En l'absence de ressources adéquates en centre de réadaptation en dépendance, et en présence de frustrations accrues, de colère et d'épuisement physique et émotionnel chez les personnes LM, une consommation à risque de SPA peut engendrer des conséquences néfastes pour la santé tel que décrit dans la recension des écrits, et mobiliser des énergies et des coûts pour traiter (Straw et al., 1993) ces symptômes plutôt que la dépendance elle-même.

Malgré ces résultats plutôt sombres sur la consommation à haut risque de SPA au retour à domicile, les données de la présente étude montrent que la reprise de consommation à risque d'alcool reste inférieure au moment du retour à domicile que lors de la période précédant la lésion médullaire. Ces résultats encourageants portent à croire que la lésion médullaire peut motiver une prise de conscience de la réalité du traumatisme et engendrer des changements de comportements liés à la consommation d'alcool chez les individus LM.

Concernant l'usage de médicaments sédatifs prescrits, aucun résultat significatif n'était révélé entre les périodes de réadaptation, laissant croire en un maintien d'usage à faible

risque entre les périodes étudiées. Toutefois, et tel que mentionné précédemment, les résultats s'avèrent difficilement comparables à ceux de la recension des écrits, du fait que seuls les médicaments sédatifs étaient évalués par le DEBA-D et que l'inventaire des médicaments psychotropes prescrits et inscrits au dossier des participants ne permettait pas de connaître la présence d'abus ou de dépendance. Bien qu'aucune différence significative n'ait été observée, il demeure important de noter que l'accessibilité aux médicaments psychotropes peut augmenter les risques d'abus (Budh et Lundeberg, 2005; Heinemann et al., 1992; Radnitz et Tirsch, 1995; Richards et al., 2000; Schnoll, 1993; Widerström-Noga et Turk, 2003). Si les médicaments sont généralement dispensés par les infirmières durant la période de réadaptation, ce qui réduit les risques d'abus, la gestion personnelle des médicaments au retour à domicile peut accentuer les risques d'abus chez l'individu LM. Qui plus est, le nombre de médicaments psychotropes prescrits, de même que leurs interactions sont à prendre en considération dans les risques associés au développement d'un usage abusif ou dépendant de SPA. Il demeure ainsi important pour les médecins de rester vigilants quant aux substances prescrites lors du retour à domicile, même si la période de réadaptation n'était associée à peu de signes d'abus.

L'ensemble des résultats vient donc valider la première hypothèse de cette étude, qui suggérait que les personnes ayant fait un usage à haut risque de SPA avant la période traumatique, pourront traverser une phase d'abstinence ou de réduction de leur consommation durant la période de réadaptation fonctionnelle, pour ensuite l'augmenter lors du retour à domicile. Ce constat s'avère particulièrement significatif pour la consommation d'alcool, les résultats pour les drogues illicites et médicaments prescrits restant à valider sur un plus large échantillon de consommateurs.

4.3 Facteurs prédictifs de la consommation d'alcool et de drogues illicites

Le dernier objectif de l'étude cherchait à évaluer l'influence de variables biopsychosociales comme le trouble dépressif majeur, les troubles anxieux, les troubles de personnalité, l'intolérance à l'incertitude, le soutien social et la douleur sur l'usage à haut risque de SPA à la suite d'une lésion médullaire. Contrairement aux hypothèses avancées,

aucune des variables autres que la consommation avant la lésion médullaire et lors de la réadaptation fonctionnelle ne prédisaient de façon significative la consommation d'alcool ou de drogues illicites durant la période de réadaptation fonctionnelle ou de retour à domicile. À noter néanmoins que les analyses étaient compliquées du fait du petit nombre de consommateurs à haut risque durant la période de réadaptation fonctionnelle et du manque de variabilité des variables liées à la consommation avec certaines variables psychosociales dont la dépression et la personnalité antisociale. Ces contraintes venaient nuire au calcul statistique de la régression logistique. Les calculs de corrélations simples suggéraient cependant un lien significatif entre la dépression passée, la phobie sociale passée, le trouble de stress post-traumatique passé, le trouble de personnalité antisociale et l'intolérance à l'incertitude avec la consommation d'alcool en période de réadaptation. Qui plus est, une corrélation simple était identifiée entre la dépression passée et la consommation d'alcool au retour à domicile de même qu'entre le trouble de personnalité antisociale et la consommation de drogues au retour à domicile. L'absence de liens prédictifs significatifs pourrait donc résulter d'une contrainte statistique plutôt que d'une absence réelle d'effet prédictif. Cependant, le fait que seule la consommation avant la lésion ou en réadaptation fonctionnelle prédise la consommation lors du retour à domicile pourrait également être expliqué du fait que les autres variables étudiées sont connues dans la littérature comme étant des facteurs de risque pour les troubles liés à l'utilisation d'une substance. Il est donc possible que le fait de connaître le type de consommation avant la lésion soit un prédicteur suffisant de la consommation au retour à domicile (les autres variables n'apportant pas de contribution prédictive unique lorsque la consommation avant la lésion est insérée dans les analyses). Considérant ces résultats, il serait d'autant plus important de favoriser l'utilisation d'outils de détection comme le DEBA-A et le DEBA-D dans les centres de réadaptation physique afin de mieux cibler et intervenir auprès des personnes ayant eu un trouble lié à l'utilisation d'une substance avant la lésion et qui seraient ainsi à risque de maintenir un tel trouble lors du retour à domicile.

Dans la documentation scientifique, Heinemann et al. (1989a) et Schandler et al. (1995) ont montré de leur côté que le trouble dépressif majeur était un facteur de prédiction de l'usage à haut risque d'alcool. Ce constat appuie les corrélations simples de la présente étude et permet de penser que l'humeur dépressive et la perte d'intérêt pour les activités

pourraient être associés à une accentuation des risques de consommation d'alcool en réadaptation et au retour à domicile. Il semblerait que les conséquences liées à la lésion médullaire de même que les caractéristiques biopsychosociales des personnes LM dans les périodes précédant et suivant leur lésion médullaire, puissent les rendre plus vulnérables à la dépression et augmenter les risques liés à leur consommation d'alcool.

Tout comme le trouble dépressif majeur et bien que non significatifs dans les analyses de régression, certains troubles anxieux (phobie sociale passée, trouble de stress post-traumatique passé) étaient associés à des résultats significatifs dans les corrélations simples, suggérant la poursuite d'études pour évaluer son effet réel sur les risques de consommation, notamment durant la période de réadaptation. À noter que la prévalence des troubles phobiques spécifiques dans notre échantillon de personnes LM était plus élevée que celle la population générale (APA, 2004). Ceci pourrait s'expliquer par une plus forte exposition à des stressors spécifiques (ex : piqûres, injections, endroits clos) durant la période de l'accident ou l'hospitalisation pour ces individus.

Les troubles de personnalité, plus précisément le trouble de personnalité antisociale, paraissait également associé en corrélation simple à la consommation d'alcool et de drogues illicites durant la période de réadaptation fonctionnelle, ce qui suggère que de nouvelles études devraient être poursuivies pour vérifier la contribution réelle de cette variable sur la consommation en réadaptation. À noter que la prévalence de troubles de personnalité antisociale étaient en effet plus élevée dans notre échantillon LM que dans la population générale (APA, 2000) et que ce type de personnalité est souvent associé à un usage à haut risque de SPA (Howard, 2006; Morgenstem et al., 1997).

Parmi les autres facteurs psychologiques, l'intolérance à l'incertitude, bien que non significative dans les analyses de régression, était reliée en corrélation simple à certaines variables dont la dépression passée, la phobie sociale passée, le trouble de personnalité antisociale et la consommation d'alcool en réadaptation. Son impact comme pour les autres troubles psychologiques reste donc à surveiller dans des études ultérieures. Rappelons que les personnes LM sont soumises à de nombreux stress au moment de leur traumatisme et lors de

la réadaptation et que la lésion médullaire, qui ne se stabilise pas avant 3 à 6 mois, rend l'évènement et l'avenir incertains pour la plupart des individus. Fait néanmoins notable, le niveau d'intolérance à l'incertitude noté dans notre échantillon de patients LM s'apparentait à celui observé par Bouvard et Cottraux (2005) auprès d'étudiants de la population générale.

La douleur, dernier facteur étudié, ne se révélait pas plus significative comme facteur prédictif (lors des analyses de régression) de la consommation d'alcool ou de drogues lors des périodes de réadaptation fonctionnelle et de retour à domicile que les variables précédentes. Cette donnée était encourageante en ce qui a trait à la problématique des douleurs neurogènes. Le Collège des médecins du Québec (2009) recommande néanmoins de maintenir la surveillance sur le mode d'apparition, la durée, localisation, le type et l'intensité de la douleur pour ajuster les posologies des médicaments psychoactifs et éviter les risques d'abus et de dépendance liés à leurs effets psychoactifs.

Les résultats de l'étude ne validaient donc pas la seconde hypothèse concernant les facteurs psychologiques, médicaux et sociaux prédictifs de la consommation à haut risque de SPA, mais leurs conclusions nécessitent un plus large échantillon de consommateurs notamment à haut risque pour valider l'absence ou la présence de liens significatifs entre ces variables. À noter également que les données obtenues rendent compte d'une diversité quant aux divers profils des participants. Une analyse typologique aurait donc pu être réalisée afin d'identifier les particularités de divers sous-groupes dans notre échantillon et ainsi mieux cerner la contribution des variables à l'étude.

4.4 Modèle théorique

Compte tenu des résultats de l'étude et des facteurs recensés dans la documentation scientifique, de nouvelles variables obtenues lors des analyses de régression logistique peuvent être ajoutées au modèle de Babor et al. (1987) pour en augmenter la valeur prédictive. Les résultats montrent en effet que l'usage à haut risque (HR) d'alcool et de drogues illicites durant de la période précédant la lésion médullaire peuvent influencer la consommation durant la période de réadaptation fonctionnelle et lors du retour à domicile.

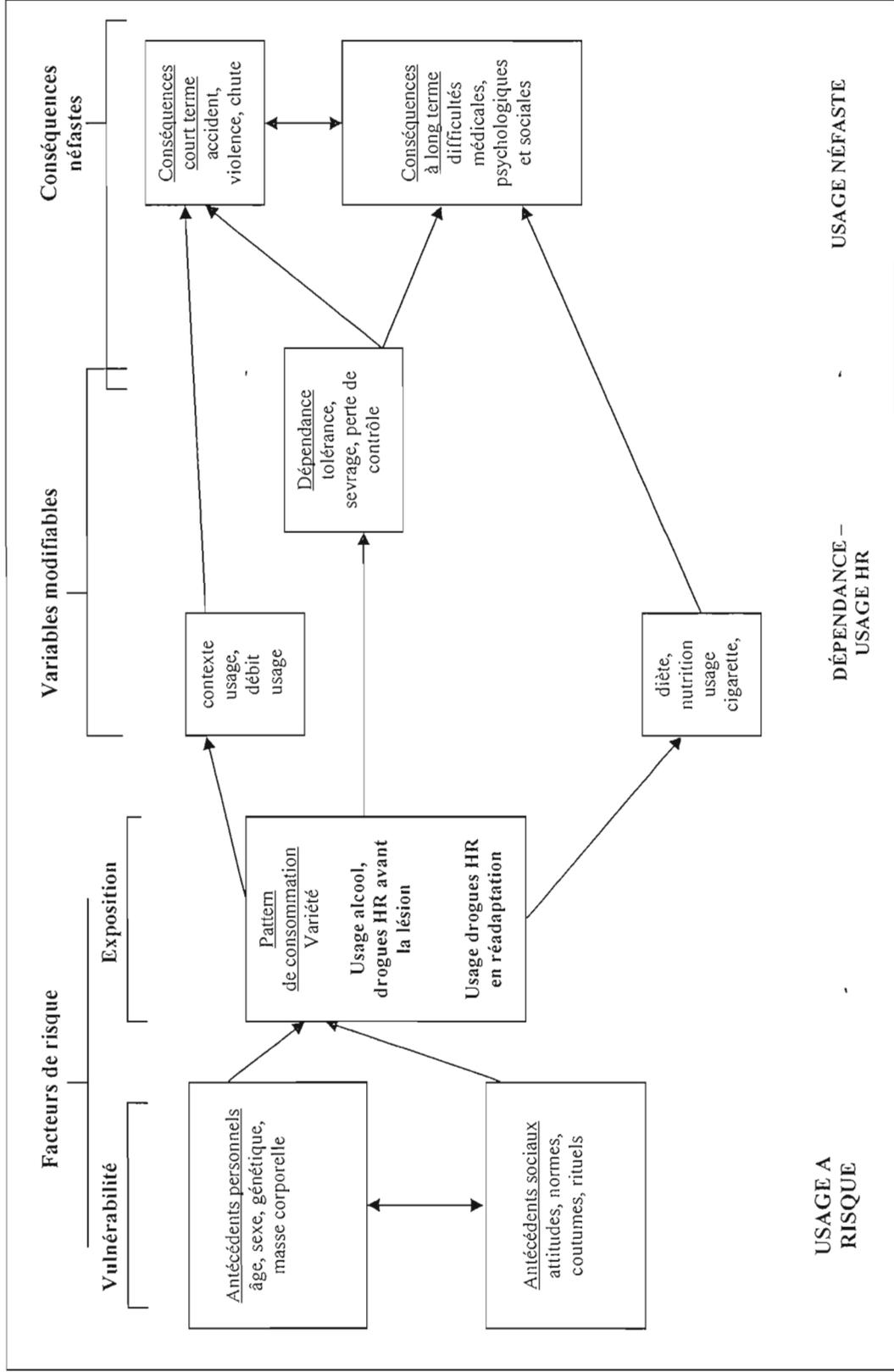


Figure 4.1 Ajustements du modèle théorique de Babor et al. (1987) pour une population LM en réadaptation et au retour à domicile

Ces variables dans le modèle pourraient se situer entre les facteurs d'exposition, dans le sens d'une consommation à haut risque avant la lésion et durant la phase de réadaptation fonctionnelle.

Le modèle de Babor et al. (1987) enrichi par ces variables suggère par ailleurs une détection rapide des individus à risque de faire un usage abusif ou dépendant d'alcool ou de drogues illicites, et ce dès le moment de l'hospitalisation. Ces éléments étaient d'ailleurs rapportés par Higgins-Biddle et al. (2009). Une sensibilisation sur les impacts de la consommation pourrait ainsi amener la personne à réfléchir sur la possibilité de changements dans sa consommation et servir de ressources lors de la réadaptation ou permettre de référer à des centres spécialisés en dépendance afin d'aider ces personnes à réduire leur consommation ou prévenir les risques de rechute notamment au retour à domicile.

4.5 Implications cliniques

Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude montrent des retombées certaines sur le plan clinique. D'une part, peu d'études avaient exploré la prévalence de la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes avant et à la suite de la lésion médullaire et aucune n'avait exploré la trajectoire de consommation lors du retour à domicile. Qui plus est, si des études (Pires, 1989; De Miranda et al., 1993 ; Heinemann et al., 1991 ; McKinley et al., 1999) avaient montré les conséquences néfastes de la consommation sur les progrès pouvant être réalisés en réadaptation, il devenait important d'explorer les facteurs susceptibles d'engendrer un usage à haut risque de SPA à la fois en réadaptation et au retour à domicile. Par la connaissance de cette trajectoire et des facteurs prédictifs de cet usage à haut risque notamment au retour à domicile, les centres de réadaptation physique peuvent être davantage en mesure de dépister les personnes pouvant éprouver des difficultés futures liées à leur consommation. L'évaluation psychosociale et médicale des personnes LM au moment de leur congé ou au moment des relances devrait ainsi porter une attention particulière sur les personnes ayant fait usage à haut risque de SPA avant la lésion et durant la réadaptation pour prévenir les rechutes. Le document rédigé par le Collège des médecins (2009) note également l'importance d'une évaluation psychosociale et médicale des patients avant de leur

prescrire des médicaments pour la douleur, l'auto-médication au retour à domicile pouvant être une source potentielle d'abus pour les individus à risque.

Outre les médecins, le personnel de réadaptation pourrait bénéficier d'une formation afin d'être en mesure de reconnaître les signes et conséquences d'un usage abusif ou dépendant de SPA chez les personnes LM. La formation sur l'évaluation de la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes, la détection précoce d'une consommation à haut risque, de même que la reconnaissance des facteurs prédictifs de la consommation pourraient favoriser la prise en charge rapide de cette clientèle afin d'éviter des répercussions négatives sur les progrès en réadaptation et favoriser une meilleure qualité de vie lors du retour à domicile.

Pour les personnes LM présentant un usage à haut risque d'alcool, de drogues ou de médicaments psychotropes, des programmes spécialisés en dépendance pourraient être favorable dès la réadaptation afin de prévenir la cristallisation de la consommation comme mécanisme d'adaptation lors du retour à domicile. Par ailleurs, la présence d'un intervenant en toxicomanie comme membre à part entière de l'équipe multidisciplinaire en réadaptation pourraient favoriser les contacts et les échanges entre les intervenants afin d'intervenir le plus efficacement possible auprès de la clientèle en plus de favoriser leur motivation au traitement. À noter que l'approche de réduction des méfaits pourrait être favorisée dans l'intervention auprès de cette clientèle à haut risque. Basée sur le principe de la réduction de la consommation et de ses méfaits et non pas sur l'abstinence, cette approche pourrait favoriser le développement d'un usage à faible risque pouvant réduire les problèmes en réadaptation (Brisson, 1997).

Alors que l'intervention devient nécessaire pour les personnes LM affichant un usage à haut risque de SPA, l'ensemble de la clientèle LM devrait être informée de l'impact de la consommation, particulièrement à haut risque, de SPA sur leur réadaptation autant physique et psychologique. La prévention est un moyen d'informer sur les répercussions de la consommation et pourrait aussi amener certaines personnes à se tourner vers d'autres moyens d'adaptation à leur nouvelle condition physique que la consommation de SPA. Ces

informations peuvent être données autant par le personnel médical que psychosocial. Une liste de ressources pourrait également être donnée aux personnes LM au moment de la réadaptation afin de les aider dans une démarche de réduction des risques liés à un usage à haut risque de SPA.

4.6 Considérations méthodologiques

4.6.1 Forces de l'étude

Une des forces de cette étude concerne les outils utilisés pour la cueillette de données. D'abord, les entrevues structurées du SCID-I et du SCID-II permettaient d'établir clairement des diagnostics selon le DSM-IV et de standardiser les évaluations puisque des concepts clés doivent être abordés. Ces questionnaires permettent également un bon jugement clinique de la part de l'intervieweur (Morin, 2004). Le SCID-II, grâce à un questionnaire initial, permet par ailleurs d'éliminer les questions cochées négativement ce qui facilite sa passation (Bouvard, 2006). Bien qu'ils requièrent un temps de passation parfois long, ces deux questionnaires restent largement utilisés en raison de leur bonne fidélité (Morin, 2004). Les autres questionnaires, complétés plus rapidement, permettaient de rejoindre un grand nombre de participants et restaient facile à administrer et peu coûteux.

Les questionnaires DEBA-Alcool et DEBA-drogues (bien qu'ils ne soient pas de nature auto-révélee) permettaient de considérer de manière adéquate la gravité des problèmes de consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments sédatifs ce qui représentaient une contribution significative de l'étude. Faciles à administrer et nécessitant qu'une formation de courte durée, ils suggèrent des pistes cliniques et peuvent servir d'indices constructifs lors des entretiens motivationnelles, méthode largement utilisée auprès des centres de réadaptation en dépendance (Tremblay et al., 2001). Pour ces raisons et puisque l'étude nous a permis de rendre compte de la présence de divers types de consommateurs auprès d'un échantillon de personnes LM, il pourrait être avantageux que les intervenants des centres de réadaptation physique fassent usage de ce questionnaire comme outil de détection d'abus ou de dépendance à l'alcool, de drogues illicites et de médicaments

sédatifs. En raison des diverses conséquences liées à l'abus et à la dépendance à ces substances lors du processus de réadaptation chez les personnes LM, il devient d'autant plus important que celles ayant un problème de consommation soient détectées rapidement afin de les référer vers des services appropriés à cette fin.

Enfin, le fait de solliciter plusieurs milieux de réadaptation physique et d'offrir une flexibilité aux participants pour la poursuite des entrevues (au centre de réadaptation, à l'UQAM, à domicile, au téléphone) représentait une des forces de la recherche, puisqu'ils pouvaient choisir la modalité qui leur convenait le mieux. À noter que les entrevues téléphoniques se sont avérées moins coûteuses en temps et en argent pour les personnes LM habitant dans des régions éloignées.

4.6.2 Limites de l'étude

Une des limites de l'étude pourrait être liée au mode de recrutement où les participants étaient sélectionnés sur une base volontaire et non aléatoire. En ce sens, certains participants à haut risque d'alcool, de drogues illicites ou de médicaments psychotropes prescrits pourraient avoir refusé de participer à l'étude croyant que cette information pourrait leur porter préjudice. De plus, bien que le nombre de participants recrutés pour l'étude ait été d'une ampleur clinique considérable, sur le plan statistique, un nombre plus élevé de participants aurait sans doute été nécessaire pour obtenir davantage de résultats significatifs sur les facteurs de prédiction de la consommation d'alcool et de drogues illicites et même de médicaments sédatifs lors des périodes post-lésionnelles.

Une seconde limite de l'étude concerne la durée des entrevues. En effet, la passation des questionnaires SCID-I et SCID-II dans une même période de temps, nécessite un minimum de 2h à 3h d'entrevue, et les questionnaires DEBA-Alcool et le DEBA-Drogues évaluaient trois périodes de consommation (avant, pendant et après la réadaptation). Ces longues durées d'entrevue ont pu fatiguer certains participants, nécessitant parfois deux périodes ou plus pour réaliser les entrevues. La désirabilité sociale est également un aspect à ne pas négliger dans de telles entrevues semi-structurées (Bouvard, 2006; Morin, 2004).

Qui plus est, comme que les participants LM devaient se trouver à domicile lors de la passation des questionnaires, il est possible qu'un biais de rappel ait été présent pour la période précédant la lésion, de même que pour celle de réadaptation fonctionnelle (nature rétrospective des entrevues pour ces périodes). De plus, le fait que ce questionnaire ne tenait compte que de la dernière année de chaque période, a pu influencer les taux de prévalence rapportés. Finalement, il aurait été intéressant d'avoir un questionnaire évaluant le risque d'usage abusif ou dépendant des divers médicaments psychotropes au lieu de simplement évaluer ces types d'usages pour les médicaments sédatifs tel qu'évalué par le DÉBA-D.

4.7 Pistes de recherches futures

Les résultats obtenus dans la recension des écrits de même que dans la présente étude soulèvent diverses pistes de recherche. D'abord, il serait opportun de rendre compte de la trajectoire de la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes en distinguant la clientèle masculine et féminine et selon des analyses typologiques (diverses catégories de consommateurs avec un plus grand nombre de participants). En effet, la majorité des études auprès de l'usage de substances chez les personnes LM ne font aucune distinction en fonction du genre ou se centre exclusivement sur les hommes. Cette réalité est potentiellement associée au fait que la majorité des personnes LM est de sexe masculin. Toutefois, les femmes peuvent évoluer différemment concernant leur usage de substances et les facteurs prédictifs de leur consommation pourraient différer de ceux des hommes.

Bien que la trajectoire de consommation ait été observée pour chacune des substances prises séparément (alcool, drogues illicites, médicaments sédatifs), il serait intéressant de rendre compte de l'évolution de la consommation d'alcool en fonction de la prise de médicaments anxiolytiques ou opiacés. En effet, Ben Amar et Léonard (2002) mentionnent que la prise d'alcool avec certains médicaments peut être dangereuse. Par exemple, le mélange de l'alcool avec des opiacés (ex : codéine, morphine) ralentit le système respiratoire alors que le mélange d'alcool avec des médicaments anxiolytiques accentue les effets sédatifs de la médication et ralentit les fonctions respiratoires et cardiaques. En raison de ces interactions, il est possible que certaines personnes LM ayant un trouble lié à l'utilisation de

l'alcool, aient réduit leur consommation lors de la prise de la médication afin de contrer ces effets désagréables, ou même dangereux. On peut se questionner sur le lien entre le retour du trouble lié à l'utilisation de l'alcool et le moment précis de l'arrêt de la médication, les interactions désagréables n'étant alors plus présentes.

Outre la clientèle vivant avec une lésion à la moelle épinière, d'autres clientèles en centres de réadaptation physique telles que les individus traumatisés crâniens, les blessés orthopédiques graves et les personnes souffrant d'entorses et de blessures musculaires pourraient présenter des risques de développer un problème de consommation de SPA à la suite de leur blessure (Li et Ford, 1998; Moore et Polsgrove, 1991). Il serait intéressant de vérifier si les mêmes facteurs de risque influencent la consommation de ces autres populations cliniques que celle atteintes de lésion médullaire.

L'intervention auprès des personnes faisant un usage à haut risque d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes peut être affectée par le manque de motivation au changement et au traitement. La motivation influence le client à rechercher, compléter ou se soumettre au traitement ainsi que les changements à long terme pour combattre le problème de toxicomanie (DiClemente, Bellino et Neavins, 1999). Cet aspect n'ayant pas été exploré dans la présente étude, il serait d'autant plus important d'évaluer cette motivation pouvant être un facteur prédictif de succès en réadaptation.

Finalement, des recherches futures pourraient se tourner vers l'élaboration de programmes spécialisés pour les personnes LM souffrant d'un usage à haut risque de substances. La recension des écrits (Healy, 1993 ; Kircus et Brillhart, 1990; Lowenthal et Anderson, 1980; Pires, 1989) note des limites considérables dans l'accessibilité aux services. Ces études ayant été réalisées dans les années 1980-1990, il serait utile de rendre compte de leur accessibilité dans les années actuelles, à la fois du point de vue de la clientèle que de celui des intervenants, pour obtenir des programmes d'intervention efficaces.

Enfin, il devient important pour le personnel en réadaptation physique, de même qu'au retour à domicile, de reconnaître ces facteurs afin de mieux dépister les personnes à risques

de développer un usage à haut risque d'alcool, de drogues illicites ou de médicaments prescrits. Ces facteurs étant plus ou moins divergents pour les substances étudiées pourraient sans doute faciliter la détection des consommateurs à haut risque de substances spécifiques et faciliter une meilleure adaptation à la lésion chez les personnes LM.

APPENDICE A

LISTE DES PRINCIPAUX PSYCHOTROPES

PSYCHOTROPES	NOM DES SUBSTANCES
ALCOOL	Bière, Cidre, Liqueur, Spiritueux, Vermouth, Aqua Velva, Listerine
HÉROÏNE	Héroïne (smack), Speedball (héroïne et cocaïne)
MÉTHADONE OU LAAM	
AUTRES OPIACÉS/ ANALGÉSIFIQUES	Codéine, Darvon, Demerol, Dilaudid, Empracet C, Fiorinal C, Lomotil, Morphine, MS Contin, Percocet, Talwin, Tylenol/Codéine 15,30, 40 mg, Sirops avec Codéine ou Hydrocodone (Benylin codéine 3.3mg D-E, Dimetane expectorant-C et DC, Novahistex C et DH, Triaminic DH, Tussaminic C et DH.
MÉDICAMENTS SÉDATIFS	
<i>- Anxiolitiques</i>	Atarax, Ativan, Buspar, Equanil, Lectopam, Librium, Rivotril, Serax, Tranxene, Valium, Xanax
<i>- Hypnotiques</i>	Dalmane, Doriden, Halcion, Imovane, Mandrax, Mogadon, Noctec, Noludar, Placidyl, Restoril.
<i>- Barbituriques</i>	Amytal, Butisol, Carbrital, Fiorinal, Nembutal, Phénobarbital, Séconal, Tuinal.
MÉDICAMENTS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES	
<i>- Antipsychotiques</i>	Haldol, Largactil, Loxapac, Majeptil, Mellaril, Modécate, Moditen, Nozinan, Neuleptil, Risperdal, Orap, Phénargan, Serentil, Seroquel, Stelazine, Stémétil, Tarazan, Trilafon, Zyprexa
<i>- Antidépresseurs</i>	Anafranil, Aventyl, Celexa, Desyrel, Effexor, Elavil, Ludiomil, Luvox, Manerix, Wellbutrin, Norpramin, Paxil, Prozac, Serzone, Summontil, Tofranil, Zoloft, Sineguan, Zyban, Remeron
<i>- Stabilisateur de l'humeur</i>	Epival, Lithium (Lithane), Tegretol

COCAÏNE	Cocaïne, Crack, Freebase
AMPHÉTAMINES	Benzédrine, Crystal, Dexedrine, Fastin, Méthédrine, Podéral, Périludine, Ritalin, Ténuate
CANNABIS	Pot, Hash, THC
HALLUCINOGENES	Acide, Champignons, Ecstasy (MDMA), LDS, Mescaline, PCP
INHALANTS	Colle, Chloroforme, Décapant, Dissolvant, Essence, Ether, Pam, « Poppers », « Spray Net », Térébenthine, Varathane, Vernis à ongles

APPENDICE B

CONSOMMATIONS STANDARDS D'ALCOOL

Boissons alcoolisées	Quantité	Nombre de consommations
Fort (40%)	43 ml (≅ 1½ once)	1 consommation
	375 ml (≅ 13 onces)	9 consommations
	750 ml (≅ 26 onces)	18 consommations
	1,141 ml (≅ 40 onces)	27 consommations
Bière (5%)	1 petite (341 ml)	1 consommation
	1 grosse (625 ml)	2 consommations
	1 King Can (750 ml)	2 consommations
	1 Boss (950 ml)	3 consommations
	1 Max Bull (1.18 L)	3,5 consommations
	1 pichet 1 petit baril	4 à 6 consommations 15 consommations
Vin (12%)	1 coupe (5 oz ou 142 ml)	1 consommation
	½ litre	3,5 consommations
	1 bouteille (750 ml)	5 consommations
	1 bouteille (1 litre)	7 consommations
Vin fortifié (20%)	1 petite coupe (85 ml)	1 consommation
Autres	Listerine (60 ml)	1 consommation
	Aqua Velva (30 ml)	1 consommation

1 consommation = 17 ml ou 13,6g d'alcool pur. Par exemple, une bière de 341 ml à 5% contient 17ml d'alcool pur (i.e. 341 ml x 0,05).

(Source : Tremblay et al., 2001)

APPENDICE C

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT



Formulaire de consentement



Titre du projet

L'usage de substances psychoactives chez les personnes blessées médullaires **APPROUVÉ**

Responsables

Frédérique Courtois, Ph.D., professeure et chercheure à l'Université du Québec à Montréal
Myriane Tétrault, M.Sc. et candidate au doctorat en psychologie (Ph.D./Psy.D.) à l'Université du Québec à Montréal

31 MARS 2008

Introduction

La présente est pour vous inviter à participer à un projet intitulé *L'usage de substances psychoactives (alcool, drogues, médicaments) chez les personnes blessées médullaires*, qui s'inscrit dans le cadre des études doctorales de Mme Myriane Tétrault. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, nous vous demandons de prendre le temps de comprendre et de prendre en considération les renseignements suivants.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous aurez de la difficulté à comprendre. Par conséquent, nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur et aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair pour vous.

Description de la nature et des objectifs du projet

Ce projet intitulé *L'usage de substances psychoactives chez les personnes blessées médullaires* vise à évaluer l'usage de substances psychoactives auprès des personnes blessées médullaires et à mieux comprendre les facteurs associés à l'évolution de la consommation avant et après le traumatisme.

Ce projet s'échelonnait entre le mois de mars 2007 et le mois de décembre 2008, et ce, auprès d'un échantillon de 118 personnes blessées médullaires. Il permettra de mieux rendre compte de la trajectoire d'usage de substances psychoactives auprès des personnes blessées médullaires et de reconnaître les facteurs qui y sont associés. Ces informations permettront au personnel médical et paramédical des instituts de réadaptation de reconnaître plus rapidement les individus susceptibles d'avoir une consommation excessive suite à leur traumatisme et qui pourrait nuire à leur réadaptation.

Nature et durée de la participation

Votre participation à ce projet implique d'abord de remplir divers questionnaires à votre domicile sur votre niveau de tolérance à l'incertitude, votre niveau de consommation de substances avant et depuis votre lésion, votre niveau de douleur physique et votre réseau social. Ces questionnaires ont été joints au présent formulaire de consentement lors de l'envoi postal. Vous pourrez les remettre à l'assistante de recherche lors de la rencontre pour l'étude, qui, selon votre choix, pourra être effectuée dans un des bureaux du centre de réadaptation, à l'Université du Québec à Montréal, à votre domicile ou par téléphone (dans ce dernier cas, les questionnaires et le formulaire de consentement pourront être expédiés à l'assistante de recherche par la poste, et ce, dans une enveloppe pré-affranchie à cet effet). La rencontre comporte deux parties. Le tableau ci-dessous rend compte des diverses parties de cette rencontre et de leur durée.

Étapes	Durée
Entrevue concernant votre état psychologique	45 minutes
Pause	15 minutes
Entrevue concernant votre personnalité	60 minutes
Total	2h

Pour les fins de recherche, il est souhaitable que vous répondiez à toutes les questions. Toutefois, si certaines questions sont plus embrassantes pour vous, vous pouvez refuser d'y répondre.

Avantages pouvant découler de votre participation

Votre participation à l'étude permettra d'enrichir les connaissances tant dans le domaine de la toxicomanie en général que sur les facteurs associés à son évolution chez une population blessée médullaire.

Inconvénients pouvant découler de votre participation

Aucun risque physique prévisible n'est associé à votre participation à l'étude. Vous aurez toutefois à parler de votre consommation de substances psychoactives avant et depuis votre lésion, ce qui pourrait susciter des émotions désagréables. En ce sens, une liste de ressources psychologiques vous sera offerte si vous en ressentez le besoin et l'assistante de recherche saura entretenir un climat de respect tout au long de la rencontre.

Inconvénients personnels

Le déplacement de votre domicile au site de recherche et la durée de la session d'environ 2h heures peuvent représenter pour certaines personnes un inconvénient. Or, des pauses régulières seront présentes au cours de la rencontre afin d'éviter des symptômes de fatigue de votre part.

Accès au dossier médical

Pour les fins de la recherche, vous acceptez que votre dossier clinique soit consulté, en particulier pour l'évaluation de vos prescriptions de médicaments et sur la mesure d'indépendance fonctionnelle (s'ils sont au dossier).

Confidentialité des données

Vous acceptez que toutes les informations recueillies dans le cadre de ce projet soient utilisées pour des fins de communications et de publications scientifiques ou professionnelles, sans que votre nom ou toute reconnaissance individuelle ne soit divulgués. Vous acceptez que les données recueillies pour les fins de recherche soient préservées pour une durée de 10 ans, suivant la fin du projet, avant d'être détruites. Les données brutes seront conservées dans un classeur sous clé, dans le bureau des responsables de la recherche à l'Université du Québec à Montréal. Les données informatisées seront protégées par un code d'accès connu des assistants et des responsables de la recherche. Aussi, vous acceptez qu'un enregistrement audio soit fait lors de la première et de la dernière partie de la rencontre, et ce, pour des fins de recherche. Cet enregistrement sera détruit à la fin de l'étude.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait libre et volontaire. Il est entendu que vous pourrez, à tout moment, mettre un terme à votre participation sans que cela n'affecte les soins et les services de santé que vous recevez ou recevrez de l'Institut de réadaptation de Montréal ou du Centre de réadaptation Lucie Bruneau. En cas de retrait de votre part, les documents audios et écrits vous concernant seront détruits. Aussi, les responsables de la recherche peuvent interrompre votre participation à l'étude s'ils jugent que votre état le requiert ou si vous refusez de suivre les consignes.

Clause de responsabilité

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

Indemnité compensatoire

Une indemnité compensatoire de 20\$ vous sera offerte pour vos frais de déplacement. Ce montant vous sera remis à la fin de votre participation, par l'assistante de recherche.

Questions au sujet de l'étude et personnes ressources

Toute question et tout commentaire au sujet de l'étude peuvent être adressés à Frédérique Courtois, Ph.D., au 514-987-3000 poste 7713. De plus, si vous avez des questions sur vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec M^e Anik Nolet, Coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR au (514) 527-4527 poste 2649 ou par courriel à l'adresse suivante: anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca

Consentement du participant

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Acceptez-vous que l'on vous recontacte pour une étude ultérieure sur un sujet similaire? oui non

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Nom du participant en lettres moulées

Date

Signature du participant

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e), _____, certifie
(lettres moulées)

- avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire à sa demande;
- avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- lui avoir clairement indiqué qu'il était libre, à tout moment, de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire *.

Signature du chercheur

Date

* Une copie de ce formulaire de consentement est gardée par le chercheur et une copie est remise au participant.



FEUILLET D'INFORMATION

N° DU PROJET : 2007-90 (réservé à l'administration)

TITRE DU PROJET :

L'usage de substances psychoactives chez les personnes blessées médullaires

RESPONSABLE(S) :

Frédérique Courtois, Ph.D. et Myriane Tétrault, M.Sc., Ph.D./Psy.D. (candidate)
Tél. : 514-987-3000 poste 7713

ORGANISME DE SUBVENTION :

Aucun

INTRODUCTION :

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche sur l'usage de substances psychoactives (alcool, drogues illicites, médicaments prescrits ou non) chez les personnes blessées médullaires qui s'inscrit dans le cadre des études doctorales de Mme Myriane Tétrault.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il vous informe également des autres traitements qui sont à votre disposition.

Le formulaire d'information et de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet et aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.



N° VERSION	DATE
1	2007-03-23

NATURE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :

Ce projet intitulé *L'usage de substances psychoactives chez les personnes blessées médullaires* vise à évaluer l'usage de substances chez les personnes blessées médullaires et à mieux comprendre les facteurs associés à l'évolution de la consommation avant et après le traumatisme.

Trois principaux objectifs composent la présente étude.

Le premier objectif de cette étude est d'évaluer l'usage d'alcool, de drogues et de médicaments par les personnes blessées médullaires en fonction de quatre types de consommateurs: les consommateurs abstinents ou occasionnels, les consommateurs réguliers, abusifs et dépendants. Ainsi, même si vous n'avez jamais consommé une substance psychoactive au cours de votre vie, vous pouvez tout de même participer à l'étude.

Le second objectif sera d'évaluer l'évolution de la consommation de chaque type de consommateurs avant et après le traumatisme (réadaptation fonctionnelle et retour à domicile).

Le troisième objectif de l'étude cherchera à identifier l'influence de facteurs d'ordre psychologique (santé mentale, personnalité, intolérance à l'incertitude), médical (douleur, dossier médical) et psychosocial (réseau de soutien social) sur la consommation de substances psychoactives avant et suite au traumatisme.

Ce projet qui s'échelonne entre le mois de mars 2007 et le mois de décembre 2008, permettra de mieux rendre compte de la trajectoire d'usage de substances psychoactives auprès des personnes blessées médullaires et de reconnaître les facteurs qui y sont associés. Ces informations permettront au personnel médical et paramédical des instituts de réadaptation de reconnaître plus rapidement les individus à risque d'avoir une consommation excessive suite à leur traumatisme et pouvant nuire à leur réadaptation.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE :

Votre participation à ce projet implique une seule rencontre sur une journée, divisée en trois parties. La première partie consiste en une entrevue d'environ 45 minutes durant laquelle vous aurez à répondre à des questions concernant votre état psychologique. La seconde partie, d'une durée variant entre 45 et 60 minutes et suivant une pause de 15 minutes, consiste en la passation de divers questionnaires reliés à votre niveau de tolérance à l'incertitude, votre niveau de consommation de substances avant et depuis votre lésion, votre niveau de douleur physique et votre réseau social. La troisième partie, suivant une pause de 60 minutes, consiste en une entrevue d'environ 60 minutes durant laquelle vous aurez à répondre à des questions concernant votre personnalité. Une assistante de recherche sera présente avec vous à chacune des parties de la rencontre pour répondre à vos questions. Cette rencontre pourra être effectuée dans un des bureaux du centre de réadaptation, à l'Université du Québec à Montréal ou à votre domicile, selon votre choix.

RISQUES POTENTIELS ET AVANTAGES POSSIBLES :

Votre participation à l'étude permettra d'enrichir les connaissances tant dans le domaine de la toxicomanie en général que sur les facteurs associés à son évolution chez une population blessée médullaire.

Aucun risque physique prévisible n'est associé à votre participation à l'étude. Vous aurez à parler de votre consommation de substances psychoactives avant et depuis votre lésion, ce qui peut susciter des émotions désagréables. En ce sens, une liste de ressources psychologiques vous sera offerte si vous en ressentez le besoin et l'assistante de recherche saura entretenir un climat de respect tout au long de la rencontre.

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

DROITS DU PARTICIPANT

Vous pouvez refuser de participer à l'étude et pourrez mettre fin en tout temps à votre participation au projet de recherche sans aucun préjudice. Aussi, les responsables de la recherche peuvent interrompre votre participation à l'étude s'ils jugent que votre état le requiert ou si vous refusez de suivre les consignes.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

QUESTIONS AU SUJET DE L'ÉTUDE

Toute question et tout commentaire peuvent être adressés à Frédérique Courtois, Ph.D., au 514-987-3000 poste 7713 et toute plainte peut être adressée à Mme Johanne Trahan au 529-9141 poste 6036.

COMPENSATION

Une compensation monétaire de 20\$ vous sera offerte pour compenser vos frais de déplacement. Ce montant vous sera remis à la fin de la rencontre, par l'assistante de recherche.

CONFIDENTIALITÉ ET UTILISATION DES RÉSULTATS

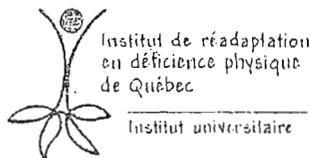
Par votre participation au projet, vous acceptez que toutes les informations recueillies dans le cadre de ce projet soient utilisées pour des fins de communications scientifiques ou professionnelles, sans que votre nom ou toute reconnaissance individuelle ne soit divulgués. Vous acceptez que les données recueillies pour les fins de recherche soient préservées pour une durée de 10 ans avant d'être détruites. Les données brutes seront conservées dans un classeur sous clé, dont l'accès sera limité aux assistants et au directeur de recherche. Les données informatisées seront protégées par un code d'accès connu des assistants et du directeur de recherche. Aussi, vous acceptez qu'un enregistrement audio soit fait lors de la première et de la dernière partie de la rencontre, et ce, pour des fins de recherche. Cet enregistrement sera détruit à la fin de l'étude.

ACCÈS À MON DOSSIER MÉDICAL

Pour les fins de la recherche, vous acceptez que votre dossier clinique soit consulté, en particulier pour l'évaluation de vos prescriptions de médicaments et sur la mesure d'indépendance fonctionnelle (s'ils sont au dossier).



N° VERSION	DATE
1	2007-03-23



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

N° de projet : 2007-90

Titre du projet : L'usage de substances psychoactives chez les personnes blessées médullaires

Responsable(s) du projet : Frédérique Courtois, Ph.D. et Myriane Tétrault, M.Sc., Ph.D./Psy.D. (candidate)

- 1) Le(la) responsable m'a informé(e) de la nature et des buts de ce projet de recherche ainsi que de son déroulement;
- 2) Le(la) responsable m'a informé(e) des risques et inconvénients associés à ma participation;
- 3) Ma participation à cette étude est volontaire et je peux me retirer en tout temps sans préjudice;
- 4) Les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et elles ne seront utilisées qu'aux fins scientifiques et par les partenaires identifiés au formulaire d'information;
- 5) J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant ce projet et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes;
- 6) Ma décision de participer à cette étude ne libère ni les chercheurs, ni l'établissement hôte de leurs obligations envers moi;
- 7) Je sais qu'aucune rémunération n'est rattachée à ma participation;
- 8) Le(la) responsable m'a remis un exemplaire du feuillet d'information et du formulaire de consentement;
- 9) J'ai lu le présent formulaire et je consens volontairement à participer à cette étude;
- 10) Je désire recevoir une copie des résultats de l'étude oui non
- 11) Acceptez-vous que l'on vous recontacte pour une étude ultérieure sur un sujet similaire? oui non

Nom et prénom du sujet

Date de naissance

Numéro de téléphone

Signature du sujet *

Date

Nom du chercheur

Date

Signature

Assentiment de la
personne mineure
(si possible)

Date

Signature

* Dans le cas de personnes mineures ou inaptes, remplacer la signature du sujet par celle du parent ou du tuteur

APPENDICE D

QUESTIONNAIRES DEBA-A ET DEBA-D
(TREMBLAY ET AL., 2001)

Dépistage/Évaluation du besoin d'aide- alcool

Initiales du participant : _____

Âge : _____

Sexe : _____

	AVANT LA LÉSION					RÉADAPTATION FONCTIONNELLE					RETOUR À DOMICILE				
	Jamais	Moins d'une fois par mois	1-3 fois/mois	1-2 fois /semaine	3 fois et +/semaine	Jamais	Moins d'une fois par mois	1-3 fois/mois	1-2 fois /semaine	3 fois et +/semaine	Jamais	Moins d'une fois par mois	1-3 fois/mois	1-2 fois /semaine	3 fois et +/semaine
1- Dans la dernière année, à quelle fréquence avez-vous consommé de la bière, du vin, du fort ou autres boissons alcoolisées?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Depuis un an, lors d'une semaine typique de consommation d'alcool	Nombre jours par semaine	Nombre consommations par jour	Nombre consommations dans une semaine			Nombre jours par semaine	Nombre consommations par jour	Nombre consommations dans une semaine			Nombre jours par semaine	Nombre consommations par jour	Nombre consommations dans une semaine		
3- Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu en une seule occasion 4 verres ou plus pour les femmes 5 verres ou plus pour les hommes?	Combien de fois avez-vous bu en une seule occasion					Combien de fois avez-vous bu en une seule occasion					Combien de fois avez-vous bu en une seule occasion				

Veuillez répondre aux questions à l'endos de la feuille en considérant la dernière année (ou les dernières semaines) avant votre lésion, de votre réadaptation fonctionnelle et de votre retour à domicile.

Dépistage/Évaluation du besoin d'aide – drogues

Nom du participant : _____

Âge : _____

Sexe : _____

Dans la liste des produits suivants, indiquer à quelle fréquence la personne a consommé de chacun de ceux-ci avant la lésion, au moment de la réadaptation fonctionnelle et lors du retour à domicile.

	AVANT LA LÉSION						RÉADAPTATION FONCTIONNELLE						RETOUR À DOMICILE					
	Jamais	< 1 fois/mois	1-3 fois/mois	1-2 fois /semaine	3 fois et +/semaine	Mode de consommation *	Jamais	< 1 fois/mois	1-3 fois/mois	1-2 fois /semaine	3 fois et +/semaine	Mode de consommation *	Jamais	< 1 fois/mois	1-3 fois/mois	1-2 fois /semaine	3 fois et +/semaine	Mode de consommation *
1- Médicaments Si toutes les semaines <input type="checkbox"/> Dépasse posologie <input type="checkbox"/> De plus d'un médecin <input type="checkbox"/> Non prescrits	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Injecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Injecté	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Injecté										
2- Cannabis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>									
3- PCP	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Injecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Injecté	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Injecté										
4- Hallucinogènes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>									
5- Cocaïne	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Injecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Injecté	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Injecté										
6- Autres stimulants	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Injecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Injecté	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Injecté										
7- Opiacés	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Injecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Injecté	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Injecté										
8- Inhalants	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>									
9- Fréquences cumulées des drogues	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Injecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Injecté	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Injecté										

Si vous avez coché dans la zone grise, passez aux questions 10 à 15. Sinon terminez ici.

APPENDICE E

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES POUR LE TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR ET LES TROUBLES ANXIEUX DU DSM-IV (APA, 2004)

LE TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR

Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pour une durée d'au moins deux semaines; au moins un de ces symptômes est soit (1) une humeur dépressive ou (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure).
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex : modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriés (qui peut être délirante) presque tous les jours.

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un trouble bipolaire.

C. Les symptômes engendrent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou autres.

D. Les symptômes ne sont pas associés aux effets physiologiques d'une substance ou à une affection médicale générale.

E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil.

LES TROUBLES ANXIEUX

LE TROUBLE PANIQUE

A- À la fois les symptômes 1 et 2 sont présents :

1. Attaques de panique récurrentes
2. Au moins une des attaques a été suivies par au moins un des symptômes suivants :
 - a. Crainte d'avoir d'autres attaques
 - b. Préoccupations à propos des conséquences possibles de l'attaque (devenir fou, mourir ou peur d'avoir une crise cardiaque)
 - c. Changement de comportement
 - d. Présence ou non d'agoraphobie
 - e. Les attaques de panique ne sont pas dues à une substance ou à une maladie
 - f. Les attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble anxieux tels que la phobie sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble de stress post-traumatique ou le trouble d'anxiété de séparation.

L'AGORAPHOBIE

A. Il s'agit d'une anxiété reliée au fait d'être dans un endroit où il serait difficile de sortir ou d'avoir du secours en cas d'attaque de panique spontané ou suite à des situations spécifiques. De façon typique les peurs agoraphobiques regroupent un ensemble de situations telles que : se trouver seul en dehors de son domicile, être dans une foule, une file d'attente, être sur un pont, être dans une automobile, un train, un autobus ou un avion.

B. Les situations provoquant la peur sont soit évitées, soit vécues avec beaucoup de souffrance ou avec la peur d'avoir une attaque de panique.

C. L'anxiété n'est pas expliquée par un autre trouble tel la phobie sociale (en relation avec les situations sociales), la phobie spécifique (situation unique), un trouble obsessionnel compulsif, un trouble de stress post-traumatique ou un trouble d'anxiété de séparation.

LA PHOBIE SOCIALE

A- Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien potentiellement observés attentivement par autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante.

B- L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation.

C- Le sujet reconnaît le caractère excessif de la peur.

D- Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intense.

E- L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situation(s) redoutée(s) perturbe(nt), de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (ou scolaires), ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui.

F- Pour les individus de moins de 18 ans, le diagnostic est porté que si la durée des symptômes est d'au moins 6 mois.

G- La peur ou le comportement d'évitement n'est pas lié aux effets physiologiques directs d'une substance ni à une affectation médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

H- Si une affection médicale générale ou un autre trouble de santé mentale est présent, la peur décrite en A est indépendante de ces troubles.

LA PHOBIE SPÉCIFIQUE

A- La personne éprouve une crainte forte et persistante qui est excessive ou peu raisonnable. Elle est reliée à un objet ou une situation spécifique. Le stimulus phobique provoque presque toujours immédiatement une réponse d'inquiétude qui peut amener ou non à une attaque de panique

B- Le sujet reconnaît le caractère irraisonnable de sa crainte.

C- Le sujet évite le stimulus phobique ou le supporte avec une importante anxiété.

D- Le sujet est âgé de 18 ans et doit avoir les symptômes depuis au moins 6 mois.

E- Détresse importante vécue de la part du sujet et interfère avec le fonctionnement personnel, professionnel ou social.

F- Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble de santé mental.

1. Phobie des animaux : Inclus la crainte des animaux comme les chiens, les chats, les araignées, les souris, les oiseaux, les poissons et les serpents.
2. Phobie sang-injection-piqûre : Inclus la crainte de voir du sang, de recevoir des piqûres, de voir des interventions médicales à la télévision ou même d'en parler.
3. Phobie de certaines situations : Inclus la crainte de certaines situations comme l'avion, les ascenseurs, les endroits clos.
4. Autres phobies

LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

A- Existence soit d'obsessions soit de compulsions : Obsessions définies par les items 1, 2, 3 et 4.

1. Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante.
2. Les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle.
3. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.
4. Le sujet reconnaît que les pensées, impulsions ou représentations obsédantes proviennent de sa propre activité mentale.

Les compulsions sont définies par les items 1 et 2

1. Comportements répétitifs (p. ex., lavage des mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p. ex., prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.
2. Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés.

B. Reconnaissance du caractère excessif des pensées et des compulsions.

C. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable ou interfèrent de façon significative avec le fonctionnement social, professionnel ou autres.

E. La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance ni d'une affection médicale générale ni d'un autre trouble de l'AXE 1.

LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

A- La personne a été exposée à un événement traumatique dans lequel les 2 éléments suivants étaient présents :

1. La personne a expérimenté, a été témoin ou a été confrontée à un événement ou des événements qui impliquent des menaces de mort ou des blessures réelles, ou encore des menaces à son intégrité physique ou celle des autres.
2. La réaction de la personne a impliqué une peur intense, une impuissance ou de l'horreur.

B- L'événement traumatique est réexpérimenté de façon persistante dans une (ou plus) des façons suivantes :

1. Souvenirs de l'événement récurrents et envahissants, incluant des images, des pensées ou des perceptions.
2. Rêves pénibles et récurrents sur l'événement.
3. Agir ou se sentir comme si l'événement traumatique était récurrent (inclus la sensation de revivre l'expérience, illusions, hallucinations et des épisodes de flashback dissociatifs).
4. Détresse psychologique intense à l'exposition de signaux externes ou internes qui symbolisent ou ressemblent à un aspect de l'événement traumatique.
5. Réactions physiologiques à l'exposition de signaux externes ou internes qui symbolisent ou ressemblent à un aspect de l'événement traumatique.

C- Refus persistant de stimuli associés au traumatisme (non présent avant le traumatisme), comme indiqué par au moins trois des symptômes suivants :

1. Efforts pour éviter les pensées, impressions ou conversations associées au traumatisme.
2. Efforts pour éviter les activités, endroits ou personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
3. Incapacité de se remémorer un aspect important du traumatisme.
4. Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives.

5. Sentiment de détachement ou de séparation des autres.
6. Réduction des affects (ex : incapable d'avoir des sentiments amoureux).
7. Sentiment de futur raccourci (ex : n'aspire pas à une carrière, mariage, enfants ou une vie normale).

D. Symptômes d'hyperactivation neurovégétative par la présence d'au moins deux des symptômes suivants :

1. Difficulté à s'endormir ou à rester endormi
2. Irritabilité
3. Difficulté à se concentrer
4. Hypervigilance
5. Réactions de sursauts exagérées

E. Durée des symptômes pendant plus d'un mois.

F. Le trouble entraîne une détresse cliniquement significative au plan personnel, professionnel et social.

LE TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

A- Anxiété et soucis excessifs (attentes avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (comme le travail ou les performances scolaires).

B- La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

C- L'anxiété et les soucis sont associés à au moins trois des six symptômes suivants :

1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
2. Fatigabilité
3. Difficulté de concentration ou de mémoire
4. Irritabilité
5. Tensions musculaires
6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).

B. La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance ni d'une affection médicale générale ni d'un autre trouble de l'AXE 1.

APPENDICE F

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES TROUBLES DE PERSONNALITÉ SELON LE DSM-IV (APA, 2004)

LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ ÉVITANTE

Mode général d'inhibition sociale, de sentiment de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans divers contextes, comme en témoignent au moins quatre des symptômes suivants :

1. Le sujet évite les activités sociales ou professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté.
2. Réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé.
3. Le sujet est réservé dans des relations intimes par crainte d'être exposé à la honte ou au ridicule.
4. Le sujet craint d'être critiqué ou rejeté dans des situations sociales.
5. Le sujet est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles en raison d'un sentiment de ne pas être à la hauteur.
6. Le sujet se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres.
7. Le sujet est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras.

LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ DÉPENDANTE

Besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et "collant" et à une peur de la séparation, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes:

1. Le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui.
2. A besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie.
3. Le sujet a du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation..
4. Le sujet a du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par un manque de motivation ou d'énergie).
5. Le sujet cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables.
6. Le sujet se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller.
7. Lorsqu'une relation proche se termine, le sujet cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien qu'il a besoin.
8. Le sujet est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul.

LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ OBSESSIONNELLE-COMPULSIVE

Mode général de préoccupations par l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnelle, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoigne au moins quatre des symptômes suivants :

1. Préoccupations par les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but général de l'activité est perdu de vue.
2. Perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (ex : incapacité d'achever un projet car les exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies)
3. Dévotion excessive pour le travail ou la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés (sans que cela soit expliqué par des impératifs économiques évidents).
4. Le sujet est trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle).
5. Incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale.
6. Réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses.
7. Le sujet se montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres; l'argent est perçu comme quelque chose à accumuler en vue d'une catastrophe future
8. Le sujet se montre têtu et rigide

LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ PARANOÏAQUE

Méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes, qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présente dans divers contextes comme en témoignent au moins quatre des symptômes suivants :

1. Le sujet s'attend sans raison suffisante à ce que les autres l'exploitent, lui nuisent ou le trompent.
2. Le sujet est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis ou associés.
3. Le sujet est réticent à se confier à autrui en raison d'une crainte injustifiée que l'information soit utilisée pour lui nuire.
4. Le sujet discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes dans des commentaires ou des événements anodins.
5. Rancunier, c'est-à-dire qu'il ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné.
6. Le sujet perçoit des attaques contre sa personne ou sa réputation alors que ce n'est pas apparent pour les autres et contre-attaque ou réagit avec colère.
7. Le sujet met en doute de manière répétée et sans justification, la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel.

Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ou d'un autre trouble psychotique et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ HISTRIIONIQUE

Mode général de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention, qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers comme en témoigne au moins cinq des symptômes suivants :

1. Le sujet est mal à l'aise dans des situations où il n'est pas le centre de l'attention d'autrui.
2. L'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadapté ou une attitude de provocation.
3. Expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante.
4. Le sujet utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi.
5. Manière de parler trop subjective mais pauvre en détails.
6. Dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle.
7. Suggestibilité puisque le sujet est facilement influencé par autrui ou par les circonstances.
8. Le sujet considère que ses relations sont plus intimes que ce qu'elles sont en réalité.

LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ NARCISSIQUE

Mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaissent au début de l'âge adulte et sont présents dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes:

1. Le sujet a un sens grandiose de sa propre importance.
2. Il est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal.
3. Le sujet pense être spécial et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau.
4. Le sujet a un besoin excessif d'être admiré.
5. Le sujet pense que tout lui est dû. Il s'attend sans raison de bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits.
6. Il exploite l'autre dans ses relations interpersonnelles. Il utilise autrui pour parvenir à ses propres fins.
7. Il manque d'empathie. Il n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui.
8. Le sujet envie souvent les autres et croit que les autres l'envient.
9. Le sujet fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains.

LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ BORDERLINE OU LIMITE

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des symptômes suivante:

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés.
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
3. Perturbation de l'identité: instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
7. Sentiments chroniques de vide.
8. Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère (p. ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ ANTISOCIALE

Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des symptômes suivants:

1. Incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation.
 2. Tendance à tromper par profit ou par plaisir, par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries.
 3. Impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance.
 4. Irritabilité ou agressivité, par la répétition de bagarres ou d'agressions.
 5. Mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui.
 6. Irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières.
 7. Absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui.
- B. Âge au moins égal à 18 ans.
- C. Manifestations d'un trouble des conduites débutant avant l'âge de 15 ans.

APPENDICE G

QUESTIONNAIRE SUR L'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE
(FREESTON ET AL., 1994)

Incertitude

Voici une série d'énoncés qui représentent comment les gens peuvent réagir à l'incertitude dans la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (écrivez le numéro vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant

-
1. ___ L'incertitude m'empêche de prendre position.
 2. ___ Être incertain(e) veut dire qu'on est une personne désorganisée.
 3. ___ L'incertitude rend la vie intolérable.
 4. ___ C'est injuste de ne pas avoir de garanties dans la vie.
 5. ___ Je ne peux pas avoir l'esprit tranquille tant que je ne sais pas ce qui va arriver le lendemain.
 6. ___ L'incertitude me rend mal à l'aise, anxieux(se) ou stressé(e).
 7. ___ Les imprévus me dérangent énormément.
 8. ___ Ça me frustre de ne pas avoir toute l'information dont j'ai besoin.
 9. ___ L'incertitude m'empêche de profiter pleinement de la vie.
 10. ___ On devrait tout prévenir pour éviter les surprises.
 11. ___ Un léger imprévu peut tout gâcher, même la meilleure des planifications.
 12. ___ Lorsque c'est le temps d'agir, l'incertitude me paralyse.
 13. ___ Être incertain(e) veut dire que je ne suis pas à la hauteur.
 14. ___ Lorsque je suis incertain(e), je ne peux pas aller de l'avant.
 15. ___ Lorsque je suis incertain(e), je ne peux pas bien fonctionner.
 16. ___ Contrairement à moi, les autres semblent toujours savoir où ils vont dans la vie.
 17. ___ L'incertitude me rend vulnérable, malheureux(se) ou triste.
 18. ___ Je veux toujours savoir ce que l'avenir me réserve.
-

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant

19. _____ Je deteste être pris(e) au dépourvu.
20. _____ Le moindre doute peut m'empêcher d'agir.
21. _____ Je devrais être capable de tout organiser à l'avance.
22. _____ Être incertain(e), ça veut dire que je manque de confiance.
23. _____ Je trouve injuste que d'autres personnes semblent certaines face à leur avenir.
24. _____ L'incertitude m'empêche de bien dormir.
25. _____ Je dois me retirer de toute situation incertaine.
26. _____ Les ambiguïtés de la vie me stressent.
27. _____ Je ne tolère pas d'être indécis(e) au sujet de mon avenir.

APPENDICE H

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ SUR L'ÉVALUATION DU SUPPORT SOCIAL
(SARASON ET AL., 1987)

Initiales du participants : _____

Date : _____

Le questionnaire abrégé sur l'évaluation du soutien social

Directives

Le but de ce questionnaire est de déterminer s'il y a, dans votre entourage, des personnes qui peuvent vous aider ou vous supporter, si vous en avez besoin. Chacune des questions comprend deux parties (A et B). Dans la partie A, nous vous demandons d'indiquer si dans certaines situations, vous connaissez des personnes qui peuvent vous aider ou vous supporter depuis votre lésion. Dans la partie B, nous vous demandons jusqu'à quel point cela vous satisfait.

Si pour une situation donnée, nous ne pouvez recevoir l'aide de personne, faites un crochet (X) à coté du mot « personne » (partie A) et indiquez jusqu'à quel point cela vous satisfait (partie B).

Vous pouvez être assuré(e) de l'entière confidentialité de vos réponses. Veuillez répondre de votre mieux à toutes les questions.

1- Sur qui pouvez-vous compter quand vous avez besoin d'aide ?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit (lien avec vous).

1. _____	4. _____	7. _____
2. _____	5. _____	8. _____
3. _____	6. _____	9. _____

Personne : _____

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait. (Si vous n'avez personne, comment vous sentez-vous par rapport à cette situation ?)

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
Satisfait(e)	Satisfait(e)	Satisfait(e)	Insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Insatisfait(e)

2- Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous détendre quand vous êtes tendu(e) ou quand vous faites face à des difficultés ?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit (lien avec vous).

1. _____	4. _____	7. _____
2. _____	5. _____	8. _____
3. _____	6. _____	9. _____

Personne : _____

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait. (Si vous n'avez personne, comment vous sentez-vous par rapport à cette situation ?)

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
Satisfait(e)	Satisfait(e)	Satisfait(e)	Insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Insatisfait(e)

3- Qui vous accepte totalement avec vos bons et vos mauvais côtés ?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit (lien avec vous).

1. _____	4. _____	7. _____
2. _____	5. _____	8. _____
3. _____	6. _____	9. _____

Personne : _____

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait. (Si vous n'avez personne, comment vous sentez-vous par rapport à cette situation ?)

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
Satisfait(e)	Satisfait(e)	Satisfait(e)	Insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Insatisfait(e)

4- Est-ce qu'il y a quelqu'un qui vous aime toujours quoiqu'il arrive ?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit (lien avec vous).

1. _____	4. _____	7. _____
2. _____	5. _____	8. _____
3. _____	6. _____	9. _____

Personne : _____

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait. (Si vous n'avez personne, comment vous sentez-vous par rapport à cette situation ?)

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
Satisfait(e)	Satisfait(e)	Satisfait(e)	Insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Insatisfait(e)

5- Sur qui pouvez-vous réellement compter quand vous avez l'impression que vous n'en pouvez plus ?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit (lien avec vous).

1. _____ 4. _____ 7. _____
2. _____ 5. _____ 8. _____
3. _____ 6. _____ 9. _____

Personne : _____

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait. (Si vous n'avez personne, comment vous sentez-vous par rapport à cette situation ?)

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
Satisfait(e)	Satisfait(e)	Satisfait(e)	Insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Insatisfait(e)

6- Sur qui pouvez-vous compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé(e) ou que vous avez beaucoup de peine ?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit (lien avec vous).

1. _____ 4. _____ 7. _____
2. _____ 5. _____ 8. _____
3. _____ 6. _____ 9. _____

Personne : _____

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait. (Si vous n'avez personne, comment vous sentez-vous par rapport à cette situation ?)

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
Satisfait(e)	Satisfait(e)	Satisfait(e)	Insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Insatisfait(e)

APPENDICE I

LE QUESTIONNAIRE DE LA DOULEUR DE MCGILL
(MELZACK, 1984)

SHORT-FORM MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE (SF-MPQ) (FRENCH)

RONALD MELZACK

INITIALES DU PARTICIPANT _____

DATE _____

Depuis votre lésion, veuillez indiquer si vous avez ressenti une douleur physique pouvant correspondre à chacun des 15 mots indiqués. Si vous n'avez pas ressenti une douleur correspondant au mot inscrit, veuillez cocher « aucune » alors que si vous avez ressenti une douleur correspondant au mot inscrit, veuillez cocher son intensité « légère, modérée ou sévère ».

	AUCUNE	LÉGÈRE	MODÉRÉE	SÉVÈRE
1-QUI BAT	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
2-FULGURANTE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
3-QUI POIGNARDE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
4-VIVE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
5-QUI CRAMPE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
6-QUI RONGE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
7-CHAUDE BRÛLANTE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
8-PÉNIBLE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
9-POIGNANTE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
10-SENSIBLE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
11-QUI FEND	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
12-FATIGUANTE-ÉPUISANTE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
13-ÉCOEURANTE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
14-ÉPEURANTE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
15-VIOLENTE-CRUELLE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____

Veuillez indiquer *l'intensité de votre douleur actuelle* en cochant le terme qui convient le mieux à celle que vous ressentez. Par la suite, faites une ligne verticale correspondant au niveau de votre douleur actuelle (aucune douleur à douleur extrême)

P P I

0	PAS DE DOULEUR	_____		
1	FAIBLE	_____		
2	INCONFORTABLE	_____		
3	FORTE	_____		
4	SÉVÈRE	_____	pas de douleur	douleur extrême
5	INSUPPORTABLE	_____		

R. Melzack, 1984

LEXIQUE

Abus de substances : Selon le DSM-IV-TR (APA, 2004), l'abus d'une substance est un mode d'utilisation inadéquat du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois,

- Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (ex : absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligences des enfants ou des tâches ménagères);
- Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (ex : lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'effet d'une substance);
- Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (ex : arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance);
- Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (ex : disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

b- Les symptômes n'ont jamais atteints, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

Centre de réadaptation en dépendance : Centre de réadaptation offrant des services spécialisés en dépendance (alcool, drogues, autres psychotropes, jeu).

Dépendance à une substance : Selon le DSM-IV-TR (APA, 2004), une dépendance à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période de 12 mois :

- Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré;
 - Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
- Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - Syndrome de sevrage caractéristique de la substance
 - Développement d'un syndrome spécifique d'une substance dû à l'arrêt (ou à la réduction) de l'utilisation prolongée et massive de cette substance;
 - Le syndrome spécifique de la substance cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
 - Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.
 - La même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu;
- Il y a un désir persistant et des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation d'une substance;

- Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (ex : consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (ex : fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets;
- Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation d'une substance;
- L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

Intoxication à une substance : Dans le DSM-IV-TR (APA, 2004), l'intoxication à une substance fait partie des troubles induits par une substance. Trois critères doivent être répondus afin d'obtenir un diagnostic d'intoxication.

- Développement d'un syndrome réversible, spécifique d'une substance, dû à l'ingestion récente (ou à l'exposition à) de cette substance.
- Changements comportementaux ou psychologiques inadaptés, cliniquement significatifs, dus aux effets de la substance sur le système nerveux central (ex : agressivité, labilité de l'humeur, altérations cognitives, altération du jugement, du fonctionnement social ou professionnel) qui se développent pendant ou peu après l'utilisation de la substance.
- Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Médicaments psychothérapeutiques : Ces médicaments comprennent les antidépresseurs, les antipsychotiques et les médicaments stabilisateurs de l'humeur.

Substances psychoactives : Les substances psychoactives (aussi appelées psychotropes) sont des produits qui agissent sur le psychisme d'un individu en modifiant son fonctionnement mental. Ces substances peuvent entraîner des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement et certaines fonctions psychologiques. Plusieurs manifestations physiques peuvent aussi s'ajouter (Léonard et Ben Amar, 2002). Dans ce document, les

substances psychoactives vont regrouper l'alcool, les drogues illicites de même que les médicaments psychotropes (sédatifs, opiacés, médicaments psychothérapeutiques tels que les antidépresseurs, les antipsychotiques et les stabilisateurs de l'humeur).

Trouble lié à l'utilisation d'une substance : Les troubles liés à une substance sont divisés en deux catégories dans le DSM-IV-TR (2004); troubles liés à l'utilisation d'une substance (abus et dépendance à une substance) et les troubles liés à l'intoxication à une substance (intoxication par une substance, sevrage à une substance, délirium induit par une substance, démence persistante induite par une substance, trouble amnésique persistant induit par une substance, trouble psychotique induit par une substance, trouble de l'humeur induit par une substance, trouble anxieux induit par une substance, dysfonction sexuelle induite par une substance et trouble du sommeil induit par une substance). Dans le présent document, nous prendrons en considération plus particulièrement les troubles liés à l'utilisation d'une substance.

Usage: Dans le présent document, le terme « usage » fait référence à l'action de consommer une substance qu'elle soit psychoactive ou non (alcool, drogues, médicaments psychotropes ou non).

Usage à faible risque : Une personne à *faible risque* fait usage d'une substance selon une quantité et une fréquence qui n'engendrent pas de problèmes physiques, psychologiques, judiciaires ou sociaux (Tremblay et al., 2001). Dans le cadre de cette thèse, l'usage à faible risque regroupe également les personnes abstinentes (ne faisant pas usage d'une substance psychotrope particulière).

Usage à risque : Une personne à *risque* fait l'usage d'une substance selon une quantité et une fréquence qui augmentent de façon significative la probabilité d'apparition de problèmes physiques, psychologiques, judiciaires ou sociaux (Tremblay et al., 2001). Il est possible qu'une personne à risque ne vive pas de problèmes concrets liés à sa consommation, mais les risques d'en développer s'accroissent.

Usage problématique : Une personne faisant un *usage problématique*, fait usage d'une substance selon une quantité et une fréquence qui engendrent des problèmes concrets. Toutefois, l'intensité et la fréquence des problèmes vécus ne sont pas assez importantes pour être considérées comme une consommation abusive ou dépendante (Tremblay et al., 2001).

Usage à haut risque : Dans le cadre de cette thèse, l'usage à haut risque regroupe l'usage à risque, problématique, abusif et dépendant (tous définis précédemment).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alston, R.J. (1994). Sensation Seeking as a Psychological Trait of Drug Abuse Among Persons With Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 38(2), 154-163.
- American Psychological Association (2004). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Washington, DC : APA
- Anderson, P. (1980). Alcoholism and the Spinal Cord Disabled: A Model Program. *Alcohol Health Research World*, 5, 37-41.
- Babor, T.F. (1993). Substance Use Disorders and Persons With Physical Disabilities: Nature, Diagnosis, and Clinical Subtypes. In A.W. Heinemann (Ed.), *Substance Abuse and Physical Disability*, p. 43-61. New York: The Haworth Press.
- Babor, E.T., Kranzler, H.R. et Lauerma, R.L. (1987). Social Drinking as a Health and Psychosocial Risk Factor: Anstie's Limit Revisited. In M. Galanter (Ed.), *Recent Developments in Alcoholism, Vol.5*, p. 373-402. New York: Plenum Press.
- Babor, T.F., McRee, B.G., Kassebaum, P.A., Grimaldi, P.L. et Ahmed, K (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): Toward a Public Health Approach to the Management of Substance Abuse. *Substance Abuse*, 28(3), 7-30.
- Ben Amar, M. et Léonard, L. (2002). Mécanismes d'action des psychotropes et notions de pharmacologie clinique. In L. Léonard et M. Ben Amar (Eds), *Les psychotropes, pharmacologie et toxicomanie*, p.91-110. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bombardier, C.H. (2000). Alcohol and Traumatic Disability. In R.G. Frank et T.R. Elliott (Eds.), *Handbook of Rehabilitation Psychology*, p.399-416. Washington, DC.: American Psychological Association.
- Bombardier, C.H. et Rimmele, C. (1998). Alcohol Use and Readiness to Change After Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 1110-1115.
- Bombardier, C.H., Stroud, M.W., Esselman, P.C. et Rimmele, C.T. (2004). Do Preinjury Alcohol Problems Predict Poorer Rehabilitation Progress in Persons With Spinal Cord Injury? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1488-1492.

- Bouvard, M. (2006). *Les troubles obsessionnels-compulsifs- Principes, thérapies, applications*. 2^{ème} édition. Paris : Masson.
- Bouvard, M. et Cottraux, J. (2005). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. 4^{ème} édition. Paris : Masson.
- Bozzacco, V. (1990). Vulnerability and Alcohol and Substance Abuse in Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Nursing*, 15(2), 70-72.
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situations, pratiques*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Budh, C.N. et Lundeberg, T. (2005). Use of Analgesic Drugs in Individuals With Spinal Cord Injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(2), 87-94.
- Budziack, T.J. (1993). Substance Abuse Assessment and Treatment: Where we are, Where we are Going, and How It Will Affect Services to Persons with Substance Abuse Problems. In A.W. Heinemann (Ed.), *Substance Abuse and Physical Disability*, p.117-140. New York: The Haworth Press.
- Burke, D.A., Linden, R.D., Zhang, Y.P., Maiste, A.C. et Shields, C.B. (2001). Incidence Rates and Population at Risk for Spinal Cord Injury: A Regional Study. *Spinal Cord*, 39(5), 274-278.
- Callaghan, E.H., Radnitz, C.L., Tirch, D.D., Perez-Stumolo, L., Schlein, I.S., Willard, J., Lillian, L.B., Festa, J., Walczak, S., Binks, M. et Broderick, C.P. (1996). Is Benzodiazepine Use Related to Substance Misuse History in Veterans With SCI? *Spinal Cord Injury Psychosocial Process*, 9(4), 103-106.
- Carr, A.M., Bailes, J.E., Helmkamp, J.C., Rosen, C.L. et Miele, V.J. (2004). Neurological Injury and Death in All-Terrain Vehicles Crashes in West Virginia: A 10-Years Retrospective Review. *Neurosurgery*, 54(4), 861-866.
- Chan, R.C.K., Lee, P.W.H. et Lieh-Mak, F. (2000). The Pattern of Coping in Persons With Spinal Cord Injuries. *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 22(11), 501-507.
- Churchill, A.C., Burgess, P.M., Pead, J. et Gill, T. (1993). Measurement of the Severity of Amphetamine Dependence. *Addiction*, 88, 1335-1340.
- Collège des médecins du Québec (2009). *Douleur chronique et opioïdes : l'essentiel*. Consulté le 24 décembre 2009 au http://www.cmq.org/fr/ObtenirPermis/Profil/Commun/AProposOrdre/Publication/s/-/media/75D08BE5562E45199E184536F9371876.ashx?sc_lang=frCA&120907.

- Craig, A., Hancock, K. et Dickson, H. (1999). Improving the Long-Term Adjustment of Spinal Cord Injured Persons. *Spinal Cord*, 37(5), 345-350.
- Craig, A., Tran, Y. et Middleton, J. (2009). Psychological Morbidity and Spinal Cord Injury : A Systematic Review SCI and Psychological Morbidity. *Spinal Cord*, 47, 108-114.
- Cushman, L.A., Good, R.G. et States, J.D. (1991). Characteristics of Motor Vehicle Accidents Resulting in Spinal Cord Injury. *Accident Analysis and Prevention*, 23(6), 557-560.
- Davidson, R. et Raistrick, D. (1986). The Validity of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) Questionnaire: A Short Self-Report Questionnaire for the Assessment of Alcohol Dependence. *British Journal of the Addiction*, 81, 217-222.
- Davies, D.S. et McColl, M.-A. (2002). Lifestyle Risks for Three Disease Outcomes in Spinal Cord Injury. *Clinical Rehabilitation*, 16(1), 96-108.
- Dean, J., Fox, A. et Jensen, W. (1985). Drugs and Alcohol Use by Disabled and Nondisabled Persons : A Comparative Study. *International Journal of Addictions*, 20(4), 629-641.
- De Miranda, J., Young, M. et Casner, C.A. (1993). Developing Alcohol and Drug Abuse Services in a Spinal Cord Injury Program. *Spinal Cord Injury Psychosocial Process*, 6(2), 61-68.
- DiClemente, C.C., Bellino, L.E. et Neavins, T.M. (1999). Motivation for Change and Alcoholism Treatment. *Journal of Substance and Health*, 23(2), 86-92.
- Ditre, J.W. et Radnitz, C.L. (2005). Pre- and Postinjury Substance Misuse Among Veterans With Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 50(2), 142-148.
- Dugas, M.J., Freeston, M.H. et Ladouceur, R. (1997). Intolerance to Uncertainty and Problem Orientation in Worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 593-606.
- Dunnegan, S.W. (1997). Violence, Trauma and Substance Abuse (1997). *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(4), 345-351.
- Elliot, T.R., Kurylo, M., Chen, Y. et Hicken, B. (2002). Alcohol Abuse History and Adjustment Following Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 47(3), 278-290.
- Ekselius, L., Lindström, E., von Knorring, L., Bodlund, O. et Kullgren, G. (1994). SCID II Interviews and the SCID Screen Questionnaire as Diagnostic Tools for Personality Disorders in DSM-III-R, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 120-123.

- Finlayson, R.E., Maruta, T., Morse, R.M. et Martin, M.A. (1986). Substance Dependence and Chronic Pain : Experience With Treatment and Follow Up Results. *Pain*, 26, 175 -180.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. et Benjamin, L.S. (1997). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon M. et Williams, J.B.W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID IV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas M.J. et Ladouceur, R., (1994). Why Do People Worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Frisbie, J.H. et Tun, C.G. (1984). Drinking and Spinal Cord Injury. *Journal of the American Paraplegia Society*, 7(4), 71-73.
- Fullerton, D., Harvey, R., Klein, M. et Howell, T. (1981). Psychiatric Disorders in Patients With Spinal Cord Injuries. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1369-1371.
- Garrison, A., Clifford, K., Gleason, S.F., Tun, C.G., Brown, R. et Garshick, E. (2004). Alcohol Use Associated With Cervical Spinal Cord Injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 27(2), 111-115.
- Gentilello, L.M. (1988). Major Injury as a Unique Opportunity to Initiate Treatment in the Alcoholic. *American Journal of Surgery*, 156, 558-561.
- Glass, E. (1980). Problem Drinking Among the Blind and Visually Impaired. *Alcohol Health and Research World*, 5(2), 20-25.
- Gordon, S. et Lewis, D. (1993). Psychosocial Challenges of Drugs, Violence and Spinal Cord Injury Among African-American Inner City Males. *Spinal Cord Injury Psychosocial Process*, 6(2), 53-60.
- Gossop, M., Best, D., Marsden, J. et Strang, J. (1997). Test-Retest Reliability of the Severity of the Dependence Scale. *Addiction*, 92, 353-354.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. et Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric Properties of the SDS in English and Australian Samples of Heroin, Cocaine and Amphetamine Users. *Addiction*, 90, 607-614.
- Graham, C., Bond, S., Gerkovich, M. et Cook, M. (1980). Use of the McGill Pain Questionnaire in the Assessment of Cancer Pain: Replicability and Consistency. *Pain*, 8, 377-387.

- Greer, B.G. (1986). Substance Abuse Among People With Disabilities: A Problem of Too Much Accessibility. *Journal of Rehabilitation*, 52, 34-38.
- Hawkins, D.A. et Heinemann, A.W. (1988). Substance Abuse and Medical Complications Following Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 43(3), 219-231.
- Healy, P. (1993). Substance Abuse in Spinal Cord Injured People. *Spinal Cord Injury Psychosocial Process*, 6(2), 73-76.
- Heinemann, A.W. (1993). Prevalence and Consequences of Alcohol and Other Drug Problems Following Spinal Cord Injury. In A.W. Heinemann (Ed.), *Substance Abuse and Physical Disability*, p.63-78. New York: The Haworth Press.
- Heinemann, A.W., Doll, M.D., Armstrong, K.J., Schnoll, S. et Yarkony, G.M. (1991). Substance Use and Receipt of Treatment by Persons With Long Term Spinal Cord Injuries. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 72(7), 482-487.
- Heinemann, A.W., Doll, M.D. et Schnoll, S. (1989a). Treatment of Alcohol Abuse in Persons With Recent Spinal Cord Injuries. *Alcohol Health Research World*, 13, 110-117.
- Heinemann, A.W., Goranson, N., Ginsburg, K. et Schnoll, S. (1989b). Alcohol Use and Activity Patterns Following Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 34(3), 191-205.
- Heinemann, A.W. et Hawkins, D.A. (1995). Substance Abuse and Medical Complications Following Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 40(2), 125-140.
- Heinemann, A.W., Keen, M., Donohue, R. et Schnoll, S. (1988a). Alcohol Use by Persons With Recent Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 69(8), 619-624.
- Heinemann, A.W., Mamott, B.D. et Schnoll, S. (1990). Substance Use by Persons With Recent Spinal Cord Injuries. *Rehabilitation Psychology*, 35(4), 217-238.
- Heinemann, A.W., McGraw, T.E., Brandt, M.J. et Roth, E. (1992). Prescription Medication Misuse Among Persons With Spinal Cord Injuries. *International Journal of Addiction*, 27(3), 301-316.
- Heinemann, A.W., Schnoll, S., Brandt, M., Maltz, R. et Keen, M. (1988b). Toxicology Screening in Acute Spinal Cord Injury. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12(6), 815-819.

- Hepner, R., Kirshbaum, H. et Landes, D. (1980). Counselling Substance Abusers With Additional Disabilities: The Center for Independent Living. *Alcohol Health Research World*, 5, 11-15.
- Higgins-Biddle, J., Hungerford, D. et Cates-Wessel, K. (2009). *Screening and Brief Interventions (SBI) for Unhealthy Alcohol Use: A Step-by-Step Implementation Guide for Trauma Center*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Howard, R. (2006). How is Personality Disorder Linked to Dangerousness? A Putative Role for Early-Onset Alcohol Abuse. *Medical Hypotheses*, 67, 702-708.
- Hyder, S. E., Skodol, A. E., Oldham, J. M., Kellman, H. D. et Doidge, N. (1992). Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: A Replication in an Outpatient Sample, *Comprehensive Psychiatry*, 33, 73 -77.
- Jorge, M.R. et Masur, J. (1985). The Use of the Short-Form Alcohol Dependence Date Questionnaire (SADD) in Brazilian Alcoholic Patients. *British Journal of Addiction*, 80, 301-305.
- Kennedy, P., Lowe, R., Grey, M. et Short, E. (1995). Traumatic Spinal Cord Injury and Psychosocial Impact: A Cross-Sectional Analysis of Coping Strategies. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 627-639.
- Kennedy, P., Marsh, N., Lowe, R., Grey, N., Short, E. et Rogers, B. (2000). A Longitudinal Analysis of Psychosocial Impact in Coping Strategies Following Spinal Cord Injury. *British Journal of Health Psychology*, 5, 157-172.
- Kircus, E. et Brillhart, B.A. (1990). Dealing With Substance Abuse Among People With Disabilities. *Rehabilitation Nursing*, 15(5), 250-253.
- Kirubakaran, V.R., Kumar, N., Powell, B.J. et Tyler, A.J. (1986). Survey of Alcohol and Drug Misuse in Spinal Cord Injured Veterans. *Journal of Studies on Alcohol*, 47(3), 223-227.
- Kiwerski, J. et Krauski, M. (1992). Influence of Alcohol Intake on the Course and Consequences of Spinal Cord Injury. *International Journal of Rehabilitation Research*, 15, 240-245.
- Kolakowsky-Hayner, S.A., Gourley, E.V., Kreutzer, J.S., Marwitz, J.H., Meade, M.A. et Cifu, D.X. (2002). Post-Injury Substance Abuse Among Persons With Brain Injury and Persons With Spinal Cord Injury. *Brain Injury*, 16(7), 583-592.
- Kolakowsky-Hayner, S.A., Gourley, E.V., Kreutzer, J.S., Marwitz, J.H., Cifu, D.X. et McKinley, W.O (1999). Pre-Injury Substance Abuse among Persons with Brain Injury and Persons with Spinal Cord Injury. *Brain Injury*, 13(8), 571-58.

- Krause, J.S. (2004). Factors Associated With Risk for Subsequent Injuries After Traumatic Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(9), 1503-1508.
- Krause, J.S., Coker, J.L., Charlifue, S. et Whiteneck, G.G. (2000). Health Outcomes Among American Indians With Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(7), 924-931.
- Krause, J.S., Vines, C.L., Farley, T.L., Sniezek, J. et Coker, J. (2001). An Exploratory Study of Pressure Ulcers After Spinal Cord Injury: Relationship to Protective Behaviors and Risk Factors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(1), 107-113.
- Kremer, E. et Atkinson, J. (1981). Pain Measurement: Construct Validity of the Affective Dimension of the McGill Pain Questionnaire With Chronic Benign Pain Patients. *Pain*, 11, 93-100.
- Kuendig, H., Hasselberg, M., Laflamme, L. Daepfen, J.-B. et Gmel, G. (2008). Alcohol and Nonlethal Injuries: A Swiss Emergency Department Study on the Risk Relationship Between Acute Alcohol Consumption and Type of Injury. *Journal of Trauma Infection & Critical Care*, 65(1), 203-211.
- Ladouceur, R., Freeston, M.H., Dugas, M.J., Rhéaume, J., Gagnon, F., Thibodeau, N., Boivert, J.-M., Provencher, M. et Blais, F. (1995). *Specific Association Between Generalized Anxiety Disorder and Intolerance of Uncertainty Among Anxiety Disorder Patients*. Communication présentée au 29^{ème} Congrès annuel de l'Association for Advancement of Behavior Therapy. Washington, D.C. : 5 novembre 1995.
- Levy, D.T., Mallonee, S., Miller, T.R., Smith, G.S., Spicer, R.S., Romano, E.O., et Fisher, D.A. (2004). Alcohol Involvement in Burn, Submersion, Spinal Cord, and Brain Injuries. *Medical Science Monitor*, 10(1), CR17-24.
- Levy, D.T., Miller, T.R., Mallonee, S., Spicer, R.S., Romano, E.O., Fisher, D.A. et Smith, G.S. (2002). Blood Alcohol Content (BAC)-Negative Victims in Alcohol Involved Injury Incidents. *Addiction*, 97(7), 909-914.
- Li, L. et Ford, J.A. (1998). Illicit Drugs Use by Women with Disabilities. *The American Journal of Drugs and Alcohol Abuse*, 24(3), 405-418.
- Lowenstein, S., Weissberg, M.P. et Terry, D. (1990). Alcohol, Intoxication, Injuries and Dangerous Behaviors- And the Revolving Emergency Room Door. *Journal of Trauma*, 30, 1252-1258.
- Lowenthal, A. et Anderson, P. (1980). Network Development: Linking the Disabled Community to Alcoholism and Drug Abuse Programs. *Alcohol Health Research World*, 5, 16-19.

- Malec, J., Harvey, R. et Cayner, J. (1982). Cannabis Effects on Spasticity in Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 116-118.
- Malow, R.M., West, J.A., Williams, J.L. et Sutker, P.B. (1989). Personality Disorders Classification and Symptoms in Cocaine and Opioid Addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 765-767.
- Mask, J. (1993). Attitudes of Staff and Spinal Cord Injured Persons Toward the Problem of Substance Abuse. *Spinal Cord Injury Psychosocial Process*, 6(2), 77-82.
- Mawson, A.R., Biundo, J.J., Clemmers, D.I., Jacobs, K.W., Ktsanes, V.K. et Rice, J.C. (1996). Sensation-Seeking, Criminality, and Spinal Cord Injury – A Case Control Study. *American Journal of Epidemiology*, 144(5), 463-472.
- McCreary, C., Turner, J. et Dawson, E. (1981). Principle Dimensions of the Pain Experience and Psychological Disturbance in Chronic Low Back Pain Patients. *Pain*, 11, 85-92.
- McKinley, W.O., Kolakowsky, S.A. et Kreutzer, J.S. (1999). Substance Abuse, Violence, and Outcome After Traumatic Spinal Cord Injury. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78(4), 306-312.
- McMurrin, M. et Hollin, C.R. (1989). The Short Alcohol Dependence Data (SADD) Questionnaire: Norms and Reliability Data for Male Young Offenders. *British Journal of Addiction*, 84, 315-318.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major Properties and Scoring Methods. *Pain*, 1, 277-299.
- Meyers, A.R., Branch, L.G. et Lederman, R.I. (1988). Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use by Independently Living Adults with Major Disabling Conditions. *International Journal of the Addiction*, 23(7), 671-685.
- Michaux, D., Cournoyer, L.-G. et Sabourin, S. (1991). *Relation entre le support social, la détresse psychologique et l'estime de soi*. Communication présentée au 59^{ème} Congrès de l'Association canadienne française pour l'avancement de la science.
- Miller, T.W., Carmona, J.J. et Bishop-Trent, E. (1996). Substance Abuse: Clinical Issues in the Spinal Cord Injured Person. *Spinal Cord Injury Psychosocial Process*, 9(1), 14-17.
- Moore, D. (1992). Substance Abuse Assessment and Diagnosis in Medical Rehabilitation. *NeuroRehabilitation*, 2, 7-15.

- Moore, D. et Li, L. (1994). Alcohol Use and Drinking-Related Consequences Among Consumers of Disability Services. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 38(2), 124-133.
- Moore, D. et Polsgrove, L. (1991). Disabilities, Developmental Handicaps, and Substance Misuse : A Review. *International Journal of Addiction*, 26, 65-90.
- Moore, E. (2005). Alcohol and Trauma: The Perfect Storm. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, 59(3), S53-S56.
- Morgenstern, J., Langenbucher, J., Labouvie, E. et Miller, K.J. (1997). The Comorbidity of Alcoholism and Personality Disorder in a Clinical Population: Prevalence and Relation to Alcohol Typology Variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 74-84.
- Morin, C.M. (2004) *Mesures et évaluations en recherche clinique*. Québec : Université Laval. Consulté le 5 décembre 2009 au <http://www.psy.ulaval.ca/~psyclin/Cours%207%20%20Mesures%20et%20évaluations%20en%20recherche%20clinique.pdf>
- Mourer, S. (1993). Understanding Substance Use in Spinal Cord Injury. *Spinal Cord Injury Psychosocial Process*, 6(2), 83-84.
- O'Boyle, M. et Self, D. (1990). A Comparison of Two Interviews for DSM III—R Personality Disorders. *Psychiatric Research*, 32, 85-92
- O'Donnell, J.J., Cooper, J.E., Gressner, J.E., Shehan, I. et Ashley, J. (1981). Alcohol, Drugs, and Spinal Cord Injury. *Alcohol Health and Research World*, 82, 27-29.
- Perez, M. et Pilsecker, C. (1990). Family Therapy With Spinal Cord Injured Substance Abusers. *Social Work Health Care*, 14(2), 15-25.
- Pires, M. (1989). Substance Abuse: The Silent Saboteur in Rehabilitation. *Nursing Clinics of North America*, 24(1), 291-296.
- Price, C., Makintubee, S., Herndon, W. et Istre, G.R. (1994). Epidemiology of Traumatic Spinal Cord Injury and Acute Hospitalization and Rehabilitation Charges for Spinal Cord Injuries in Oklahoma, 1988-1990. *American Journal of Epidemiology*, 139(1), 37-47.
- Radnitz, C.L. (1993). A New Program for SCI Veterans With Substance Abuse Problems. *Spinal Cord Injury Psychosocial Process*, 6(2), 85-86.
- Radnitz, C.L. et Tirch, D. (1995). Substance Misuse in Individuals With Spinal Cord Injury. *International Journal of the Addictions*, 30(9), 1117-1140.

- Radwanski, M. (1992). Self-Medicating Practices for Managing Chronic Pain After Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Nursing*, 17(6), 312-317.
- Raistrick, D., Dunbar, G. et Davidson, R. (1983). Development of a Questionnaire to Measure Alcohol Dependence. *British Journal of Addiction*, 78, 89-95.
- Rasmussen, G.A. et DeBoer, R.P. (1980). Alcohol and Drug Use Among Clients at a Residential Vocational Rehabilitation Facility. *Alcohol Health and Research World*, 5, 48-56.
- Richards, J.S., Kewman, D.G. et Pierce, C.A. (2000). Spinal Cord Injury. In R.G. Frank et T.R. Elliott (Eds.), *Handbook of Rehabilitation Psychology*, p.11-27. Washington, DC.: American Psychological Association.
- Rohe, D.E. et Basford, J.R. (1989). Traumatic Spinal Cord Injury, Alcohol, and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Rehabilitation Psychology*, 34(1), 25-32.
- Rosenblatt, A.B. et Mekhail, N.A. (2005). Management of Pain in Addicted/Illicit and Legal Substance Abusing Patients. *Pain Practice*, 5, 2-10.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. et Sarason, B.R. (1983). Assessing Social Support : The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1),127-139.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N. et Pierce, G. R. (1987). A Brief Measure of Social Support: Practical and Theoretical Implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510
- Schandler, S.L., Cohen, M.J. et Vulpe, M. (1996). Problem Solving and Coping Strategies in Persons with Spinal Cord Injury Who Have and Do Not Have a Family History of Alcoholism. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 19(2), 78-86.
- Schandler, S.L., Cohen, M.J., Vulpe, M. et Frank, S.E. (1995). Incidence and Characteristics of Spinal Cord Injured Patients With a Family History of Alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(5), 522-527.
- Schaschl, S. et Straw, D. (1993). Chemical Dependency: The Avoided Issue for Persons With Physical Disabilities. In A.W. Heinemann (Ed.), *Substance Abuse and Physical Disability*, p.165-172. New York: The Haworth Press.
- Schnoll, S. (1993). Prescription Medication in Rehabilitation. In A.W. Heinemann (Ed.), *Substance Abuse and Physical Disability*, p.79-91. New York: The Haworth Press.

- Sliwa, J.A., Lim, A.C. et Roth, E.J. (1992). A Second Traumatic Spinal Cord Injury: Associated Risk Factors. Case Report and Review. *Paraplegia*, 30, 288-291.
- Smedema, S.M. et Ebener, D. (2010). Substance Abuse and Psychosocial Adaptation to Physical Disability: Analysis of the Literature and Future Directions. *Disability Rehabilitation*, 32(16), 1311-1319.
- Smith, G.S. et Kraus, J.F. (1988). Alcohol and Residential, Recreational, and Occupation Injuries: A Review of the Epidemiologic Evidence. *Annual Review of Public Health*, 9, 99-121.
- Soderstrom, C.T., Trifillis, A., Shankar, B., Clark, W. et Cowley, R. (1988). Marijuana and Alcohol Use Among 1,023 Trauma Patients. *Archives Surgery*, 123, 733-737.
- Staw, D. Hanson, J. et Schaschl, S.J. (1993). Will a Spinal Cord Injury Cure Chemical Dependency? *Spinal Cord Injury Psychosocial Process*, 6(2), 69-72.
- Sweeney, T.T. et Foote, J.E. (1982). Treatment of Drug and Alcohol Abuse in Spinal Cord Injury Veterans. *International Journal of the Addictions*, 17(5), 897-904.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P. et Reiley, D. (1998). Patterns and Correlates of Cannabis Dependence Among Long-Term Users in an Australian Rural Area. *Addiction*, 93, 1149-1160.
- Tate, D.G. (1993). Alcohol Use Among Spinal Cord-Injured Patients. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 72(4), 192-195.
- Tate, D.G., Forchheimer, M.B., Krause, J.S., Meade, M.A. et Bombardier, C.H. (2004). Patterns of Alcohol and Substance Use and Abuse in Persons With Spinal Cord Injury: Risk Factors and Correlates. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1837-1847.
- Tremblay, J., Rouillard, R., April, N. et Sirois, M. (2001). *DÉBA-A/D, Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide, Alcool/Drogues*, version 1.7. Manuel d'utilisation. Québec :ALTO/Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve.
- Trieschmann, R. (1988). *Spinal Cord Injuries: Psychosocial, Social, and Vocation Rehabilitation*. New York: Pergamon Press.
- Turner, A.P., Bombardier, C.H. et Rimmele, C.T. (2003). A Typology of Alcohol Use Patterns Among Persons With Recent Traumatic Brain Injury or Spinal Cord Injury : Implications for Treatment Matching. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(3), 358-364.

- Ventura, J., Liberman, R.P., Green, M.F., Shaner, A. et Mintz, J. (1998). Training and Quality Assurance With the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I/P). *Psychiatry Research*, 79, 163-173.
- Waller, P.F., Hill, E.M., Maio, R.F. et Blow, F.C. (2003). Alcohol Effects on Motor Vehicle Crash Injury. *Alcohol Clinical Expectation Research*, 27(4), 695-703.
- Waters, R.L., Adkins, R.H., Sie, I. et Cressy, J. (1998). Postrehabilitation Outcomes After Spinal Cord Injury Caused by Firearms and Motor Vehicle Crash Among Ethnically Diverse Groups. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(10), 1237-1243.
- Widerström-Noga, E.G. et Turk, D.C. (2003). Types and Effectiveness of Treatments Used by People With Chronic Pain Associated With Spinal Cord Injuries: Influence of Pain and Psychosocial Characteristics. *Spinal Cord*, 41, 600-609.
- Yarkony, G.M. (1993). Medical Complications in Rehabilitation. In A.W. Heinemann (Ed.), *Substance Abuse and Physical Disability*, p.93-113. New York: The Haworth Press.
- Young, M.E., Rintala, D.H., Rossi, C.D., Hart, K.A. et Fuhrer, M.J. (1995). Alcohol and Marijuana Use in a Community-Based Sample of Persons With Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76(6), 525-532.
- Zatzick, D., Jurkovich, G.J., Rivara, F.P., Wang, J., Fan, M.-Y., Joesch, J. et Mackenzie, E. (2008). A National US Study of Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Work and Functional Outcomes After Hospitalization for Traumatic Injury. *Annals of Surgery*, 248(3), 429-437.