

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES STRATÉGIES DE COPING COMME PRÉDICTEURS DE LA RÉSILIENCE
ET DE LA PSYCHOPATHOLOGIE CHEZ DES PERSONNES VIVANT AVEC
UNE LÉSION À LA MOELLE ÉPINIÈRE.

THÈSE PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
ROSELINE MASSICOTTE

NOVEMBRE 2015

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.07-2011). 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

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de thèse Frédérique Courtois, pour sa disponibilité, pour la confiance accordée et pour son soutien dans la réalisation de mon projet doctoral. Son expertise auprès de la clientèle des personnes vivant avec une lésion médullaire fut des plus appréciées.

Je souhaiterais également remercier Jean Begin pour ses conseils à la réalisation des analyses statistiques de cette recherche.

J'exprime aussi ma gratitude à Marie-Claude Duval pour son essentielle collaboration dans le recrutement des participants.

Je désire exprimer ma reconnaissance envers les personnes vivant avec une lésion à la moelle épinière qui ont accepté de partager leur expérience et d'offrir leur temps pour contribuer à l'avancement de la recherche. J'ai été inspirée par le courage et la résilience dont elles font preuve.

Je veux aussi remercier mes compagnes de doctorat Andréa, Mariko, Céline, Nancy, Vanessa et Mélissa qui sont devenues des psychologues dont le contact enrichit ma pratique. Leur compagnie a rendu mon parcours plus agréable et enrichissant.

Je tiens aussi à remercier ma famille qui constitue une source inestimable de soutien et de stabilité. Merci à mes parents, Hélène et Denis, pour leur amour et pour l'ouverture d'esprit qui les a toujours caractérisés, qu'ils ont su me transmettre et qui fait de moi une meilleure psychologue. Merci aussi à ma belle-famille. Lise, Vincent et Yves, avec mes parents, vous avez contribué à rendre la vie plus belle et, par votre implication auprès de mes enfants, à libérer du temps afin que je puisse me consacrer à la rédaction de cette thèse.

Un merci particulier à Catherine, précieuse partenaire. Ta rigueur, ton appui, ta confiance et tes encouragements ont été essentiels à la réussite et l'achèvement de ce projet.

Mes derniers remerciements vont à Matthieu, pour son amour, sa complicité et son sens de l'humour de tous les instants. Je tiens à t'exprimer mon extrême gratitude pour avoir toujours cru en moi ainsi que pour avoir accepté les conséquences découlant de mon choix d'entreprendre ce long parcours universitaire. Merci Matthieu pour ton soutien inébranlable dont les manifestations ont été nombreuses et continues et qui ont réellement permis de mener ce projet à bien. Merci pour tout.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES FIGURES	viii
LISTE DES TABLEAUX	ix
RÉSUMÉ	x
INTRODUCTION	
CHAPITRE 1	
RECENSION DES ÉCRITS	6
1.1 Résilience	6
1.1.1 Définition de la résilience	7
1.1.2 Résilience et psychopathologie	10
1.1.3 Résilience : trait ou processus ?	11
1.2 Le coping	13
1.2.1 Stratégies de coping présumées associées de façon positive à l'ajustement psychologique	15
1.2.2 Stratégies de coping présumées associées de façon négative à l'ajustement psychologique.	22
1.2.3 Autres stratégies non liées à l'ajustement psychologique	26
1.3 Caractéristiques des lésions médullaires	27
1.3.1 Impact des lésions médullaires sur la santé physique	27
1.3.2 Impact des lésions médullaires sur la santé psychologique	30

1.4 Études sur la résilience des personnes vivant avec une lésion médullaire	31
1.5 Pertinence de l'étude de la résilience chez les personnes vivant avec une lésion médullaire	33
1.6 Les objectifs de la recherche	35
1.7 Les hypothèses de recherche	36
CHAPITRE 2	
DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	38
2.1 Participants au programme de recherche	38
2.1.1 Critère d'inclusion et d'exclusion	38
2.1.2 Caractéristiques de l'échantillon	39
2.1.3 Profil sociodémographique des participants	40
2.1.4 Cause de la lésion et délai lésionnel	41
2.1.5 Caractéristiques associées à la lésion médullaire	42
2.2 Instruments de mesure	43
2.2.1 Mesure de la résilience	43
2.2.2 Mesure des stratégies de coping	44
2.2.3 Évaluation de la psychopathologie	45
2.2.4 Données associées à la lésion médullaire	47
2.2.5 Données sociodémographiques	48
2.3 Procédure	48
2.4 Considérations éthiques	50

CHAPITRE III

RÉSULTATS 52

3.1 Analyse des distributions et vérification de postulats 52

3.2 Hypothèses liées à la résilience 53

3.2.1 Manifestation de la résilience. 53

3.2.2 Manifestation des stratégies de coping 53

3.2.3 Corrélations entre les stratégies de coping 56

3.2.4 Corrélations entre les stratégies de coping et la résilience 58

3.2.5 Corrélations entre les données sociodémographiques, les données associées à la lésion médullaire et la résilience 60

3.2.6 Modèle de prédiction de la résilience 61

3.3 Hypothèses liées à la psychopathologie 62

3.3.1 Prévalence des psychopathologies à la suite de la lésion médullaire 62

3.3.2 Corrélations entre les stratégies de coping et la psychopathologie 65

3.3.3 Corrélations entre les données sociodémographiques, les données associées à la lésion médullaire et la psychopathologie 67

3.3.4 Modèle de prédiction de la psychopathologie 68

3.4 Lien entre la résilience et la psychopathologie 70

3.5 Analyses additionnelles exploratoires sur les liens entre la lésion médullaire, la résilience et la psychopathologie. 71

CHAPITRE IV

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS, DISCUSSION ET CONCLUSION 73

4.1 Représentativité de l'échantillon 73

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
4.1	Schématisation de la résilience comme un processus dynamique	100

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Définitions de la résilience et auteurs	8
2.1 Caractéristiques sociodémographiques des participants	40
2.2 Causes de la lésion et délai lésionnel des participants de l'étude	41
2.3 Caractéristiques associées à la lésion médullaire des participants	42
3.1 Description des variables (moyennes et écarts-types) et indices de fidélité	55
3.2 Matrice des coefficients de corrélation linéaire de Pearson (r) des stratégies de coping	57
3.3 Corrélations linéaires de Pearson (r) des stratégies de coping avec la résilience	59
3.4 Corrélations linéaires de Pearson (r) des variables de caractéristiques sociodémographiques et des caractéristiques associées à la lésion médullaire des participants avec la résilience	60
3.5 Analyse de régression linéaire de la résilience	62
3.6 Diagnostics de psychopathologie actuels et diagnostics de psychopathologie passés survenus postlésion médullaire	64
3.7 Corrélations des stratégies de coping avec la psychopathologie	66
3.8 Corrélations des variables de caractéristiques sociodémographiques et des caractéristiques associées à la lésion médullaire avec la psychopathologie	67
3.9 Analyse de régression logistique de la psychopathologie	69
3.10 Corrélations entre la résilience et le score composite de psychopathologie actuelle et/ou passée, la psychopathologie actuelle et la psychopathologie passée	71
3.11 Matrice de corrélations de Pearson des variables liées à la lésion médullaire et de la résilience, de la psychopathologie et des stratégies de coping	72

RÉSUMÉ

Une lésion à la moelle épinière constitue l'une des adversités les plus importantes que puisse vivre une personne. Outre les conséquences physiques associées à la paralysie et la perte d'indépendance fonctionnelle, les lésions médullaires sont associées à des conséquences psychologiques majeures incluant la dépression, l'anxiété, l'état de stress post-traumatique et l'abus de substances psychoactives. Malgré ces conséquences, les études actuelles mettent l'accent sur la capacité d'un individu à rebondir et à s'adapter face à une adversité importante, phénomène qui réfère à la résilience. Si l'étude de la résilience ne fait qu'émerger auprès des personnes vivant avec une lésion médullaire, les auteurs l'évaluent généralement par des mesures indirectes, alors qu'un débat existe à savoir si la résilience n'est que le simple reflet d'une absence de psychopathologie, ou si elle est un phénomène indépendant de celle-ci. Outre ce débat, les études soulignent la contribution possible des stratégies de coping comme ressource ou attribut de la résilience, ces stratégies ayant fait l'objet de nombreuses études chez les personnes vivant avec une lésion médullaire, sans avoir toutefois été mises en relation avec la résilience.

Dans ce contexte, la présente étude cherche à mieux comprendre la manifestation de la résilience chez les personnes vivant avec une lésion médullaire 1) en procurant une mesure directe de la résilience, 2) en explorant son lien avec la psychopathologie, 3) en explorant le rôle des variables lésionnelles dans le développement de la résilience et 4) en explorant le rôle des stratégies de coping comme prédicteur de la résilience.

Pour ce faire, un total de 110 participants ont été approchés à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal. Soixante dix (70) participants ont complété l'étude qui comprenait le CD-RISC comme mesure directe et validée de la résilience, le COPE comme instrument validé des stratégies de coping et l'entrevue validée du SCID-I évaluant la psychopathologie, en plus des variables sociodémographiques et lésionnelles recueillies auprès des participants et des dossiers médicaux.

Les hypothèses stipulaient que la résilience serait une manifestation assez fréquente chez les participants vivant avec une lésion médullaire et que le coping serait un prédicteur significatif de la résilience. Les résultats confirment ces hypothèses et montrent que 66% des participants obtiennent un score de plus de 50 sur le CD-RISC (59% un score > 70), et que les stratégies de coping notamment de réinterprétation positive, les stratégies actives, l'expression émotionnelle et l'humour sont des prédicteurs favorisant statistiquement la résilience, alors que la stratégie d'évitement comportemental est un prédicteur statistiquement nuisible à son développement. Les résultats confirment l'indépendance de la psychopathologie et de la résilience

(absence de corrélation significative), et montrent que les participants peuvent avoir vécu des périodes de psychopathologie tout en montrant ultérieurement de la résilience. Les diagnostics le plus prévalents au cours de la trajectoire post-lésionnelle sont la dépression et l'état de stress post-traumatique, et dans une moindre mesure des troubles anxieux et d'usage de substances. Les résultats confirment que la sévérité de la lésion n'influence pas le développement de la résilience ou de la psychopathologie chez les personnes vivant avec une lésion médullaire.

Ces résultats mettent de l'avant le parcours fréquent de la résilience chez les personnes vivant avec une lésion médullaire et la contribution significative des stratégies de coping dans la résilience, deux éléments à même d'influencer les pratiques cliniques en réadaptation. L'utilisation du CD-RISC et le développement d'interventions renforçant les stratégies de coping et favorisant la résilience ouvrent ainsi la voie à de meilleurs identification et traitement des patients.

MOTS-CLÉS : résilience, lésion médullaire, stratégies de coping, psychopathologie, prédicteurs, sévérité de la lésion médullaire.

Spinal cord injury implies major physical and psychological consequences and represents one of the most critical adversity that a human being can encounter. In addition to the physical consequences associated with spinal cord injury, this disability is also often associated with significant psychological consequences such as depression, anxiety, PTSD, and psychoactive substance abuse. Despite the importance of these impacts, current research tends to focus on the individual's ability to bounce back and adapt from this experience, a phenomenon referring to resilience. Little is known about the experience of resilience by people living with spinal cord injury and existing studies tend to assess it through indirect measurements. Furthermore, a debate remains as to whether resilience can be assimilated to the absence of psychopathology or if it is a distinct concept. Beyond this debate, studies underscore the potential contribution of coping strategies as a resource or attribute of resilience. Coping strategies of people living with spinal cord injury have often been studied, but not in relation to resilience.

In this context, this study aims at describing the experience of resilience for people living with spinal cord injury by 1) directly measuring resilience, 2) exploring the link between resilience and psychopathology, 3) measuring the impact of injury severity on the experience of resilience, and 4) investigating if coping strategies are significant predictors of resilience. In order to realise the study, 110 participants living with spinal cord injury were solicited at the outpatient clinic of the Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal. Seventy (70) individuals accepted to participate in the study. They completed direct and validated questionnaires

measuring resilience (CD-RISC) and coping strategies (COPE). Validated SCID interviews assessing psychopathology were also conducted, and sociodemographic and medical informations were collected from the participants and from their medical files.

Among our hypothesis, we proposed that the manifestation of resilience would be frequent within the studied population and that coping would be a significant predictor of resilience. Our results confirm both hypotheses by showing that 66% of participants obtained a CD-RISC score above 50 (59% above 70) and by identifying specific coping strategies, such as positive re-interpretation, active strategies, emotional expression, and humour, as positive predictors of resilience. On the other hand, behavioural avoidance strategy appears detrimental to resilience development. Results also confirm the independence of psychopathology and resilience (no significant correlation) and demonstrate that participants can have lived psychopathology episodes and demonstrate resilience at a later stage. Psychopathology diagnosis include depression, post-traumatic disorder, and to a lesser extent anxiety and substance abuse troubles. The findings also confirm that injury severity neither influences resilience nor psychopathology.

By emphasising that resilience is frequent and can be developed by many individual with spinal cord injury, and that coping strategies have a significant contribution to the experience of resilience, our results can influence clinical practice in readaptation. The use of CD-RISC and the development of targeted interventions focused on the promotion and development of coping strategies demonstrated to be associated with resilience can enable better identification and treatment of patients.

KEY WORDS: RESILIENCE, SPINAL CORD INJURY, COPING, COPING STRATEGIES, PSYCHOPATHOLOGY, SPINAL CORD INJURY SEVERITY.

INTRODUCTION

On estime que près de 44 000 Canadiens vivent avec une lésion médullaire d'origine traumatique, auxquels s'ajoutent chaque année en moyenne entre 1500 et 1785 nouveaux cas au Canada (Farry et Baxter, 2010; Krueger, 2010; Noonan *et al.*, 2012) dont 346 au Québec (Krueger, 2010). En ce qui a trait à l'incidence annuelle mondiale des lésions médullaires, elle varie de 10,4 à 83 pour 1 million de personnes dans les pays développés (Wyndaele et Wyndaele, 2006), entre 25 à 93 pour 1 million en Amérique du Nord (Dryden *et al.*, 2003) et elle est estimée à 53 pour 1 million de personnes au Canada (Noonan *et al.*, 2012).

Les accidents sur la voie publique représentent la première cause de lésion médullaire traumatique au Canada (43 % des cas), suivie de chutes (36 %). Les incidents violents et les activités sportives, dont le plongeon, expliqueraient ensemble la proportion restante (21 %; Eng *et al.*, 2010). Environ 44 % de ces lésions sont associées à une paraplégie et 56 % à une tétraplégie (Dryden *et al.*, 2003; Farry et Baxter, 2010). Les hommes représentent la majorité des personnes vivant avec une lésion médullaire, soit 75 % (Dryden *et al.*, 2003; Farry et Baxter, 2010; National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2013).

Les lésions de la moelle épinière, dites lésions médullaires, entraînent des conséquences physiques importantes qui limitent l'indépendance fonctionnelle des personnes atteintes. Certains considèrent la lésion médullaire comme l'une des plus grandes adversités que peut vivre un individu (Craig *et al.*, 2009; Kennedy *et al.*, 2008). Moultes difficultés psychologiques peuvent de fait être associées à cette condition, incluant la dépression, l'anxiété, l'état de stress post-traumatique, l'usage de substances et les idéations ainsi que le risque suicidaire (Craig *et al.*, 1994 ; Galvin et Godfrey, 2001; Kishi *et al.*, 2001; Nielsen, 2003a; North, 1999). La communauté

scientifique s'est penchée au fil des ans sur la prévalence de ces difficultés psychologiques et sur les facteurs de risque et de protection qui y sont associés. Plus récemment, des études ont mis l'accent sur la capacité d'un individu à s'adapter à une adversité importante et qui réfère au phénomène de résilience. Bien que le concept de résilience reçoive désormais l'attention d'un nombre grandissant de chercheurs, des débats demeurent quant à sa conceptualisation, notamment en ce qui a trait aux liens entre la résilience et la psychopathologie (Bonnano, 2004; Bonnano *et al.*, 2012; Quale et Shanke, 2010; Mancini et Bonnano, 2006; Windle, 2011).

Étant donné l'importance de l'adversité qui la caractérise, l'expérience d'une lésion médullaire représente un terreau fertile pour l'étude de la résilience. Il est pourtant étonnant de constater que les études dans le domaine ne font qu'émerger (Bonnano *et al.*, 2012; Catalano *et al.*, 2011; Kilic *et al.*, 2012; Quale et Shanke, 2010; White *et al.*, 2010). Des auteurs avancent que le maintien d'un certain niveau de fonctionnement à la suite d'un traumatisme, qui a été longtemps considéré comme rare ou pathologique, s'avère en fait plus fréquent qu'initialement estimé (Bonnano, 2004; Bonnano *et al.*, 2006; Mancini et Bonnano, 2006). Une revue de la littérature sur la résilience démontre que 25 à 84% des participants à diverses études seraient résilients (Windle, 2011). Des auteurs demeurent néanmoins sceptiques quant à la fréquence de la résilience dans un contexte de stress extrême (Litz, 2005; Roisman, 2005) comme celui d'une lésion médullaire. On sait que plusieurs personnes vivant avec une telle lésion mentionnent avoir une bonne qualité de vie et présentent un bon ajustement psychologique (Kennedy, 2001). Deux études récentes suggèrent en outre que la résilience est la réponse la plus commune à la suite d'une lésion médullaire ou de traumatismes multiples (Bonnano *et al.*, 2012; Quale et Schanke, 2010), mais celle-ci n'y était pas évaluée de façon directe.

La présente étude cherche à bonifier la compréhension du phénomène de résilience par le truchement de sa manifestation chez des personnes vivant avec une lésion

médullaire. Elle cherche notamment à identifier les variables impliquées dans son développement et à étoffer la compréhension du lien entre la résilience et la psychopathologie. Plusieurs auteurs soulèvent un débat à cet effet, pour savoir si la résilience n'est que le simple reflet d'une absence de psychopathologie (ex. : absence de dépression) ou si la présence ou l'absence de psychopathologie est indépendante des manifestations de la résilience.

Outre ce débat entre résilience et psychopathologie, les études soulignent la contribution des stratégies de coping comme ressource ou attribut de la résilience (Gillespie *et al.*, 2007; White *et al.*, 2008; White, 2010; Windle *et al.*, 2011). Les stratégies de coping, souvent étudiées chez la population vivant avec une lésion médullaire, montrent des liens statistiquement significatifs avec l'ajustement psychologique (Buckelew *et al.*, 1990; Frank *et al.*, 1987; Elfstrom *et al.*, 2002; Galvin et Godfrey, 2001; Kennedy *et al.*, 2000; Pollard et Kennedy, 2007). Si les études sur le coping sont nombreuses, celles explorant le lien particulier entre le coping et la résilience ne font qu'émerger, et le peu d'études recensées à ce jour présente des faiblesses méthodologiques, notamment en ce qui a trait à la mesure directe de la résilience.

Compte tenu de l'impact reconnu du coping sur l'ajustement psychologique, et étant donné le stade émergent des études sur la résilience, il apparaît pertinent d'approfondir la compréhension du lien entre le coping et la résilience chez les personnes vivant avec une lésion médullaire. La présente étude cherche donc à enrichir la compréhension du phénomène de résilience chez les personnes vivant avec une lésion médullaire, en proposant d'une part une mesure directe de la résilience, et d'autre part une mesure des stratégies de coping utilisées comme ressources associées à la résilience. L'étude tient également compte des variables liées à la lésion médullaire, utilisées pour juger de la sévérité du stresser.

Le présent projet doctoral porte donc sur l'étude de la résilience et des facteurs qui y sont associés tels qu'explorés auprès de la population de personnes vivant avec une lésion médullaire. Cette étude devrait permettre de combler des lacunes caractérisant actuellement le champ d'étude. De plus, les conclusions qui en seront tirées devraient permettre d'enrichir les programmes de prévention et d'interventions adaptés à cette population. Ceci s'avère d'autant plus pertinent que l'on observe une augmentation de l'incidence des lésions médullaires (National Institutes of Health, 1998; National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2006) et une diminution du temps moyen accordé à la réadaptation (White *et al.*, 2010) depuis quelques années.

L'organisation de la thèse se divisera en quatre chapitres. Le chapitre I comportera une recension des écrits qui exposent l'état des connaissances dans le domaine de la résilience, du coping et de la psychopathologie relativement à une lésion médullaire. La lésion médullaire et les conséquences associées y seront subséquemment décrites. La pertinence de l'étude sur la résilience et ses liens avec le coping à la suite d'une lésion médullaire sera discutée. Les objectifs et les hypothèses de recherche seront finalement énoncés.

Le chapitre II exposera la démarche méthodologique de l'étude de recherche. On y retrouvera tout d'abord une description des caractéristiques de l'échantillon. Les instruments de mesure de même que le protocole encadrant les rencontres avec les participants à l'étude y seront également décrits.

Le chapitre III présentera les résultats obtenus. On y retrouvera en premier lieu une description de la manifestation de résilience, de la prévalence de psychopathologies à la suite de la lésion médullaire et de l'utilisation des stratégies de coping. Des tableaux de facteurs prédictifs de la résilience et de la psychopathologie seront ensuite présentés. Une dernière section fera état des liens entre les variables, avec un accent particulier sur les variables liées à la lésion médullaire.

Le chapitre IV présentera une discussion et une analyse critique des résultats de même qu'un retour sur les hypothèses de recherche. Les forces et les faiblesses méthodologiques de l'étude seront ensuite discutées. Des pistes de recherches futures seront finalement suggérées.

CHAPITRE I

RECENSION DES ÉCRITS

1.1 Résilience

Le concept de la résilience a commencé à attirer l'attention de la communauté scientifique par le biais des études menées dans une perspective développementale. La documentation scientifique dans ce domaine a notamment été marquée par les travaux de Rutter (1987), Garnezy (1991) et Werner et Smith (1982) qui ont identifié des facteurs de protection permettant à des enfants exposés à des circonstances de vie défavorables de se développer normalement. Boris Cyrulnik (1999, 2001, 2003) a par la suite popularisé ce concept en dépeignant des portraits d'hommes et de femmes qui ont surmonté des traumatismes de l'enfance. L'expérience de la résilience chez des populations qui traversent des adversités à l'âge adulte, particulièrement dans un contexte de stress chronique comme la lésion médullaire, est moins connue (Bonnano *et al.*, 2012; Catalano *et al.*, 2011; Quale et Schanke, 2010; White *et al.*, 2010).

L'étude de la résilience est issue du courant de la psychologie positive qui se concentre sur les caractéristiques positives des personnes (Masten, 2001; Seligman et Csikszentmihalyi, 2000). Ce courant s'exprime par une évolution dans l'intérêt des travaux, passant de l'identification de modèles explicatifs des déficits ou de la psychopathologie à la compréhension des éléments favorisant la santé malgré les risques potentiels rencontrés (Masten, 2001; Seligman et Csikszentmihalyi, 2000). La résilience est désormais reconnue comme une variable favorisant la santé physique et psychologique des individus. D'abord étudiée chez les adultes auprès de populations vivant des stressors ponctuels (Bonnano *et al.*, 2002; Bonnano *et al.*, 2005;

Davidson *et al.*, 2005; Riolli *et al.*, 2002; Tugade et Fredrickson, 2004), l'étude de la résilience suscite l'intérêt des chercheurs en réadaptation et des données empiriques sur le sujet émergent (Bonnano *et al.*, 2012; Catalano *et al.*, 2011; Quale et Shanke, 2010; White *et al.*, 2010).

1.1.1 Définition de la résilience

L'intérêt croissant pour l'étude de la résilience aboutit en une multiplication des définitions de ce concept. Le tableau 1 propose des définitions choisies de la résilience. Plusieurs auteurs ont déploré au fil des ans l'absence d'une définition opérationnelle et universelle de la résilience (Agaibi et Wilson, 2005; Davydov *et al.*, 2010; Friborg *et al.*, 2005; Gillespie *et al.*, 2007; Hamelin et Jourdan-Ionescu, 2011; Ionescu, 2011; Lecomte, 2002; Miller, 2003; Quale et Schanke, 2010; Windle, 2011; Windle *et al.*, 2011). D'autres auteurs soulignent la complexité liée à la définition de ce concept (Catalano *et al.*, 2011; Luthar *et al.*, 2000; Masten, 2007).

Tableau 1.1
Définitions de la résilience et auteurs

La résilience caractérise une personne ayant vécu ou vivant un événement à caractère traumatisant ou de l'adversité chronique, qui fait preuve d'une bonne adaptation (Ionescu, 2011).
La résilience individuelle est la capacité d'une personne à faire face, la capacité à pouvoir se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse (Block, 1980).
Adaptation positive dans des conditions de risques ou d'adversité, capacité d'un système dynamique à résister ou à se remettre d'un défi important qui menace sa stabilité, sa viabilité ou son développement (Masten, 2011; O'Dougherty <i>et al.</i> , 2013).
Maintien d'un niveau relativement stable, ou normal, de fonctionnement physique et psychologique et capacité à générer des expériences et des émotions positives à la suite d'un événement traumatique (Bonnano, 2004).
Processus d'adaptation aux stressors, à l'adversité, au changement et aux opportunités qui résulte en l'identification, le renforcement et l'enrichissement des facteurs de protection personnels ou environnementaux. (Richardson, 2002; traduction de Michallet, 2009)
Le processus, la capacité ou le résultat d'une adaptation réussie malgré un défi ou des circonstances menaçantes (Masten <i>et al.</i> , 2007).
Qualités personnelles qui permettent à l'individu de grandir à la suite d'une période d'adversité (Connor, 2006; Connor et Davidson, 2003).
Processus dynamique qui résulte en une adaptation dans un contexte d'adversité. (Luthar <i>et al.</i> , 2000; Tusaie et Dyer, 2004; Anaut, 2004)
Habiletés psychologiques d'une personne et capacité d'un individu de recourir au support familial, social et externe afin de mieux gérer les événements stressants. (Campbell-Sills <i>et al.</i> , 2006; Friborg, 2005)
Capacité d'une personne à bien se développer et à se projeter dans l'avenir en dépit de situations difficiles ou traumatiques (Manciaux <i>et al.</i> , 2001).
L'habileté d'individus qui font face à une lésion physique sévère à maintenir des niveaux de santé psychologique et de fonctionnement social relativement stable et à maintenir des émotions positives, de même qu'une perception positive de soi et du futur (Quale et Schanke, 2010).

Dans une tentative d'opérationnalisation et à la suite d'une revue de la littérature, Fletcher et Sarkar (2013) notent que la plupart des définitions de la résilience s'appuient sur deux concepts centraux, soit l'adversité et une adaptation positive. Les auteurs avancent que l'adversité est un antécédent de la résilience, alors que l'adaptation positive en est la principale conséquence (Fletcher et Sarkar, 2013).

Windle (2011) a pour sa part mené des consultations auprès de professionnels issus de milieux cliniques, de même qu'une analyse conceptuelle rigoureuse, afin de clarifier la définition de la résilience. L'idée correspondant au fait de rebondir à la suite d'une période d'adversité a recueilli l'assentiment des professionnels qui estiment qu'elle permet une compréhension juste de la résilience (Windle, 2011). Les travaux de Windle (2011) mettent en lumière trois idées clés qui témoigneraient de la manifestation de la résilience : 1) vivre une expérience d'adversité, 2) la présence de ressources qui permettent de compenser les effets de l'adversité et 3) une adaptation positive, ou l'évitement de répercussions négatives ou encore une meilleure issue que ce qui était attendu. Relativement à ces trois éléments constitutifs, Windle (2011) propose cette définition de la résilience :

La résilience est le processus de négocier, gérer et de s'adapter efficacement à des sources importantes de stress ou à un trauma. Les ressources de l'individu et son environnement favorisent cette capacité d'adaptation et de rebondir à la suite d'une adversité. L'expérience de résilience varie au cours de la vie d'un individu.

Nous endossons cette définition de Windle (2011) qui rend compte, selon nous, de façon adéquate de la manifestation du phénomène de résilience et qui comprend à la fois 1) la présence d'un stressor, en l'occurrence une lésion médullaire, 2) le fait de rebondir à la suite du traumatisme et 3) le fait de pouvoir compter sur des ressources qui favorisent l'adaptation.

Ces éléments font par ailleurs écho à deux débats qui caractérisent la conception de la résilience. Un premier oppose deux visions selon lesquelles la résilience correspond ou non à la simple absence de psychopathologie, et un second qui oppose la vision de la résilience comme un trait inné à une conception de la résilience comme processus dynamique qui peut s'activer chez tous les individus à un moment de leur vie.

1.1.2 Résilience et psychopathologie

Dans le débat qui oppose les visions de la résilience comme étant ou non définie par l'absence de psychopathologie, la recherche en psychologie a traditionnellement perçu l'absence de détresse psychologique après un événement potentiellement traumatisant comme un signe de santé (Bonnano, 2004). Cette conceptualisation de la résilience en lien avec la psychopathologie correspond à ce que Michallet (2010) décrit entre autres comme la résilience en tant que résultat. La résilience se caractériserait ainsi pour certains par l'absence de psychopathologie (Bonnano, 2004; Bonnano *et al.*, 2012; Mancini et Bonnano, 2006; Quale et Shanke, 2010; Riolli *et al.*, 2002; Yi *et al.*, 2005).

D'autres auteurs cependant considèrent que l'association directe entre la résilience et l'absence de psychopathologie est conceptuellement invalide (Luthar et Zigler, 1991) et que ces concepts ne sont pas synonymes (Norris *et al.*, 2009). De fait, la résilience ne signifierait pas nécessairement qu'une personne n'ait pas vécu de difficulté ou d'expérience de détresse. Pour Michallet (2010), le fait d'être invulnérable n'est pas de la résilience, puisque la résilience se développe lorsque la personne a d'abord été touchée et déstabilisée par un événement. Ainsi, plusieurs documentent le fait que des personnes résilientes peuvent ressentir de la douleur, de la tristesse et des symptômes dépressifs (American Psychological Association Help Center, 2004; Connor et Davidson, 2003; Norris *et al.*, 2009; Quale et Schanke, 2010; Tisseron, 2011). Windle

(2011) avance même que la présence de détresse, jumelée au maintien de la compétence, pourrait être l'une des formes les plus puissantes de résilience. Masten *et al.*, (1994) mettent de l'avant trois types d'expériences résilientes: l'obtention de bons résultats en dépit du risque rencontré, le maintien de la compétence dans un contexte de stress et finalement, une bonne rémission après le trauma, ce qui implique la guérison des symptômes initiaux. Finalement, pour Norris *et al.* (2009), la trajectoire de résilience s'amorce avec un niveau modéré ou sévère de symptômes qui diminue rapidement pour finir par se traduire par l'absence de symptôme. Ils différencient cette trajectoire du rétablissement qui lui se caractérise par des symptômes initiaux plus sévères et un rétablissement plus long.

1.1.3 Résilience : trait ou processus ?

Un point d'achoppement dans l'opérationnalisation de la résilience donne lieu à un deuxième débat qui oppose la vision de la résilience comme trait stable de personnalité à la vision de la résilience comme processus (Atkinson *et al.*, 2009; Jacelon, 1997; White *et al.*, 2010). Certains voient la résilience comme un trait de personnalité ou un attribut personnel relativement stable dans le temps (Tugade et Fredrickson, 2004; Waughn *et al.*, 2008), ce que Michallet (2010) énonce comme étant une vision de la résilience en tant que capacité. Cette conception de la résilience comme un attribut stable est appuyée par les résultats de White *et al.* (2010) qui ne révèlent pas d'écart dans la manifestation de la résilience mesurée à trois temps de mesure. Les auteurs précisent toutefois que le phrasé utilisé dans les consignes, de même que le court délai entre les trois temps de mesure auraient pu ne pas rendre compte de l'évolution de la manifestation de la résilience.

La conception de la résilience comme un trait stable est par ailleurs controversée. Certains dénoncent notamment que cette conception soulève des questionnements

éthiques (Michallet, 2010) et peut s'avérer préjudiciable pour les patients qui seraient considérés comme non résilients (Fletcher et Sarkar, 2013). À la suite d'une analyse conceptuelle, Gillespie *et al.* (2007) en arrivent à la conclusion que la résilience n'est pas un trait fixe ou une caractéristique inhérente de la personnalité, mais plutôt un processus dynamique qui peut s'activer à tout moment de la vie. Michallet (2010) énonce ceci comme étant une vision de la résilience en tant que processus. Des individus émergent plus forts à la suite d'une période d'adversité et développent des habiletés dont ils n'auraient pas fait preuve autrement (Gillespie *et al.*, 2007). Ceci suggère que tous les individus auraient le potentiel d'être résilients via l'apprentissage de comportements, de pensées et d'actions, à condition que ce processus soit activé par l'adversité. La nature dynamique de la résilience en fait une manifestation qui fluctue au courant de la vie, de nouvelles vulnérabilités et de nouvelles forces pouvant émerger au fil des circonstances de vie (Windle, 2011). Cette conceptualisation de la résilience comme un processus dynamique résultant de l'interaction de facteurs de protection et de facteurs de risque au niveau personnel, familial et environnemental reçoit des appuis théoriques et empiriques (Ionescu, 2011; White, 2010; Windle, 2011) et s'accorde avec celle des milieux cliniques (American Psychological Association Help Center, 2004; Newman, 2005). Cette vision de la résilience va également de pair avec celle des établissements québécois de réadaptation qui déploient de nombreuses initiatives visant la promotion de la résilience auprès de leur clientèle.

La définition de Windle (2011) précédemment citée au sujet de la résilience, et à laquelle nous adhérons, soulève par ailleurs la présence de ressources qui font écho aux mécanismes de coping, très étudiés dans le domaine de la résilience aussi bien que celui de la réadaptation. Si l'impact du coping dans l'ajustement psychologique est en général bien établi, plusieurs auteurs voient dans le coping un attribut de la résilience, ce qui en fait un élément clé pour son étude (Agaïbi et Wilson, 2005; Bonnano, 2004; Campbell-Sills *et al.*, 2006; Catalano *et al.*, 2011; Davey *et al.*, 2003;

Furnham *et al.*, 1997; Gillespie *et al.*, 2007; Riolli *et al.*, 2002; Rousseau, 2010; Tugade et Fredrickson, 2004; White *et al.*, 2008; White, 2010; Windle *et al.*, 2011).

1.2 Le coping

La théorie transactionnelle du stress et du coping formulée par Lazarus et Folkman (1984), et encore largement citée aujourd'hui, suggère que le coping se définit par les efforts cognitifs et comportementaux déployés par les individus pour gérer les demandes internes ou externes d'une situation stressante qui excèdent leurs ressources psychologiques. Le coping est donc un processus complexe et multidimensionnel. Le coping ne revêt pas un caractère positif ou négatif en particulier, et les stratégies utilisées peuvent être associées de façon positive ou négative à la résilience.

Depuis les années 1980, le coping a été identifié à de nombreuses reprises comme un prédicteur de l'ajustement psychologique auprès de la population en général (Lazarus et Folkman, 1984; Maddi, 2002), de même que chez les personnes vivant avec une lésion médullaire (Buckelew *et al.*, 1990; Chan *et al.*, 2000; Chevalier *et al.*, 2009; Elfstrom *et al.*, 2002; Frank *et al.*, 1987; Galvin et Godfrey, 2001; Kennedy *et al.*, 2000; Kennedy *et al.*, 1995; Moore *et al.*, 1994; Pollard et Kennedy, 2007; Skinner *et al.*, 2003). Les études sur les stratégies de coping démontrent qu'elles sont corrélées de façon statistiquement significative avec la dépression, ou qu'elles en sont des prédicteurs statistiquement significatifs (Elfstrom *et al.*, 2002; Frank *et al.*, 1987; Galvin et Godfrey, 2001; Kennedy *et al.*, 2005; Kennedy *et al.*, 2000; Moore *et al.*, 1994), de l'anxiété (Kennedy *et al.*, 2005; Kennedy *et al.*, 2000), de la détresse psychologique (Buckelew *et al.*, 1980; Kennedy *et al.*, 2005), du désespoir (Kennedy *et al.*, 2005) et de l'état de stress post-traumatique (Nielsen, 2003b) chez des personnes vivant avec une lésion médullaire. Le coping s'avère par ailleurs un

meilleur prédicteur de l'ajustement psychologique ou de la dépression que l'âge (Buckelew, 1990), le niveau lésionnel (Elfström *et al.*, 2002a ; Kennedy *et al.*, 1995; Pollard et Kennedy, 2007) ou le délai depuis la lésion médullaire (Buckelew, 1990; Frank *et al.*, 1987). Dans le cadre d'une revue de la littérature sur ce thème, Chevalier *et al.* (2009) concluent que le coping contribue à expliquer au fil des études une grande proportion de l'ajustement psychologique des personnes vivant avec une lésion médullaire. Seule une étude de Wineman *et al.* (1994) remet ce rôle en question en ne montrant aucune contribution spécifique des stratégies de coping lorsque les variables d'évaluation cognitive, les variables sociodémographiques et celles liées à la lésion sont incluses dans l'équation.

Dans une recension détaillée des écrits sur le sujet, Skinner *et al.* (2003) s'entendent pour dire que le coping remplit deux fonctions: 1) résoudre le problème ou altérer les sources de stress et 2) réguler la détresse causée par ces sources de stress. De ces deux fonctions est née une classification du coping: le coping centré sur le problème et le coping centré sur les émotions. Cette classification longtemps utilisée ne fait plus désormais l'unanimité parmi les auteurs (Carver et Scheier, 1994; Muller et Spitz, 2003). Aujourd'hui, le coping est vu comme un concept multidimensionnel qui décrit un ensemble de comportements, de perceptions et de cognitions qui s'opérationnalisent dans des stratégies variées.

Skinner *et al.* (2003), dans leur recension générale des écrits sur le coping, répertorient plus de 400 stratégies de coping mesurées par 47 instruments différents. Chez la population vivant avec une lésion médullaire, particulièrement visée par cette étude, une analyse de la documentation réduit ce nombre à 50 stratégies de coping mesurées par 10 instruments différents (Bérubé et Loiselle, 2003; Buckelew *et al.*, 1990; Chan *et al.*, 2000; Elfström *et al.*, 2002a; Elfström, *et al.*, 2002b; Elfström *et al.*, 2005; Frank *et al.*, 1987; Kennedy *et al.*, 1995; Kennedy *et al.*, 2000; Moore *et al.*, 1994).

La section suivante fait état des associations statistiquement significatives observées entre les stratégies de coping et divers indices d'ajustement psychologique chez des personnes blessées médullaires. La section est subdivisée en deux parties, une première portant sur les stratégies associées de façon positive à l'ajustement psychologique (ou la réduction de la détresse psychologique), et une seconde portant sur les stratégies associées de façon négative à l'ajustement psychologique.

1.2.1 Stratégies de coping présumées associées de façon positive à l'ajustement psychologique

1.2.1.1 Les stratégies d'acceptation

Les stratégies d'acceptation ont été étudiées par plusieurs auteurs qui en donnent des définitions variées. La stratégie d'acceptation de Carver *et al.* (1989) consiste pour l'individu à accepter de vivre avec le stresser. Elle démontre une corrélation statistiquement significative négative avec la dépression, l'anxiété et la détresse psychologique six semaines, douze semaines et quatre à sept ans après la lésion médullaire (Kennedy *et al.*, 1995; Kennedy *et al.*, 2000). La stratégie d'acceptation d'Elfström *et al.* (2002b) consiste à réévaluer ses valeurs et à adopter des valeurs plus compatibles avec la lésion médullaire. Cette stratégie démontre une corrélation statistiquement significative positive avec le fait de garder un bon moral et elle est corrélée de façon statistiquement significative, mais négativement, avec la détresse émotionnelle (Elfström *et al.*, 2002a). Le recours à cette stratégie est également lié à un meilleur fonctionnement physique, psychologique et social (Elfström *et al.*, 2005).

En résumé, l'acceptation semble associée à un bon ajustement psychologique chez les personnes vivant avec une lésion médullaire.

1.2.1.2 Les stratégies basées sur la réinterprétation positive, l'optimisme ou la croissance personnelle

La stratégie de réinterprétation positive (Carver *et al.*, 1989) consiste à gérer la détresse et les émotions et à évaluer les aspects positifs de la situation plutôt que de combattre le stress. Cette stratégie démontre une corrélation statistiquement significative négative avec le désespoir et l'anxiété six semaines après la lésion médullaire (Kennedy *et al.*, 1995). Cette stratégie n'est cependant pas liée à la dépression et l'anxiété douze semaines après la lésion (Kennedy *et al.*, 2000).

Intimement liée à la précédente, la stratégie de réévaluation positive (Folkman *et al.*, 1986) consiste à donner un sens positif aux événements en se concentrant sur la croissance personnelle qui en résulte. Une analyse de classification de Chan *et al.* (2000) la montre de façon statistiquement significative moins souvent utilisée par des sujets dépressifs, qui sont également insatisfaits de leur rôle et de leur vie, et qui ont moins de cohésion dyadique.

De même, la stratégie d'optimisme de Jalowiec (1991), qui consiste à déployer des efforts pour penser positivement à la situation, montre une corrélation statistiquement significative positive avec l'espoir chez les personnes vivant avec une lésion médullaire (Bérubé et Loiselle, 2003).

La stratégie de croissance personnelle (Aldwin *et al.*, 1980) consiste à changer et grandir de la situation sans toutefois changer la signification accordée à cette situation. Une analyse de classification de Frank *et al.* (1987) la montre de façon statistiquement significative plus souvent utilisée par les sujets vivant plus de stress et de dépression.

La stratégie de restructuration cognitive (Felton *et al.*, 1984), qui consiste à déployer des efforts cognitifs pour trouver des aspects positifs à l'expérience et pour concevoir

la maladie comme une opportunité de grandir. Elle n'est pas reliée de façon statistiquement significative à l'ajustement psychologique des personnes vivant avec une lésion médullaire lors de la période de réadaptation (Buckelew *et al.*, 1990).

En résumé, toutes les stratégies de réinterprétation positive, sauf celle n'impliquant que la croissance personnelle, semblent associées à l'ajustement psychologique des personnes vivant avec une lésion médullaire.

1.2.1.3 Les stratégies basées sur le soutien social

La stratégie de recherche de soutien social de Folkman *et al.* (1986) implique la recherche de soutien émotionnel et tangible, et la recherche d'informations auprès d'un tiers qui peut agir sur la situation. L'étude de Chan *et al.* (2000) la montre de façon statistiquement significative moins souvent utilisée par des sujets dépressifs, qui sont également insatisfaits de leur rôle et de leur vie, et qui ont moins de cohésion dyadique.

La stratégie de recherche de soutien social décrite par Vitaliano *et al.* (1985) consiste à recueillir des informations sur la situation, à se confier aux autres et à accepter leur sympathie. Elle est de façon statistiquement significative moins souvent utilisée par les sujets dépressifs qui présentent plus de pensées négatives et qui ont une impression de moindre progrès en réadaptation (Moore *et al.*, 1994).

La stratégie de recherche de soutien social émotionnel décrite par Carver *et al.* (1989) qui implique le recours à du soutien moral et la recherche de sympathie ou de compréhension de la part des autres montre une corrélation statistiquement significative négative avec le désespoir six semaines après la lésion médullaire. Cette

stratégie n'est toutefois pas liée de façon statistiquement significative à la dépression et l'anxiété douze semaines après la lésion (Kennedy *et al.*, 2000).

Enfin, la stratégie de recherche de soutien social instrumental (Carver *et al.*, 1989) qui consiste à rechercher des avis, de l'aide ou des informations appropriés à la situation montre une corrélation statistiquement significative négative avec l'anxiété six semaines après la lésion. Cette stratégie n'est cependant pas liée de façon statistiquement significative avec la dépression ou l'anxiété douze semaines après la lésion (Kennedy *et al.*, 2000).

Au-delà du recours au soutien social, la dépendance sociale (Elfström *et al.*, 2002b) est une stratégie passive qui consiste à adopter des comportements dépendants vis-à-vis autrui. Cette stratégie montre une corrélation statistiquement significative positive avec l'impuissance, l'amertume et la rumination (Elfström, 2002a) et elle est un prédicteur statistiquement significatif des sentiments dépressifs, des limites physiques et des complications à la suite de la lésion médullaire (Elfström, 2005).

Contrairement aux résultats précédents, la stratégie recherche de soutien social décrite par Aldwin *et al.* (1980) n'est pas reliée de façon statistiquement significative à l'ajustement psychologique (Frank *et al.*, 1987). De même, la stratégie recherche de soutien social de Jalowiec (1991) n'est pas reliée de façon statistiquement significative à l'espoir (Bérubé et Loiselle, 2003).

En résumé, les stratégies de coping qui impliquent le recours au soutien social sont globalement reliées à l'ajustement psychologique des personnes vivant avec une lésion médullaire.

1.2.1.4 Stratégies de coping centré sur le problème

De façon générale, les stratégies de coping centré sur le problème cherchent directement ou indirectement à modifier la situation stressante. La stratégie de coping centrée sur le problème décrite par Vitaliano *et al.* (1985) consiste à établir un plan d'action et à le suivre, à accepter la détresse et sentir que l'on grandit de l'expérience. Une analyse de classification la montre de façon statistiquement significative moins souvent utilisée par les sujets dépressifs, qui présentent également plus de pensées négatives et qui ont une impression de moindres progrès en réadaptation (Moore *et al.*, 1994).

Les stratégies actives de Carver *et al.* (1989) qui impliquent des actions directes pour éliminer le stresser ou ses effets négatifs montrent une corrélation statistiquement significative négative avec l'anxiété six semaines après la lésion médullaire et avec la dépression quatre à sept ans plus tard (Kennedy *et al.*, 1995; Kennedy *et al.*, 2000).

La stratégie de planification et de résolution de problème de Folkman *et al.* (1986) décrit les efforts déployés pour analyser et modifier la situation. L'étude de Chan *et al.* (2000) la montre de façon statistiquement significative moins souvent utilisée par des sujets dépressifs qui sont également insatisfaits de leur rôle et de leur vie, et qui ont moins de cohésion dyadique.

La stratégie de planification de Carver *et al.* (1989) implique de réfléchir à la façon de gérer le stresser et aux étapes pour y arriver. Elle montre une corrélation statistiquement significative négative avec l'anxiété douze semaines après la lésion (Kennedy *et al.*, 2000), bien qu'elle ne soit pas corrélée aux indicateurs d'ajustement psychologique (Kennedy *et al.* 1995).

Contrairement aux stratégies précédentes associées à un meilleur ajustement psychologique, la stratégie de coping de retenue de Carver *et al.* (1989), qui consiste à se retenir d'agir prématurément et à attendre le moment idéal pour passer à l'action, montre une corrélation statistiquement significative positive avec la dépression douze semaines après la lésion médullaire (Kennedy *et al.*, 2000) et qu'elle n'est pas reliée de façon statistiquement significative à l'ajustement psychologique (Kennedy *et al.*, 1995).

Les stratégies suivantes présentent par ailleurs peu de lien avec l'ajustement psychologique. Ainsi, les études portant sur le coping centré sur le problème d'Aldwin *et al.* (1980), ou sur le coping de confrontation de Folkman *et al.* (1986) ou sur la recherche d'informations de Felton *et al.* (1984) ne montrent aucune différence statistiquement significative entre les groupes mieux ajustés et ceux moins bien ajustés psychologiquement (Buckelew *et al.*, 1990; Chan *et al.*, 2000; Frank *et al.*, 1987). De même, les stratégies de coping rationnel (Rogers *et al.*, 1993), de confrontation (Jalowiec, 1991) et de suppression d'activités (Carver *et al.*, 1989) ne sont pas corrélées de façon statistiquement significative avec les indicateurs d'ajustement psychologique (Bérubé et Loiselle, 2003; Kennedy *et al.*, 1995; Kennedy *et al.*, 2000).

En résumé, parmi les stratégies de coping centrées sur le problème, six semblent associées à l'ajustement psychologique des personnes vivant avec une lésion médullaire.

1.2.1.5 Autres stratégies cherchant à améliorer l'ajustement psychologique

La stratégie d'autocontrôle de Folkman *et al.* (1986) implique des efforts pour réguler ses sentiments et ses actions. L'étude de Chan *et al.* (2000) la montre comme étant

statistiquement moins souvent utilisée par les sujets dépressifs, qui sont également insatisfaits de leur rôle et de leur vie, et qui ont moins de cohésion dyadique.

L'esprit combatif (Elfström *et al.*, 2002b) vise à déployer des efforts pour être indépendant et pour tirer profit de la vie malgré la lésion médullaire. Elle présente une corrélation statistiquement significative positive avec le moral des individus et statistiquement significative négative avec l'impuissance, l'amertume et la rumination (Elfström, 2002a).

Le recours à l'humour (Carver *et al.*, 1989) consiste à utiliser l'humour pour minimiser le sérieux de la situation et pour éviter d'être submergé par les émotions. Cette stratégie est corrélée de façon statistiquement significative à l'anxiété, ce à la fois négativement six semaines après la lésion (Kennedy, 1995) et positivement douze semaines après la lésion (Kennedy, 2000).

Les croyances spirituelles (Carver *et al.*, 1989) est une stratégie qui consiste à se tourner vers ses croyances ou la religion à la suite d'un stress important. Cette stratégie montre une corrélation statistiquement significative positive avec la détresse psychologique quatre à sept ans après la lésion, bien qu'elle ne soit par ailleurs pas reliée à l'ajustement psychologique six semaines après la lésion (Kennedy *et al.*, 1995; Kennedy, 2000).

En résumé, la stratégie d'autocontrôle et l'esprit combatif semblent associés à un meilleur l'ajustement psychologique des personnes vivant avec une lésion médullaire.

1.2.2 Stratégies de coping présumées associées de façon négative à l'ajustement psychologique

1.2.2.1 Les stratégies basées sur la fuite ou l'évitement

La stratégie d'évitement comportemental (Carver *et al.*, 1989) qui consiste à réduire ses efforts pour gérer le stress et à abandonner l'atteinte des buts avec lesquels le stresser interfère semble montrer une corrélation statistiquement significative positive avec la dépression, le désespoir, l'anxiété, la confusion et la détresse psychologique (Kennedy *et al.*, 1995; Kennedy *et al.*, 2000).

La stratégie d'évitement cognitif (Carver *et al.*, 1989) qui implique la pratique d'activités de distraction pour éviter de penser aux conséquences du stresser présente une corrélation statistiquement significative positive avec l'anxiété et la dépression douze semaines et quatre à sept ans après la lésion médullaire, bien qu'elle ne soit pas corrélée de façon statistiquement significative à l'ajustement psychologique six semaines après la lésion médullaire (Kennedy *et al.*, 1995) et à l'anxiété et à la dépression douze semaines et quatre à sept ans après la lésion médullaire (Kennedy *et al.*, 1995; Kennedy *et al.*, 2000).

La stratégie de fuite et évitement de Folkman *et al.* (1986) implique une combinaison de pensées magiques et d'efforts comportementaux pour fuir la situation. L'étude de Chan *et al.* (2000) la montre de façon statistiquement significative plus souvent utilisée par les sujets dépressifs, qui sont également insatisfaits de leur rôle et de leur vie, et qui ont moins de cohésion dyadique.

La stratégie du déni (Carver *et al.* 1989) qui consiste à refuser de croire que le stresser existe ou à agir comme s'il n'existait pas montre une corrélation statistiquement positive avec plusieurs indicateurs d'ajustement psychologique, dont

la dépression et la détresse, et ce, à différentes périodes post-traumatiques variant de quelques mois à quelques années après la lésion médullaire (Kennedy *et al.*, 1995; Kennedy *et al.*, 2000).

De même, la stratégie de distanciation de Folkman *et al.* (1986) implique des efforts pour se détacher et se distancer de la situation. L'étude de Chan *et al.* (2000) la montre de façon statistiquement significative plus souvent utilisée par les sujets dépressifs.

De façon similaire, les stratégies de pensée magique d'Aldwin *et al.* (1980) et de Vitaliano *et al.* (1985) et la stratégie de fuite dans des fantaisies agréables de Felton *et al.* (1984) visent toutes à fuir ou s'échapper de la détresse émotionnelle. L'étude de Frank *et al.* (1987) montre ainsi que la pensée magique d'Aldwin *et al.* (1980) est de façon statistiquement significative plus souvent utilisée par les sujets vivant plus de stress et de dépression. L'étude de Moore *et al.* (1994) sur la pensée magique de Vitaliano *et al.* (1985) montre qu'elle est de façon statistiquement significative plus souvent utilisée par les sujets dépressifs, qui présentent plus de pensées négatives et qui ont une impression de moindres progrès en réadaptation. Enfin l'étude de Buckelew *et al.* (1990) sur la stratégie de fuite dans des fantaisies agréables de Felton *et al.* (1984) montre qu'elle est de façon statistiquement significative plus souvent utilisée par les participants présentant un haut niveau de détresse psychologique comparativement à ceux qui présentent un niveau de détresse modéré ou léger.

La stratégie de minimisation de la menace (Felton *et al.*, 1984) consiste en une forme de fuite étant définie comme un refus volontaire de penser à la maladie et à faire comme si rien ne s'était passé. Elle est de façon statistiquement significative plus souvent utilisée par les sujets présentant plus de détresse psychologique (Buckelew *et al.* 1990).

Le coping mixte d'Aldwin *et al.* (1980) inclut à la fois des stratégies d'évitement et une recherche de soutien social. L'analyse de classification de Frank *et al.* (1987) le montre de façon statistiquement significative plus souvent utilisée par les participants ayant une lésion médullaire vivant plus de stress et de dépression.

L'utilisation de substances (Carver *et al.* 1989) consiste en une fuite dans la consommation de substances en réponse à un stress important. Elle présente une corrélation statistiquement positive avec la dépression, le désespoir, l'anxiété, la détresse psychologique, la confusion, la colère et la fatigue six semaines après la lésion (Kennedy *et al.*, 1995). Elle montre également une corrélation statistiquement positive avec la dépression et l'anxiété douze semaines après la lésion (Kennedy *et al.*, 2000), et avec le désespoir quatre à sept ans plus tard (Kennedy *et al.*, 1995; Kennedy *et al.*, 2000).

D'autres stratégies d'évitement, incluant celles de Rogers *et al.* (1993) et de Vitaliano *et al.* (1985), la fuite et l'évitement de Jalowiec (1991) et la stratégie de minimisation de la menace d'Aldwin *et al.* (1980) n'ont pas été reliées de façon statistiquement significative à l'ajustement psychologique des personnes vivant avec une lésion médullaire (Bérubé et Loiselle, 2003; Frank *et al.*, 1987; Moore *et al.*, 1994; Nielsen, 2003b).

Dans l'ensemble, ces stratégies d'évitement semblent associées à un moins bon ajustement.

1.2.2.2 Les stratégies de coping émotionnel

Les stratégies de coping émotionnel impliquent l'expression d'émotions. La stratégie de ventilation des émotions (Carver *et al.*, 1989) qui consiste à se concentrer et à

exprimer la détresse causée par le stresser montre une corrélation statistiquement positive avec la dépression, l'anxiété et la détresse psychologique six semaines et quatre à sept années après la lésion médullaire (Kennedy *et al.*, 1995; Kennedy *et al.*, 2000).

La stratégie d'expression des émotions de Felton *et al.* (1984) est de façon statistiquement significative plus souvent utilisée par les participants qui présentent un haut niveau de détresse psychologique comparativement à ceux qui présentent un niveau de détresse modéré ou léger (Buckelew *et al.*, 1990).

Le coping émotionnel défini par Jalowiec (1991) consiste à s'inquiéter du problème montre. Il montre une corrélation statistiquement négative avec l'espoir (Bérubé et Loisele, 2003). De même, le coping émotionnel de Rogers *et al.* (1993) implique de se sentir impuissant, déprimé, désespéré et de réduire ses activités. Il est un prédicteur statistiquement significatif de l'état de stress post-traumatique chez les participants ayant une lésion médullaire (Nielsen, 2003a).

En résumé, les stratégies de coping émotionnel semblent associées à des indicateurs d'un mauvais ajustement psychologique des personnes vivant avec une lésion médullaire.

1.2.2.3 La stratégie de blâme

La stratégie de blâme décrite par Aldwin *et al.* (1980) consiste à se sentir responsable de la situation. L'analyse de classification de Frank *et al.* (1987) la montre de façon statistiquement significative plus souvent utilisée par les participants vivant plus de stress et de dépression. De la même façon, la stratégie de blâme de Felton *et al.* (1984) est de façon statistiquement significative plus souvent utilisée par les

participants présentant un haut niveau de détresse psychologique comparativement à ceux qui présentent un niveau de détresse léger (Buckelew *et al.* 1990).

La stratégie de blâme de Vitaliano *et al.* (1985) n'est pas reliée de façon statistiquement significative à l'ajustement psychologique des personnes vivant avec une lésion médullaire (Moore *et al.*, 1994).

En résumé, les études sur les stratégies de blâme montrent qu'elles sont globalement associées à des indicateurs d'un moins bon ajustement psychologique des personnes vivant avec une lésion médullaire.

1.2.3 Autres stratégies non liées à l'ajustement psychologique

D'autres stratégies utilisées auprès de participants ayant une lésion médullaire n'ont pas été reliées de façon statistiquement significative avec l'ajustement psychologique ou ont été étudiées auprès de cette population sans que leur efficacité ait été évaluée. Ainsi, le coping détaché de Rogers *et al.* (1993) implique un sentiment d'être indépendant de l'évènement et de l'émotion qui y est associée. Cette stratégie a été étudiée en lien avec l'état de stress post-traumatique chez les personnes vivant avec une lésion médullaire sans qu'aucune relation statistiquement significative ne soit démontrée (Nielsen, 2003b). Le fatalisme, l'indépendance, et le coping palliatif (Jalowiec 1991) ont été étudiés relativement à l'espoir chez les personnes vivant avec une lésion médullaire sans qu'aucune relation statistiquement significative n'ait été trouvée (Bérubé et Loiselle, 2003). Ces stratégies n'ayant pas été liées à l'ajustement psychologique des personnes vivant avec une lésion médullaire, elles ne seront pas considérées comme des prédicteurs potentiels de la résilience dans le cadre de cette étude.

En résumé, la recension des écrits sur les stratégies de coping montre qu'elles sont des prédicteurs potentiellement statistiquement significatifs de l'ajustement psychologique chez les personnes vivant avec une lésion médullaire. Parmi ces stratégies, celles visant l'acceptation, la réinterprétation positive, le recours au soutien social et le coping centré sur le problème semblent associées de façon positive avec l'ajustement psychologique, alors que celles axées sur le coping émotionnel et l'évitement semblent associées à un moins bon ajustement psychologique.

Comme cela a été précisé plus tôt, le coping est reconnu comme attribut central de la résilience (Agaibi et Wilson, 2005; Bonnano, 2004; Campbell-Sills *et al.*, 2006; Catalano *et al.*, 2011; Davey *et al.*, 2003; Furnham *et al.*, 1997; Gillespie *et al.*, 2007; Riolli *et al.*, 2002; Rousseau, 2010; Tugade et Fredrickson, 2004; White *et al.*, 2008; White, 2010; Windle *et al.*, 2011), cette dernière requérant également la présence d'une période d'adversité comme antécédent nécessaire à son développement (Fletcher et Sarkar, 2013). La section suivante montrera comment les caractéristiques de la lésion médullaire correspondent à une expérience d'adversité.

1.3 Caractéristiques des lésions médullaires

1.3.1 Impact des lésions médullaires sur la santé physique

Une lésion médullaire est une atteinte à la moelle épinière ou à ses racines, provoquée à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une opération. La lésion peut-être d'origine traumatique (ex. : accident de la voie publique, chute) ou non traumatique (ex. : tumeur, infection) (Farry et Baxter, 2010). La moelle épinière étant responsable de la transmission d'information entre le cerveau et les différents organes et parties du corps, une lésion médullaire peut se solder par une perte ou une altération des

fonctions motrices et sensorielles sous le niveau lésionnel. Lorsqu'une lésion entraîne une perte ou altération des fonctions des quatre membres, il s'agit de tétraplégie. Lorsqu'une lésion entraîne une perte ou altération des fonctions des membres inférieurs uniquement, il s'agit de paraplégie. Une lésion médullaire peut par ailleurs être complète ou incomplète. Une lésion complète signifie l'absence totale de sensibilité et de fonction motrice sous le niveau lésionnel. Dans le cas d'une lésion incomplète, seule une partie de la moelle épinière est endommagée, ce qui implique la possibilité de sensibilité ou d'activité motrice réduite dans les parties du corps situées sous la lésion.

Le niveau neurologique précis d'une lésion médullaire permet par ailleurs de mesurer le degré d'atteinte sensoriel et moteur. Le niveau précis réfère aux segments de moelle atteints par la lésion et à l'étendue de cette atteinte. Une lésion qui affecte un des segments cervicaux de la moelle (C1-T2) entraîne une tétraplégie avec une perte totale ou partielle de l'usage des membres supérieurs impliqués dans la dextérité manuelle, et des membres inférieurs impliqués dans la locomotion. Une lésion qui affecte les segments thoraciques (T3-T12), lombaires (L1-L5) ou sacrés (S1-S5) entraîne divers degrés de paraplégie avec perte totale ou partielle de l'usage des membres inférieurs et une atteinte plus ou moins sévère de l'équilibre du tronc.

Outre le niveau neurologique de l'atteinte à la moelle épinière, l'American Spinal Injury Association (ASIA) propose une échelle nommée AIS (American Impairment Scale) pour rendre compte de l'étendue complète ou incomplète de la lésion. De façon générale, une lésion complète est associée à l'absence totale de fonctions sensitives et motrices sous le niveau lésionnel et réfère à une cote AIS-A. Une lésion incomplète permettant un maintien des fonctions sensorielles, mais non motrices sous le niveau lésionnel réfère à une cote AIS-B. Une lésion incomplète permettant un maintien des fonctions sensorielles et motrices, mais limitées à un déplacement latéral des membres sous-lésionnels réfère à une cote AIS-C. Une lésion incomplète

permettant un maintien des fonctions sensorielles et motrices suffisantes pour offrir un mouvement contre résistance sous le niveau lésionnel réfère finalement à une cote AIS-D (Kirshblum *et al.*, 2011).

Ces indices de lésion neurologique permettent d'obtenir un portrait précis de l'individu suivant sa classification AIS. Ainsi, un individu présentant un diagnostic C5 AIS-A serait d'emblée associé à une tétraplégie complète avec une perte de sensibilité et de motricité affectant les quatre membres. Un individu présentant un diagnostic S3 AIS-C serait, au contraire, associé à une paraplégie incomplète préservant une grande part de capacités sensori-motrices, incluant la marche.

Les conséquences physiques de la lésion médullaire sont nombreuses et complexes. Sur le plan fonctionnel, le niveau et la sévérité de la lésion entraînent divers degrés de handicap qui limitent l'indépendance fonctionnelle de l'individu. La lésion est également associée à des dysfonctionnements urinaires, intestinaux, sexuels et autonomiques qui augmentent les effets de la lésion et auxquels s'ajoutent des troubles de la spasticité et de la douleur neurogène. À long terme, la lésion médullaire peut impliquer des complications secondaires au niveau des systèmes respiratoire, musculo-squelettique, cutané et urinaire qui peuvent limiter l'espérance de vie (Kirshblum *et al.*, 2001; Siddal *et al.*, 2002).

La sévérité neurologique d'une lésion médullaire et le niveau d'indépendance fonctionnelle qui en découle en font un stresser important qui requiert des ajustements psychologiques également importants. Si l'impact de la sévérité de la lésion médullaire sur la résilience n'a été que récemment étudié (Bonnano *et al.*, 2012; Catalano *et al.*, 2011; Quale et Shanke, 2010; White *et al.*, 2010) son impact sur l'ajustement psychologique des personnes vivant avec une telle lésion a été maintes fois décrit (Martz *et al.*, 2005; Nielsen, 2003b; Radnitz *et al.*, 1998).

1.3.2 Impact des lésions médullaires sur la santé psychologique

Les travaux dans le domaine de la réadaptation ont initialement indiqué que la sévérité d'une lésion médullaire affectait l'ajustement psychologique de l'individu, même si cette sévérité était un prédicteur moins influent que les facteurs d'ordre psychologique (Buckelew *et al.*, 1980; Kennedy *et al.*, 1995). D'autres études ont cependant montré que la sévérité de la lésion n'agissait pas de façon statistiquement significative sur l'ajustement psychologique des participants (Bérubé et Loiselle, 2003), sur leur bien-être (deRoos-Cassini *et al.*, 2009), sur la dépression (Catalano *et al.*, 2011) et sur les symptômes d'état de stress post-traumatique (Quale *et al.*, 2009), et qu'elle n'était pas reliée à la satisfaction quant à leur vie (Krause et Dawis, 1992). DeRoos-Cassini *et al.* (2009) ont toutefois trouvé que la perception de la perte de fonctionnement physique, et non le niveau réel de la lésion, était inversement corrélée au bien-être psychologique. Il semble donc qu'on ne puisse tirer de conclusions satisfaisantes quant à l'impact de la sévérité de la lésion et de l'incapacité physique qui en découle (deRoos-Cassini *et al.*, 2009) et qu'il faille continuer de considérer la sévérité de la lésion même lorsqu'on évalue des variables d'ordre psychologique.

En plus de devoir s'adapter aux effets de la lésion médullaire sur l'indépendance fonctionnelle, les personnes vivant avec une telle lésion voient survenir d'importants bouleversements dans leurs activités quotidiennes personnelles et professionnelles et font face à une perte de leur rôle au sein de leur famille, de la communauté et dans la société (deRoos-Cassini *et al.*, 2009; Martz *et al.*, 2005). Plusieurs études font état des difficultés d'adaptation psychologique associées à la lésion médullaire. La personne touchée doit s'adapter à la fois à l'évènement ayant causé la lésion médullaire et aux conséquences qui en découlent (El Masri et Short, 1997). La dépression, l'état de stress post-traumatique et l'anxiété sont les conditions psychologiques les plus souvent rencontrées à la suite d'une lésion médullaire (Bombardier *et al.*, 2010; Catalano *et al.* 2011; Elliott et Frank, 1996; Kennedy et

Duff, 2001; Kennedy *et al.*, 2003; Kennedy et Evans, 2001; Kennedy et Rogers, 2000; Otis *et al.*, 2012; Pollard et Kennedy, 2007). Entre 17 % et 44 % des personnes ayant une lésion médullaire souffrent de dépression, la prévalence étant plus élevée que dans la population générale (Bombardier *et al.*, 2004; Fann *et al.*, 2011; Kennedy *et al.*, 2003; Radnitz *et al.*, 1996). La dépression chez les personnes vivant avec une lésion médullaire serait par ailleurs associée à un plus haut taux de suicide que dans la population générale (Kishi *et al.*, 2001; Krause *et al.*, 2008).

1.4 Études sur la résilience des personnes vivant avec une lésion médullaire

Malgré les répercussions physiques et psychologiques associées à une lésion médullaire, les individus vivant avec de telles conséquences montrent de la résilience. Or, peu d'études ont exploré le phénomène de résilience chez cette population et les facteurs qui y sont associés. À notre connaissance, seules quatre études ont ciblé la résilience chez des personnes vivant avec une lésion médullaire (Bonnano *et al.*, 2012; Catalano *et al.*, 2011; Quale et Shanke, 2010; White *et al.*, 2010), et seules deux d'entre elles se basent sur une mesure directe de la résilience (Bonnano *et al.*, 2012; Quale et Shanke, 2010).

Bonnano *et al.* (2012) ont étudié la trajectoire longitudinale des symptômes dépressifs de personnes vivant avec une lésion médullaire et ont trouvé que la trajectoire caractéristique de la majorité des participants était la résilience. Notons toutefois que la résilience dans cette étude ne faisait pas l'objet d'une mesure directe. Elle était plutôt mesurée par l'obtention de faibles scores à une échelle de dépression de six semaines à deux ans post-lésion médullaire. Les participants identifiés comme empruntant une trajectoire résiliente étaient ceux qui présentaient moins d'enjeux de qualité de vie, utilisaient plus les stratégies de coping d'acceptation et d'esprit

combatif et moins les stratégies de coping de recours au soutien social et d'évitement comportemental que les participants empruntant d'autres trajectoires.

Quale et Shanke (2010) ont également étudié la résilience chez les personnes vivant avec une lésion médullaire sans en faire l'objet d'une mesure directe. La trajectoire dite résiliente se caractérisait dans leur étude par la présence de peu de symptômes d'état de stress post-traumatique, d'anxiété, de dépression et d'affect négatif de pair avec la présence d'affects positifs.

Catalano *et al.* (2011) se sont penchés sur les liens entre la résilience et la dépression et ont démontré que le coping centré sur le problème était l'un des prédicteurs statistiquement significatifs de la résilience chez des personnes vivant avec une lésion médullaire. Ils obtenaient aussi une relation inverse entre les symptômes dépressifs et les caractéristiques de la résilience telles que mesurées par l'échelle de résilience de Connor et Davidson (CD-RISC). Les caractéristiques de la résilience évaluées étaient la ténacité, l'optimisme et les forces personnelles qui expliquaient, avec le stress perçu, 77 % de la variance des symptômes dépressifs. Au total, 61 % de la variance des caractéristiques de la résilience était expliquée par trois prédicteurs : le stress perçu, le soutien social, et le coping centré sur le problème. Les auteurs concluaient que les caractéristiques de la résilience semblent réguler les effets du stress perçu, ce qui influence l'occurrence des symptômes dépressifs chez les personnes vivant avec une lésion médullaire.

White *et al.* (2010) ont pour leur part cherché à savoir si la résilience et d'autres indicateurs d'ajustement (c.-à-d., dépression, satisfaction quant à la vie, spiritualité, indépendance fonctionnelle) peuvent être modifiés pendant la réadaptation des personnes vivant avec une lésion médullaire. Les résultats obtenus ne montrent pas de changement statistiquement significatif dans la manifestation de la résilience pendant la réadaptation, bien qu'ils démontrent une réduction statistiquement significative des

symptômes de dépression. Ils ont trouvé une corrélation négative modérée, mais statistiquement significative entre la résilience, telle que mesurée avec le CD-RISC, et les symptômes dépressifs, et ce, à trois moments de mesure différents.

En somme, les études récentes sur la résilience des personnes vivant avec une lésion médullaire démontrent l'intérêt naissant de la communauté scientifique pour ce thème d'étude. Pourtant, deux de ces études ont mesuré la résilience indirectement comme trajectoire postlésionnelle principalement caractérisée par une faible symptomatologie, plutôt que de mesurer directement la résilience (Bonnano *et al.*, 2012; Quale et Shanke, 2010). Les deux autres études tendent à appuyer l'hypothèse d'une relation inverse entre la résilience et la psychopathologie (Catalano *et al.*, 2011; White *et al.*, 2010).

1.5 Pertinence de l'étude de la résilience chez les personnes vivant avec une lésion médullaire

Les lésions médullaires sont un stresser de taille qui comporte un lot de complications physiques et psychologiques (Otis *et al.*, 2012; Pollard et Kennedy, 2007; Sie et Waters, 2003) justifiant l'étude de la résilience chez cette population. Rappelons que la définition de Windle (2011), citée précédemment et à laquelle nous adhérons, stipule que la résilience requiert trois éléments clés : 1) la présence d'une expérience d'adversité, 2) la présence de ressources permettant de compenser les effets de cette adversité, et 3) une adaptation positive (ou une meilleure issue que celle attendue) à cette adversité. Dans la présente étude, l'analyse de la manifestation du phénomène de résilience comprend à la fois 1) la présence d'une adversité importante, en l'occurrence la lésion médullaire, 2) le fait d'avoir des ressources qui favorisent l'adaptation, en l'occurrence des mécanismes de coping, et 3) une adaptation positive évaluée par une mesure directe de la résilience.

La recension des écrits réalisée précédemment illustre combien une lésion médullaire représente un stresser important, voire extrême, qui en fait un sujet de choix pour l'étude de la résilience et qui correspond au concept d'adversité identifié par Fletcher et Sarkar (2013) comme antécédent nécessaire à la résilience. Les études démontrent que plusieurs individus parviennent à négocier, gérer, et s'adapter efficacement à la lésion médullaire et à rebondir à la suite de cette expérience d'adversité. Bien que le phénomène de résilience soit observé dans les milieux cliniques de réadaptation, sa compréhension doit encore s'enrichir d'observations empiriques.

Les caractéristiques de la lésion médullaire, notamment la classification en paraplégie/tétraplégie, en lésion complète/incomplète et selon le segment de moelle épinière atteint, de même que la classification spécifique par niveau lésionnel associé à une cote AIS peuvent être explorées afin de préciser l'impact de la sévérité du stresser sur le développement de la résilience.

Le coping qui a été reconnu comme attribut de la résilience, et dont les études montrent un lien statistiquement significatif entre plusieurs de ses stratégies et l'ajustement psychologique, présente un intérêt particulier. La compréhension des liens entre le coping et la résilience chez les personnes ayant une lésion médullaire demeure néanmoins ténue, puisque seules deux études ont à ce jour porté sur la relation directe entre le coping et la manifestation de la résilience chez cette population vivant avec une lésion médullaire (Catalano *et al.*, 2011; White *et al.*, 2010).

Qui plus est, peu d'études en général ont tenté d'évaluer la résilience à l'aide de mesures directes et validées. Des auteurs se sont plutôt concentrés sur des évaluations subjectives (Davey *et al.*, 2003; Furnham *et al.*, 1997; Riolli *et al.*, 2002) ou sur des mesures indirectes comme l'absence de psychopathologie ou l'absence de maladie ou la présence d'affects positifs, malgré la période d'adversité (Bonnano *et al.*, 2006;

deRoos-Cassini, 2010; Quale et Shanke, 2010; Yi *et al.*, 2005). L'approfondissement des liens entre le coping et la résilience à l'aide d'un instrument validé semble donc indiquée.

Enfin, peu d'études ont porté sur la résilience dans un contexte de stresser chronique comme la lésion médullaire. Les études antérieures sur la résilience se sont plutôt concentrées sur des stressers sévères, mais moins chroniques (Tugade et Fredrickson, 2004) comme la guerre (Rioli *et al.*, 2002), la perte d'un époux (Bonnano *et al.*, 2005; Bonnano *et al.*, 2002; Davidson *et al.*, 2005) et l'exposition à des événements traumatiques (Bonnano *et al.*, 2006). L'étude de la résilience en situation de stresser chronique, telle la lésion médullaire, mérite donc un approfondissement.

En conclusion, plusieurs éléments viennent appuyer la pertinence de cette étude. Le coping et les variables liées à la lésion y seront considérés comme des facteurs positivement ou négativement associés à la résilience chez les personnes vivant avec une lésion médullaire. La mesure de psychopathologie permettra en outre d'explorer le débat entourant la conceptualisation de la résilience et son lien avec la psychopathologie. Les objectifs et hypothèses de l'étude sont décrits dans les sections suivantes.

1.6 Les objectifs de la recherche

La présente étude sur la manifestation de la résilience chez les personnes vivant avec une lésion médullaire vise six objectifs :

- 1) À l'aide d'un instrument de mesure validé, décrire la manifestation de la résilience chez des personnes vivant avec une lésion médullaire.

- 2) Vérifier si les stratégies de coping constituent des prédicteurs statistiquement significatifs de la résilience chez ces personnes et préciser quelles stratégies de coping s'avèrent des prédicteurs 2a) associés de façon positive avec la résilience et 2b) associés de façon négative à la résilience.
- 3) Vérifier si les caractéristiques de la lésion médullaire constituent des prédicteurs statistiquement significatif de la résilience.
- 4) Faire état du lien entre la résilience et la psychopathologie chez des personnes vivant avec une lésion médullaire.
- 5) Vérifier si les stratégies de coping constituent des prédicteurs statistiquement significatifs de la psychopathologie chez ces personnes et préciser quelles stratégies de coping s'avèrent des prédicteurs 2a) associés de façon positive avec la psychopathologie et 2b) associés de façon négative à la psychopathologie.
- 6) Vérifier si les caractéristiques de la lésion médullaire constituent des prédicteurs statistiquement significatif de la psychopathologie.

1.7 Les hypothèses de recherche

Les hypothèses avancées se subdivisent en deux catégories : les hypothèses liées à la résilience et les hypothèses liées à la psychopathologie.

Parmi les hypothèses liées à la résilience, la recension des écrits permet d'avancer :

- 1) Une première hypothèse, issue de la conceptualisation de la résilience comme processus plutôt qu'un trait inné, suggère qu'elle sera une manifestation assez fréquente chez les participants vivant avec une lésion médullaire.

- 2) Une seconde hypothèse stipule que les stratégies de coping seront des prédicteurs statistiquement significatifs de la résilience. Plus particulièrement, les stratégies de coping associées de façon positive à des indicateurs d'ajustement psychologique sont envisagées comme prédicteurs positifs de la résilience, soit l'acceptation, la réinterprétation positive, le recours au soutien social et le coping centré sur le problème. À l'inverse, les stratégies de coping associées de façon négative aux indicateurs d'ajustement psychologique sont envisagées comme prédicteurs négatifs de la résilience, soit la ventilation des émotions et l'évitement.
- 3) Une troisième hypothèse stipule que certaines variables liées à la lésion médullaire expliqueront une part de variance de la résilience.

Parmi les hypothèses liées à la psychopathologie, la recension des écrits permet d'avancer que :

- 4) La psychopathologie ne sera pas spécifiquement corrélée à la résilience.
- 5) Les stratégies de coping associées de façon négatives à des indicateurs d'ajustement psychologique, dont la ventilation des émotions et l'évitement, seront des prédicteurs positifs de la psychopathologie, alors que les stratégies associées de façon positive à l'ajustement psychologique, dont les stratégies d'acceptation, de réinterprétation positive, de recours au soutien social et le coping centré sur le problème, seront des prédicteurs négatifs la psychopathologie.
- 6) Certaines variables liées à la lésion médullaire expliqueront une part de variance de la psychopathologie.

CHAPITRE II

DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Ce chapitre détaille la démarche méthodologique appliquée pour la réalisation de l'étude. Le chapitre présente, dans un premier temps, les critères de participation à l'étude de même que les caractéristiques de l'échantillon. Ces caractéristiques sont classées en deux regroupements : 1) le profil sociodémographique des participants et 2) les caractéristiques décrivant leur lésion médullaire. Les divers instruments de mesure ayant été administrés aux participants, de même que leurs caractéristiques psychométriques respectives, sont ensuite détaillés. Puis, suit une description de la procédure utilisée pour mener à bien cette étude. Une courte section faisant état des considérations éthiques vient clore le chapitre.

2.1 Participants

2.1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Cent dix personnes (110) ayant une lésion médullaire ont été sollicitées pour participer à l'étude via l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal. Afin d'être inclus dans l'étude, les patients devaient être âgés d'au moins 18 ans, être atteints d'une lésion médullaire stable et posséder une connaissance suffisante du français écrit et parlé. Le fait de présenter des multitraumatismes, un traumatisme encéphalique sévère, un retard intellectuel sévère, un trouble psychotique ou un

trouble psychiatrique sévère constituait des critères d'exclusion pour la participation à l'étude.

2.1.2 Caractéristiques de l'échantillon

De l'échantillon initial, 82 personnes ont été rencontrées pour l'administration d'une entrevue semi-structurée qui évaluait la présence de diagnostics de psychopathologie et pour l'administration d'un questionnaire évaluant les données sociodémographiques et les données associées à leur lésion médullaire. Les participants devaient par la suite remplir à domicile et retourner une série de questionnaires évaluant la manifestation de la résilience et des stratégies de coping. De ce groupe, 12 personnes n'ont pas retourné ces questionnaires et ont conséquemment été exclues de l'étude. Des analyses ont été effectuées à l'aide de la version 11.5 du logiciel *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) dans le but d'évaluer si les participants ayant retourné les questionnaires (n=70) diffèrent des personnes exclues (n=12). Les variables continues ont été soumises à un Test de Student (test T) alors que les variables catégorielles ont été soumises à un Test du Chi-carré. Ces analyses ne révèlent aucune différence statistiquement significative entre les participants et les personnes exclues en ce qui a trait aux diagnostics de psychopathologie. Les participants ne diffèrent pas non plus des personnes exclues en ce qui a trait aux données recueillies sur la lésion médullaire, soit le fait de présenter une tétraplégie ou une paraplégie, d'avoir une lésion complète ou incomplète, l'âge au moment de la lésion, le délai depuis la lésion, le fait de recevoir des soins à domicile ou d'avoir un domicile adapté ou non. Finalement, aucune différence n'est observée entre les deux groupes quant aux variables sociodémographiques dont le genre, l'âge au moment de l'entrevue, l'occupation, la durée de la relation en couple et le revenu moyen. Les analyses révèlent toutefois que les participants diffèrent des personnes exclues quant au nombre d'enfants, ces dernières ayant moins d'enfants.

2.1.3 Profil sociodémographique des participants

Les caractéristiques sociodémographiques des participants sont présentées au tableau 2.1. Une majorité de participants était de genre masculin (n= 56; 80 %). L'âge moyen des participants était de 41,1 ans au moment de la participation à l'étude (é.t.=14,2 ans). Une grande proportion de participants cohabitait avec un conjoint, un proche ou un colocataire au moment de l'étude (n=50; 71,4 %) et un peu plus de la moitié d'entre eux vivaient en couple (n=37; 52,9 %). Plus du tiers des participants ont complété un diplôme d'études universitaires (n=25; 35,7 %) alors qu'un autre tiers a complété un diplôme d'études secondaires (n=23; 32,9 %). Un peu plus du tiers des participants (n=26; 37,1 %) occupait un emploi ou était aux études au moment de l'entrevue.

Tableau 2.1
Caractéristiques sociodémographiques des participants (n=70)

Variables	% (n)	m (é.t.)
Genre		
Hommes	80 % (56)	
Femmes	20 % (14)	
Âge		41,1 ans (12,04)
Cohabitation		
Oui	71,4 % (50)	
Non	28,6 % (20)	
État		
En couple	52,9 % (37)	
Célibataire	47,1 % (33)	
Occupation		
En emploi ou aux études	62,9 % (26)	
Autres	37,1 % (44)	
Niveau d'éducation		
Secondaire	32,9 % (23)	
Professionnel	8,6 % (6)	
Collégial	20,0 % (14)	
Universitaire	35,7 % (25)	
Autre	2,9 % (2)	

2.1.4 Cause de la lésion et délai lésionnel

Les caractéristiques détaillées associées à la cause et au délai depuis la lésion médullaire sont présentées aux tableaux 2.2 et 2.3. Un accident de la route est la cause de la lésion d'une plus grande proportion de participants (n=30; 42,9 %). Puis, les plongeurs (n=10; 14,3 %), les complications médicales (n=10; 14,3 %), les chutes (n=9; 12,9 %) et les accidents de sport (n=8; 11,4 %) ont causé une lésion médullaire chez des proportions semblables de participants. Finalement, des accidents de travail sont à la source de la lésion médullaire d'une minorité de participants (n=3; 4,3 %).

L'âge moyen des participants au moment où est survenue la lésion médullaire était de 29,4 ans (é-t.=11,76). Le délai moyen depuis la lésion était de 12 ans (é-t. = 11,60) au moment de la participation à l'étude. Ce délai était inférieur à 6 ans chez près de la moitié des participants (n=34; 48,6%). Chez un nombre important de participants, le délai lésionnel était supérieur à 11 ans (n=27; 38,6%).

Tableau 2.2
Causes de la lésion et délai lésionnel des participants (n=70)

	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Cause de la lésion (n=81)		
Accident de la route	30	42,9 %
Plongeon	10	14,3 %
Complication médicale	10	14,3 %
Chute	9	12,9 %
Accident de sport	8	11,4 %
Accident de travail	3	4,3 %
Délai depuis la lésion		
Cinq ans et moins	36	48,6 %
Entre 6 et 10 ans	9	12,9 %
11 ans et plus	27	38,6 %

2.1.5 Caractéristiques associées à la lésion médullaire

Parmi les participants à l'étude, on compte une proportion de participants tétraplégiques (n=37; 52,9 %) qui excédait de peu celle des participants paraplégiques (n=33; 47,1 %). Une majorité de participants présentait une lésion cervicale (n=37; 52,9 %) ou thoracique (n=28; 40 %). Une proportion importante de participants présentait une lésion médullaire complète (n=45; 64,3 %) par opposition à une lésion incomplète. Une grande proportion de participants (n=57; 81,4 %) habitait un domicile adapté au moment de leur participation à l'étude.

Tableau 2.3
Caractéristiques associées à la lésion médullaire des participants (n=70)

Variables	% (n)
Caractéristiques de la lésion	
Lésion complète	64,3 % (45)
Lésion incomplète	35,7 % (25)
Paraplégique	47,1 % (33)
Lésion complète	72,7 % (24)
Lésion incomplète	27,3 % (9)
Tétraplégique	52,9 % (37)
Lésion complète	56,8 % (21)
Lésion incomplète	43,2 % (16)
Segment de moelle touché	
Cervical	52,9 % (37)
Thoracique	40,0 % (28)
Lombaire	1,4 % (1)
Sacree	5,7 % (4)
Domicile	
Adapté	81,4 % (57)
Non adapté	18,6 % (13)

2.2 Instruments de mesure

Les instruments de mesure utilisés dans cette étude ont été choisis en fonction des objectifs de l'étude et de leurs forces psychométriques démontrées. La résilience et les stratégies de coping ont été mesurées à l'aide de questionnaires autorapportés. La psychopathologie était évaluée à l'aide de l'entrevue semi-structurée SCID-I.

2.2.1 Mesure de la résilience

La résilience était mesurée par l'Échelle de résilience de Connor et Davidson (Chaudieu *et al.*, 2001; version française du Connor-Davidson Resilience Scale [CD-RISC]; Connor et Davidson, 2001; 2003). Le CD-RISC était utilisé parce qu'il mesure les caractéristiques de la résilience de façon directe et exhaustive et qu'il est considéré comme une mesure de choix (Campbell-Sills *et al.*, 2006; Ionescu et Jourdan-Ionescu, 2011; Windle *et al.*, 2011). Cet instrument est un questionnaire autorapporté qui contient 25 items tels « *J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves* » et « *Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas* ». Le participant doit indiquer si les items s'appliquent à sa situation en répondant selon une échelle de Likert en cinq points, allant de Pas du tout (cote 0) à Pratiquement tout le temps (cote 4). Le score total varie entre 0 et 100, un score élevé illustrant une plus grande résilience. La durée nécessaire pour remplir le CD-RISC est d'environ cinq minutes.

La version originale du CD-RISC présente une bonne cohérence interne, avec un *alpha* de Cronbach de 0,89 (Connor et Davidson, 2003). Cet instrument présente également une bonne fidélité temporelle tel qu'indiqué par un coefficient de corrélation intraclasse de 0,87 (Connor et Davidson, 2003). De plus, le CD-RISC démontre une validité convergente illustrée par une corrélation positive

statistiquement significative avec une mesure autorapportée de la personnalité résistante au stress ($r = 0,83$; $p < .0001$) et des corrélations négatives statistiquement significatives avec des mesures autorapportées de stress perçu ($r = -0,76$; $p < .001$), de vulnérabilité au stress ($r = -0,32$; $p < .00001$) et d'incapacité ($r = -0,62$; $p < .0001$; Connor et Davidson, 2003).

2.2.2 Mesure des stratégies de coping

La version française du COPE (Filion et Desbiens, 2008; version originale de Carver *et al.*, 1989) était choisie comme mesure du coping parce qu'elle permet de mesurer un large éventail de stratégies de coping et qu'elle s'appuie sur un modèle théorique reconnu (Lazarus et Folkman, 1984). Cet instrument semble particulièrement adapté au contexte de l'étude, puisque Muller et Spitz (2003) spécifient qu'il est utile dans le domaine de la santé et qu'il peut orienter les interventions cliniques auprès de personnes vivant avec une maladie grave ou les suites d'un traumatisme. Cet instrument est en outre traduit et validé dans plusieurs langues, ce qui facilite la comparaison des résultats tirés de son utilisation. Le COPE a de plus été utilisé avec succès auprès de participants ayant une lésion médullaire (Bonanno *et al.*, 2012; Kennedy *et al.*, 1995).

Le COPE évalue 17 stratégies de coping et propose des items mesurant directement les stratégies d'acceptation, de réinterprétation positive, le recours au soutien social, le coping émotionnel et l'évitement. Les items du COPE mesurant les stratégies actives, la planification et la recherche de soutien social instrumental permettent par ailleurs de mesurer le coping centré sur le problème.

Le COPE comporte 68 items tels « *J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif* » et « *J'ai refusé de croire que ça m'arrivait* ». Le participant doit indiquer la

fréquence à laquelle il adopte le comportement décrit par l'item selon une échelle de Likert en quatre points allant de Pas du tout (cote 1) à Toujours (cote 4). La durée nécessaire pour remplir le COPE est d'environ dix à quinze minutes.

En ce qui a trait aux propriétés psychométriques du COPE, des analyses révèlent la présence de validité de convergence et de validité discriminante. Une analyse factorielle confirmatoire montre que cet instrument possède une validité de structure satisfaisante (Carver *et al.* 1989). Les différentes stratégies du COPE présentent également pour la plupart une cohérence interne acceptable, comme en témoignent des *alphas* de Cronbach oscillant entre .62 et .92 (Hogan, 2007), sauf pour la stratégie d'évitement cognitif qui présente un indice de .45. On mentionne finalement des corrélations test-retest (délai de six et huit semaines) oscillant entre .51 et .89 pour l'ensemble des stratégies de coping (Carver *et al.* 1989).

2.2.3 Évaluation de la psychopathologie

L'évaluation de la psychopathologie était réalisée à l'aide de l'Entrevue clinique structurée I selon le DSM-IV (traduction française de la Structured Clinical Interview I for DSM-IV [SCID]; Spitzer *et al.*, 1996). Le SCID a été choisi pour évaluer la psychopathologie à la suite de la lésion médullaire, puisque cet instrument est reconnu et validé à grande échelle en recherche pour le diagnostic des troubles mentaux (Rogers, 2001). Le SCID prend la forme d'une entrevue structurée qui doit être administrée par un évaluateur entraîné, le cas échéant l'auteure et une collègue candidate au Doctorat en psychologie (se référer à la section résultats pour les accords interjuges).

Le SCID évalue la présence ou l'absence des troubles du DSM-IV durant le dernier mois et au courant de la vie entière. Les questions correspondent aux critères

diagnostiques des troubles. Elles sont posées par l'évaluateur qui détermine, selon la réponse du participant, si le critère diagnostique est absent (cote 1), s'il est présent de façon sous-clinique (cote 2) ou s'il est présent et d'intensité clinique (cote 3).

Cet instrument compte neuf modules qui permettent d'identifier trente-trois diagnostics de l'Axe I (ex. : troubles de l'humeur, troubles anxieux) du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association [APA], 1994). Dans le cadre de cette étude, des portions de trois modules ont été administrées, soit les portions évaluant les troubles anxieux, dont l'état de stress post-traumatique, les troubles de l'humeur et les troubles reliés à la consommation d'alcool et d'autres substances, ces troubles étant les plus fréquemment associés à la lésion médullaire (Galvin et Godfrey, 2001; Nielsen, 2003a; North, 1999). Le temps d'administration de ces trois modules du SCID-I peut osciller entre 20 et 60 minutes, en fonction du nombre de symptômes présents chez le participant.

Les propriétés psychométriques du SCID ont été évaluées sur la version originale de l'instrument. Basco *et al.* (2000) ont observé une bonne validité concomitante du SCID pour le DSM-III-R avec une méthode diagnostique complète incluant le SCID, le jugement de cliniciens et la consultation du dossier médical ($\kappa = 0,61$). Les conclusions sur la validité du SCID semblent applicables au SCID pour le DSM-IV, puisque Rogers (2001) souligne que plusieurs modules des deux versions du SCID sont pratiquement identiques.

Pour ce qui est de la fidélité du SCID pour le DSM-IV, des études décrivent de bons accords interjuges pour le diagnostic global ($\kappa > 0,76$; Ventura *et al.*, 1998) et pour les différents modules (κ allant de 0,78 à 1,0; Levin *et al.*, 1998). Les modules du

SCID pour le DSM-IV qui ont spécifiquement été administrés dans cette étude démontrent une bonne fidélité interjuge, telle qu'illustrée par des *kappas* de 1,0 pour le trouble dépressif majeur (Levin *et al.*, 1998; Zimmerman et Mattia, 1998) et pour l'état de stress post-traumatique (Zimmerman et Mattia, 1998) ainsi que des *kappas* oscillant entre 0,70 et 0,88 pour les troubles anxieux (Zanarini *et al.*, 2001) de même que des *kappas* variant entre 0,82 et 1,0 pour la dépendance à différents types de substances (Levin *et al.*, 1998). La fidélité temporelle (délai de 7 à 10 jours) de ces modules est également satisfaisante, avec un indice de 0,61 pour le trouble dépressif majeur, un indice de 0,78 pour l'état de stress post-traumatique, un indice de 0,77 pour la dépendance et l'abus d'alcool et un indice de 0,76 pour la dépendance et l'abus d'autres substances (Zanarini *et al.*, 2000).

2.2.4 Données associées à la lésion médullaire

La sévérité de la lésion médullaire était évaluée à l'aide de trois variables classant la lésion selon qu'il s'agissait d'une tétraplégie ou d'une paraplégie, d'une lésion complète ou incomplète et selon le segment de la moelle épinière touché par la lésion (segment cervical, thoracique, lombaire ou sacré). Ces données étaient recueillies avec les données sociodémographiques et celles du dossier médical.

Il était initialement prévu de recueillir au dossier médical les cotes AIS liées à la sévérité de la lésion médullaire et celles de l'indépendance fonctionnelle évaluée par la Mesure d'indépendance fonctionnelle ([MIF]; version française du Functional Independence Measure; Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation, 1997) et la Spinal Cord Independence Measure, version III ([SCIM]; Catz *et al.*, 2006). Cependant, ces mesures se sont avérées incomplètes, non à jour ou introuvables dans une majorité de dossiers médicaux consultés. Il a donc été

impossible de les inclure dans les modèles de prédiction de la résilience et de la psychopathologie.

2.2.5 Données sociodémographiques

Le questionnaire élaboré par l'équipe de recherche a permis de recueillir des informations sur les caractéristiques sociodémographiques des participants dont le genre, l'âge, l'état civil, le nombre d'enfants, l'occupation, le revenu annuel et le niveau d'éducation des participants ainsi que la date de survenue et la cause de la lésion médullaire et leur occupation depuis la survenue de leur lésion.

2.3 Procédure

Les participants étaient recrutés via l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal. Ainsi, 110 patients y ayant complété leur réadaptation à l'interne et qui correspondaient aux critères d'inclusion de l'étude ont été contactés par téléphone par une infirmière de cet établissement qui leur a présenté l'étude. De ces personnes, 12 n'ont pas répondu ou n'ont pas rendu les appels et 16 ont refusé de participer. Les raisons évoquées pour le refus de participer sont un manque de temps (n=5), ne pas souhaiter parler de la lésion médullaire (n=4), ne pas être intéressé à participer à une étude (n=2), présenter un problème de santé telle une opération à venir et qui limite la participation à l'étude (n=2), le fait d'habiter trop loin (n=1) et le fait d'avoir participé à une autre étude récemment (n=1). L'infirmière a expliqué aux personnes contactées que l'étude visait à évaluer les stratégies d'adaptation développées par les personnes ayant une lésion médullaire. Finalement, 82 personnes ont accepté de participer, pour un taux de réponse de 74,5%. Les personnes intéressées à participer ont ensuite été contactées par téléphone par une assistante de recherche qui leur a

présenté plus en détails le but, la procédure et le temps requis par la participation à l'étude.

Les personnes ayant accepté de participer ont été rencontrées par l'auteure ou une collègue. Toutes deux étudiantes au Doctorat en psychologie, nous avons été dûment formées à la passation du SCID-I. Les rencontres d'évaluation ont pris place dans des locaux du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, de l'Université du Québec à Montréal ou au domicile des participants, s'il leur était impossible de se déplacer. La portion « entrevue » de la participation à l'étude incluait l'administration du SCID-I de même que le questionnaire maison portant sur les informations liées à la lésion médullaire des participants, sur leurs informations sociodémographiques et sur leur condition médicale. Les entrevues ont été enregistrées pour permettre la réalisation d'accords interjuges afin de s'assurer de la validité des conclusions qui en ont été tirées. Les entrevues étaient d'une durée oscillant généralement entre une heure trente et deux heures et elles étaient entrecoupées d'une pause, au besoin.

Les participants ont été invités à remplir les questionnaires COPE et CD-RISC en présence de l'assistante de recherche afin qu'elle puisse répondre aux questions et pallier un éventuel manque de dextérité manuelle chez certains participants. Les participants pouvaient également choisir de remplir les questionnaires à leur domicile et de les retourner à l'équipe de recherche dans une enveloppe préaffranchie. Cette deuxième option a été privilégiée par la majorité des participants. Les participants souhaitant remplir les questionnaires à domicile, et étant incapables de tenir adéquatement un crayon en raison de leur handicap, pouvaient solliciter l'aide d'un proche. Il leur était demandé de ne pas discuter leurs réponses avec ce proche avant d'avoir terminé de remplir les questionnaires.

Il est à noter que cette étude s'inscrit dans le cadre plus large d'un projet portant sur l'état de stress post-traumatique chez des personnes vivant avec une lésion médullaire. Afin de répondre aux objectifs des autres volets de cette étude, les participants étaient également appelés à répondre à des questions d'entrevues portant sur l'événement ayant causé la lésion médullaire et à remplir des questionnaires autorapportés dont certains évaluaient les antécédents de trauma et certains facteurs associés à l'état de stress post-traumatique.

2.4 Considérations éthiques

Diverses mesures ont été prises afin que l'étude soit menée dans le respect des règles éthiques caractérisant la recherche scientifique en psychologie. En premier lieu, les participants potentiels n'ont pas été approchés par l'équipe de recherche, mais bien par un membre du personnel paramédical de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal.

En second lieu, un formulaire de consentement a été présenté et soumis aux participants pour signature le jour de l'entrevue. Les participants ont également été informés verbalement que leur participation était anonyme et confidentielle, qu'ils pouvaient y mettre fin à tout moment sans préjudice et qu'ils pouvaient contacter la chercheuse responsable de la recherche ou la responsable du comité d'éthique de la recherche des établissements du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal Métropolitain (CRIR) s'ils avaient des questions ou des commentaires.

En troisième lieu, la confidentialité des réponses et l'anonymat des participants ont été assurés par l'identification des questionnaires et des enregistrements à l'aide d'un

numéro attribué à chaque participant et par l'entreposage des formulaires de consentement et des questionnaires dans un classeur verrouillé.

Enfin, l'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal, membre du CRIR, et reconnu par le comité d'éthique de l'UQAM, préalablement au début du recrutement.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats des principales analyses effectuées dans le cadre de la recherche. Les manifestations de résilience et de psychopathologie à la suite d'une lésion médullaire de même que l'utilisation des stratégies de coping y sont décrites. Suivent des analyses de corrélations entre ces variables, des analyses de régression linéaire et de régression logistique identifiant respectivement les facteurs prédictifs de la résilience et de la psychopathologie. Des résultats sur les liens entre la résilience et la psychopathologie sont ensuite présentés. Finalement, des résultats sur l'impact de la lésion médullaire sur ces deux variables viennent clore ce chapitre.

3.1 Analyse des distributions et vérification de postulats

Les variables à l'étude ont été soumises à des analyses permettant de conclure qu'elles satisfont, pour la plupart, les postulats de normalité dont le respect est nécessaire aux analyses subséquentes. Les analyses révèlent une distribution non normale pour les variables suivantes : le niveau d'éducation complété, la résilience et les stratégies de coping de ventilation, les croyances spirituelles, le déni et l'utilisation de substances. Ces stratégies ont toutes pu être transformées ou dichotomisées de façon satisfaisante. Une analyse visuelle des diagrammes de dispersion permet par ailleurs de vérifier que les données respectent les postulats de linéarité et d'homéoscédasticité.

3.2 Hypothèses liées à la résilience

3.2.1 Manifestation de la résilience

Tel qu'illustré au tableau 3.1, les participants à l'étude présentent un score moyen de résilience de 73,16 (é.-t. :14,32) au CD-RISC. L'étendue possible des scores de résilience varie entre 0 et 100. Une majorité de participants (58,57%) présente un score supérieur à 70 et une faible minorité d'entre eux (7,14%) présente un score inférieur à 50. L'instrument présente une bonne cohérence interne, comme en témoigne un coefficient *alpha* de Cronbach de 0,92.

3.2.2 Manifestation des stratégies de coping

Le tableau 3.1 fait état de l'ensemble des données descriptives et précise l'indice de cohérence interne (*alpha* de Cronbach) pour les stratégies de coping telles que mesurées par le COPE. Les stratégies de coping associée de façon statistiquement significative positive à l'ajustement psychologique identifiées dans la recension des écrits, effectuée en première partie, obtiennent toutes un score d'utilisation plus élevé que les stratégies associées de façon statistiquement significative mais négative avec l'ajustement psychologique. Parmi les stratégies associées de façon statistiquement positive avec la résilience, la réinterprétation positive constitue la stratégie de coping la plus fréquemment employée ($m=3,03$; $\text{é.t.}=0,59$), suivie de la stratégie d'acceptation ($m=2,96$; $\text{é.t.}=0,74$), des stratégies actives ($m=2,94$; $\text{é.t.}=0,53$) et de la stratégie de planification ($m= 2,82$; $\text{é.t.}=0,61$). Les stratégies de coping présumées associées des façon statistiquement significative, mais négatives à la résilience parmi les moins fréquemment employées par les participants sont les stratégies d'utilisation

de substances ($m=1,22$; $\text{é.t.}=0,42$), le déni ($m=1,45$; $\text{é.t.}=,49$) et la stratégie de croyances spirituelles ($m=1,54$; $\text{é.t.}=0,65$).

Tableau 3.1

Description des variables (moyennes et écarts-types) et indices de fidélité (n=70)

Variables	Moyenne	Écart-type	Étendue	Fidélité*
Stratégies de coping présumées associées de façon positive à la résilience ¹			1-4	
Réinterprétation positive	3,03	0,59		0,72
Acceptation	2,96	0,74		0,82
Stratégies actives	2,94	0,53		0,67
Planification	2,82	0,61		0,76
Recherche de soutien émotionnel	2,39	0,64		0,79
Recherche de soutien instrumental	2,26	0,63		0,79
Stratégies de coping présumées associées de façon négative à la résilience ¹				
Évitement cognitif	2,15	0,59		0,49
Ventilation des émotions	1,96	0,58		0,75
Évitement comportemental	1,57	0,44		0,56
Croyances spirituelles	1,54	0,65		0,91
Déni	1,45	0,49		0,72
Utilisation de substances	1,22	0,42		0,83
Stratégies de coping dont l'impact sur la résilience n'est pas établi ¹				
Processus émotionnel	2,56	0,61		0,81
Expression des émotions	2,43	0,65		0,85
Contrôle de soi	2,42	0,59		0,77
Humour	2,32	0,68		0,86
Suppression des activités pouvant entrer en compétition avec le stressor	2,14	0,64		0,75

Note : *coefficient alpha de Cronbach

¹ Telles qu'identifiées dans la recension des écrits

3.2.3 Corrélations entre les stratégies de coping

Le tableau 3.2 décrit les corrélations entre les dix-sept stratégies de coping telles que mesurées par le COPE. Plusieurs stratégies de coping sont corrélées entre elles. Les stratégies émotionnelles sont celles présentant le plus d'intercorrélations. De celles-ci, la stratégie expression des émotions présente des corrélations importantes avec les stratégies de recherche de soutien émotionnel ($r=.75$), de processus émotionnel ($r=.73$) et de ventilation des émotions ($r=.63$). Certaines stratégies de coping dites centrées sur le problème sont également intercorrélées. C'est le cas des stratégies actives qui présentent des corrélations importantes avec la stratégie de planification ($r=.59$), la stratégie de réinterprétation positive ($r=.49$) et la stratégie recherche de soutien instrumental ($r=.44$). La stratégie recherche de soutien instrumental présente pour sa part des corrélations avec la recherche de soutien émotionnel ($r=.64$), le processus émotionnel ($r=.57$), la suppression d'activités entrant en compétition avec le stressueur ($r=.52$), l'expression des émotions ($r=.47$) et la planification ($r=.47$).

Tableau 3.2

Matrice des coefficients de corrélation linéaire de Pearson (r) des stratégies de coping ($n=70$)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Réinterprétation positive																
2. Croyances spirituelles	-,05															
3. Acceptation	,48**	-,40**														
4. Contrôle de soi	,19	,09	,07													
5. Planification	,42**	,00	,24*	,43**												
6. Stratégies actives	,49**	,03	,40**	,35**	,59**											
7. Recherche de soutien instrumental	,20	,15	-,04	,35**	,47**	,44**										
8. Suppression d'activités en compétition avec le stress	,10	,21	-,20	,57**	,58**	,29*	,52**									
9. Recherche de soutien émotionnel	,25	,11	,04	,17	,33**	,35**	,64**	,33**								
10. Ventilation des émotions	-,12	,27*	-,20	,21	,22	,11	,43**	,33**	,56**							
11. Processus émotionnel	,38**	,15	,16	,31**	,48**	,54**	,57**	,29*	,71**	,51**						
12. Expression des émotions	,20	,09	,22	,09	,23	,33**	,47**	,01	,75**	,63**	,73**					
13. Dén	-,25*	,30	-,40**	,25*	-,09	-,03	,12	,40**	-,08	,03	-,08	-,20				
14. Évitement comportemental	-,28*	,03	-,20	,04	-,09	-,22	-,10	,10	-,02	,30*	-,07	,10	,07			
15. Évitement cognitif	-,14	,15	-,27*	,32**	,07	,16	,13	,29*	,19	,44**	,10	,12	,29*	,24*		
16. Utilisation de substances	-,16	,18	,16	,07	-,13	-,20	-,12	,13	-,07	,22	-,08	,00	,08	,30*	,20	
17. Humour	,38**	-,28	,28*	-,11	,11	,30*	,03	-,16	,15	-,09	,15	,20	-,16	,03	-,09	-,05

Note : * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$

3.2.4 Corrélations entre les stratégies de coping et la résilience

Parmi les 17 stratégies de coping mesurées par le COPE, 10 s'avèrent de façon statistiquement significative avec la résilience. Le tableau 3.3 fait les corrélations entre les stratégies de coping et le score de résilience au CD-I. Les stratégies actives ($r=.59$) et la stratégie de réinterprétation positive ($r=.58$) sont plus fortement corrélées avec la résilience, leurs corrélations étant positives. Parmi les 10 stratégies corrélées, cinq s'avèrent des stratégies qui avaient été associées de façon statistiquement significative positive avec des indices d'ajustement psychologique, soit les stratégies actives, la réinterprétation positive, la planification, l'accès à la recherche de soutien émotionnel. Ces six stratégies présentent une corrélation positive avec la résilience. L'évitement comportemental ($r=-.33$) et la consommation d'utilisateurs de substances ($r=-.25$) sont les deux seules stratégies associées de façon statistiquement significative, mais négatives à la résilience.

Tableau 3.3
Corrélations linéaires de Pearson (r) des stratégies de coping avec la résilience

	Résilience Score au CD-RISC
Stratégies de coping présumées associées de façon positive à la résilience ²	
Stratégies actives	,594**
Réinterprétation positive	,582**
Planification	,434**
Acceptation	,406**
Recherche de soutien émotionnel	,256*
Recherche de soutien instrumental	,185
Stratégies de coping présumées associées de façon négative à la résilience ²	
Évitement comportemental	-,332**
Utilisation de substances	-,250*
Déni	-,174
Croyances spirituelles	,140
Évitement cognitif	-,130
Ventilation des émotions	-,017
Stratégies de coping dont l'impact sur la résilience n'est pas établi ²	
Humour	,449**
Processus émotionnel	,421**
Expression des émotions	,374**
Contrôle de soi	,074
Suppression des activités pouvant entrer en compétition avec le stress	,019

Note : * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

² Telles qu'identifiées dans la recension des écrits

3.2.5 Corrélations entre les données sociodémographiques, les données associées à la lésion médullaire et la résilience

Outre les stratégies de coping, les caractéristiques sociodémographiques des participants et les caractéristiques associées à la lésion médullaire ont été considérées comme des prédicteurs potentiels de la résilience. Le tableau 3.4 fait état des corrélations de ces variables avec la résilience, telle que mesurée par le CD-RISC. Aucune caractéristique sociodémographique ne présente de corrélation statistiquement significative avec la résilience. L'âge au moment de la lésion ($r=-.24$) et le délai depuis la lésion ($r=.24$) s'avèrent pour leur part statistiquement corrélés à la résilience. L'âge au moment de la lésion est négativement corrélé avec la résilience, alors que le délai lésionnel y est positivement corrélé.

Tableau 3.4
Corrélations linéaires de Pearson et de Spearman des caractéristiques sociodémographiques et des caractéristiques associées à la lésion médullaire des participants avec la résilience

	Résilience (score au CD-RISC)
Caractéristiques sociodémographiques	
Genre	,197
Âge	-,072
Cohabitation	-,090
État matrimonial	,045
Occupation	,198
Niveau d'éducation	,165
Caractéristiques associées à la lésion médullaire	
Âge au moment de la lésion	-,241*
Délai depuis la lésion	,239*
Cause de la lésion	,077
Tétraplégie/paraplégie	-,055
Lésion complète/incomplète	-,141
Segment lésionnel	-,044

Note : * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

3.2.6 Modèle de prédiction de la résilience

Une régression linéaire hiérarchique était effectuée afin d'explorer davantage l'impact du coping sur la résilience et de déterminer la portion de la variance de la résilience expliquée par les diverses stratégies de coping et les caractéristiques lésionnelles. Seules les variables corrélées avec la résilience ont été incluses dans la régression. L'âge au moment de la lésion et le délai depuis la lésion sont les deux seules variables descriptives de la lésion médullaire corrélées de façon statistiquement significative à la résilience. Elles ont été incluses dans un premier bloc. Les variables associées de façon à la lésion médullaire des participants, Puis, les stratégies de coping statistiquement corrélées avec la résilience étaient incluses dans un deuxième bloc incluant les stratégies actives, la réinterprétation positive, l'humour, la planification, le processus émotionnel, l'acceptation, l'expression des émotions, l'évitement comportemental, la recherche de soutien émotionnel et l'utilisation de substances. La méthode « enter » était utilisée. Les prédictors non statistiquement significatifs étaient éliminés un à un du modèle jusqu'à ce que tous les prédictors atteignent le seuil de signification de 0,05. Le tableau 3.5 décrit le modèle final des prédictors statistiquement significatifs de la résilience.

Les résultats montrent que l'âge des participants au moment de l'acquisition de la lésion médullaire explique 5,8 % de la variance de la résilience. Une fois contrôlé pour cette caractéristique associée à la lésion, six stratégies de coping s'avèrent des prédictors statistiquement significatifs de la résilience. Les stratégies actives expliquent 5,1 % de la variance de la résilience, l'humour en explique 3,9 %, l'évitement comportemental 3,8 %, la réinterprétation positive 3,6 % et l'expression émotionnelle 3,4 %. Ensemble, ces variables expliquent 57,2 % (51 % ajusté) de la variance de la résilience.

Le délai lésionnel et les stratégies de coping de planification, de recherche de soutien émotionnel, d'acceptation, de processus émotionnel et l'utilisation de substances, quoique corrélés de façon statistiquement significative avec la résilience, ne contribuent pas statistiquement au modèle de prédiction.

Tableau 3.5
Analyse de régression linéaire de la résilience (n=70)

Variables		B	SE B	β	R ²	ΔR^2	Sr ²
Étape 1					,058		
	Âge au moment de la lésion	-,031	,015	-,241*			,058
Étape 2					,572	,514***	
	Réinterprétation positive	,623	,271	,240*			,036
	Stratégies actives	,841	,306	,291**			,051
	Expression émotionnelle	,479	,213	,203*			,034
	Évitement comp.	-,772	,328	-,221*			,038
	Humour	,516	,215	,230*			,039

Note : *p<0,05. **p<0,01. *** p<0,001

3.3 Hypothèses liées à la psychopathologie

3.3.1 Prévalence des psychopathologies à la suite de la lésion médullaire

L'entrevue structurée SCID-I était administrée par deux évaluatrices. Un calcul permet d'observer un coefficient *Kappa* de Cohen de 0,79 témoignant d'un fort taux d'accord interjuges (Landis et Koch, 1977).

Les résultats révèlent qu'une proportion importante de participants, soit 42,9 % (n=30) présentait des diagnostics psychologiques à la suite de la lésion médullaire. Les pourcentages de participants présentant une psychopathologie au moment de la participation à l'étude de même que ceux ayant présenté une psychopathologie à la

suite de l'acquisition de la lésion médullaire, mais à un moment antérieur à la participation à l'étude, sont présentés au tableau 3.6. Le diagnostic le plus fréquent est de loin la dépression majeure (n=24; 34,3 %), suivi de l'état de stress post-traumatique (n=8; 11,4 %). Ainsi, 28 participants, soit 40 % de l'échantillon, ont présenté l'un ou l'autre de ces deux diagnostics à la suite de leur lésion médullaire. Les autres troubles anxieux constituent des diagnostics moins fréquents parmi lesquels on retrouve le trouble panique (n=3; 4,3 %), la phobie sociale (n=1; 1,4 %), la phobie spécifique (n=1; 1,4 %) et le trouble obsessionnel-compulsif (n=1; 1,4 %). L'abus ou la dépendance aux substances (n=3; 4,3 %), légèrement plus fréquent que les troubles nommés précédemment, est tout de même peu fréquent dans l'échantillon.

Tableau 3.6

Diagnostics de psychopathologie actuels et diagnostics de psychopathologie passés
survenus postlésion médullaire (LM; n = 70)

Diagnostic	% (n)
Psychopathologie (diagnostic actuel et/ou passé post LM)	42,9 % (30)
Diagnostic actuel	17,7 % (11)
Diagnostic passé	38,6 % (27)
Épisode dépressif majeur (diagnostic actuel et/ou passé post LM)	34,3 % (24)
Actuel – début postlésion	7,1 % (5)
Passé – postlésion	30 % (21)
État de stress post-traumatique (diagnostic actuel et/ou passé post LM)	11,4 % (8)
Actuel – début postlésion	1,4 % (1)
Passé – postlésion	11,4 % (8)
État de stress aigu (Passé – postlésion)	2,9 % (2)
Abus/dépendance alcool ou substance (dx actuel et/ou passé post LM)	4,3 % (3)
Actuel – début postlésion	0
Passé – postlésion	4,3 % (3)
Trouble d'anxiété généralisée (diagnostic actuel et/ou passé post LM)	5,7 % (4)
Actuel – début postlésion	4,3 % (3)
Passé – postlésion	1,4 % (1)
Trouble panique (diagnostic actuel et/ou passé post LM)	4,3 % (3)
Actuel – début postlésion	2,9 % (2)
Passé – postlésion	1,4 % (1)
Phobie sociale (diagnostic actuel et/ou passé post LM)	1,4 % (1)
Actuel – début postlésion	0
Passé – postlésion	1,4 % (1)
Phobie spécifique (diagnostic actuel et/ou passé post LM)	1,4 % (1)
Actuel – début postlésion	1,4 % (1)
Passé – postlésion	0
Trouble obsessionnel-compulsif (diagnostic actuel et/ou passé post LM)	1,4 % (1)
Actuel – début postlésion	0
Passé – postlésion	1,4 % (1)

3.3.2 Corrélations entre les stratégies de coping et la psychopathologie

Afin de rendre compte de l'ensemble de troubles psychologiques ayant émergé à un moment de la trajectoire postlésionnelle, tous les diagnostics de psychopathologie évalués avec le SCID ont été combinés en un score composite de psychopathologie. Ce score est une variable dichotomique à deux niveaux : absence ou présence de psychopathologie.

Des 17 stratégies de coping mesurées par le COPE, cinq présentent des corrélations positives statistiquement significatives avec la psychopathologie et aucune stratégie ne présente de corrélation statistiquement significative négative. Le tableau 3.7 fait état des corrélations observées. Parmi les stratégies positivement corrélées de façon statistiquement significative avec la psychopathologie, deux sont des stratégies qui avaient été associées de façon statistiquement significative et positive à des indices d'ajustement psychologique, soit la stratégie de recherche de soutien instrumental ($r=.40$) et la stratégie de planification ($r=.32$). Les deux autres stratégies corrélées avec la psychopathologie, soit la stratégie de ventilation des émotions ($r=.45$) et la stratégie d'évitement cognitif ($r=.35$) sont, pour leur part, des stratégies qui avaient été associées de façon statistiquement significative, mais négative, avec des indices d'ajustement psychologique. Une dernière stratégie de coping est corrélée de façon statistiquement significative avec la psychopathologie. Il s'agit de la stratégie de suppression des activités en compétition avec le stressor ($r=.44$).

Tableau 3.7
Corrélations des stratégies de coping avec la psychopathologie

	Psychopathologie
Stratégies de coping présumées associées de façon positive à la psychopathologie ³	
Recherche de soutien instrumental	,403**
Planification	,318**
Recherche de soutien émotionnel	,210
Acceptation	-,166
Réinterprétation positive	-,148
Stratégies actives	,086
Stratégies de coping associées de façon négative à la psychopathologie ³	
Ventilation des émotions	,449*
Évitement cognitif	,350**
Utilisation de substances	,219
Croyances spirituelles	,133
Déni	,103
Évitement comportemental	,073
Stratégies de coping dont l'association sur la psychopathologie n'est pas établie ³	
Suppression des activités pouvant entrer en compétition avec le stressor	,435**
Contrôle de soi	,216
Humour	-,113
Processus émotionnel	,110
Expression des émotions	,078

Note : *p<0,05 **p<0,01

³ Telles qu'identifiées des écrits

3.3.3 Corrélations entre les données sociodémographiques, les données associées à la lésion médullaire et la psychopathologie

Outre les stratégies de coping, les données sociodémographiques et les caractéristiques de la lésion étaient considérées comme prédicteurs potentiels de la psychopathologie. Parmi les données sociodémographiques des participants, l'occupation, soit le fait d'occuper un emploi ou d'être aux études ($r=.29$), et le niveau d'éducation ($r=.24$) s'avèrent les seules variables corrélées de façon statistiquement significative avec la psychopathologie, ces deux corrélations étant positives. Aucune caractéristique associée à la lésion médullaire ne présente de corrélation statistiquement significative avec la psychopathologie.

Tableau 3.8
Corrélations des caractéristiques sociodémographiques et des caractéristiques associées à la lésion médullaire avec la psychopathologie

	Psychopathologie
Caractéristiques sociodémographiques	
Genre	,144
Âge	,010
Cohabitation	-,219
État matrimonial	-,165
Occupation	,290*
Niveau d'éducation	,236*
Caractéristiques associées à la lésion médullaire	
Âge au moment de la lésion	-,042
Délai depuis la lésion	,048
Cause de la lésion	,008
Tétraplégie/paraplégie	-,124
Lésion complète/incomplète	,152
Segment lésionnel	-,074

Note : * $p < 0,05$

3.3.4 Modèle de prédiction de la psychopathologie

Trois familles de données devaient être considérées comme prédicteurs potentiels de la psychopathologie : les caractéristiques sociodémographiques des participants, les caractéristiques associées à la lésion médullaire, de même que les stratégies de coping. Les caractéristiques associées à la lésion médullaire n'ayant pas été corrélées de façon statistiquement significative avec la psychopathologie, elles n'ont pas été incluses dans l'analyse de régression.

Une analyse de régression logistique a été effectuée pour la variable dépendante de psychopathologie. Dans le but de contrôler les variables sociodémographiques, l'occupation et le niveau d'éducation, corrélés avec la psychopathologie, étaient incluses dans un premier bloc.

Les stratégies de coping ont été incluses dans un second bloc. Cinq prédicteurs n'atteignant pas le seuil de signification de 0,05 au Chi-carré de Wald ont été exclus en ordre décroissant séquentiel. Ainsi, quoique corrélées initialement avec la psychopathologie, la variable niveau d'éducation et les stratégies de coping de planification, de recherche de soutien instrumental, et d'évitement cognitif, ne contribuaient pas de façon statistiquement significative au modèle de prédiction et ont donc été éliminées.

Le tableau 3.9 montre les coefficients de régression, le test de Wald, les rapports de cotes et l'intervalle de confiance de 95 % pour les rapports de cotes pour les trois prédicteurs de la psychopathologie.

Tableau 3.9
Analyse de régression logistique de la psychopathologie (n=70)

	Variables	B	SE	Chi-Carré de Wald	P du test de Wald	Rapport de cotes Exp(B)	Intervalle de confiance de 95 % pour les rapports de cotes	
							Inférieur	Supérieur
Étape 1								
	Occupation	1,23	,52	5,68	,02	3,43	1,25	9,44
Étape 2								
	Ventilation ^a	2,03	,71	8,21	,00	7,65	1,90	30,75
	Suppression	1,80	,64	7,95	,00	6,06	1,73	21,20

Note : ^a Variable transformée pour répondre aux postulats de normalité.

Les résultats du modèle final de prédiction révèlent que le fait d'avoir une occupation, soit le fait de travailler ou d'aller à l'école, constitue un prédicteur de psychopathologie (χ^2 (1, n = 70) = 5,92) avec une taille d'effet de .109 de Nagelkerke.. Deux stratégies de coping s'avèrent des prédicteurs statistiquement significatifs de la psychopathologie via la deuxième étape ($\Delta\chi^2$ (2, n = 70) = 27,66). Les participants qui utilisent les stratégies de ventilation (variable transformée afin de répondre aux postulats de normalité) et de suppression des activités pouvant entrer en compétition avec le stresser, sont statistiquement plus susceptibles de présenter une psychopathologie. Les résultats révèlent que les personnes vivant avec une lésion médullaire et utilisant la stratégie de coping de suppression des activités pouvant entrer en compétition avec le stresser avaient 6,06 fois plus de risques d'avoir une psychopathologie que celles qui n'utilisaient pas cette stratégie. Lorsqu'on l'étend à la population de personnes vivant avec une lésion médullaire, l'estimé du rapport de probabilités varie avec un intervalle de confiance de 1,7 à 21,2.

Le test du modèle complet incluant les trois prédicteurs se révèle statistiquement significatif, χ^2 (n=70) = 33,57 indiquant que l'ensemble de ces prédicteurs distingue les participants ayant une psychopathologie de ceux qui n'en présentent pas. En outre,

ces prédicteurs expliquent 51,1 % de la variance de la psychopathologie. Les taux de classification du modèle sont les suivants : parmi les gens qui présentent une psychopathologie après la lésion médullaire, 70 % sont correctement classés par le modèle; parmi ceux qui ne présentent pas de psychopathologie, 85 % sont bien classés.

Notons que le taux total de classification exacte est de 78,6 %, avec une augmentation appréciable par rapport au taux de classification initial de 57,1 %.

3.4 Lien entre la résilience et la psychopathologie

Les résultats ne révèlent pas de corrélation statistiquement significative entre la résilience telle que mesurée avec le CD-RISC et le score composite de psychopathologie ($r=-,164$) incluant la dépression majeure, l'état de stress post-traumatique, les troubles anxieux et l'abus de substances. Parmi les quinze stratégies de coping considérées comme variables potentiellement explicatives de la résilience et de la psychopathologie, seule la stratégie de planification est à la fois corrélée avec les deux variables dépendantes, et ce, de façon positive. Cette unique stratégie de coping corrélée avec les deux variables dépendantes de l'étude n'est pourtant pas un prédicteur statistiquement significatif du modèle final d'aucune de ces deux variables.

Les analyses précédentes effectuées avec les variables psychopathologie portaient sur le score composite obtenu en jumelant les diagnostics de psychopathologie contemporains au moment de la participation à l'étude et les diagnostics antérieurs à la participation à l'étude. Si l'on omet les diagnostics passés et que l'on ne considère que les diagnostics encore présents au moment de la participation à l'étude, on obtient une corrélation statistiquement significative et négative avec la résilience ($r=-,417$). À

l'inverse, si l'on ne considère que les diagnostics passés, la corrélation obtenue s'avère non statistiquement significative ($r=0,104$).

Tableau 3.10
Corrélations entre la résilience et le score composite de psychopathologie actuelle et/ou passée, la psychopathologie actuelle et la psychopathologie passée.

	Résilience (CD-RISC)
Psychopathologie actuelle et/ou passée	-,164
Psychopathologie actuelle	-,417**
Psychopathologie passée	,104

Note : ** $p < 0,01$

3.5 Analyses additionnelles exploratoires sur les liens entre la lésion médullaire, la résilience et la psychopathologie

Les résultats ne révèlent aucune association entre le niveau de lésion ou l'étendue de celle-ci et la résilience ou la psychopathologie. Trois variables descriptives de la lésion médullaire étaient considérées dans ces analyses : une première variable dichotomique classait la lésion selon son niveau (tétraplégie ou paraplégie); une seconde variable dichotomique classait la lésion selon qu'elle était complète ou incomplète; et une troisième variable classait la lésion selon le segment de la moelle épinière touché par la lésion (segment cervical, thoracique, lombaire ou sacré). Le tableau 3.10 fait état des corrélations entre les trois variables descriptives de la lésion médullaire et les variables dépendantes de l'étude. Les résultats sont, pour la plupart, non statistiquement significatifs. Ils permettent toutefois d'observer une corrélation statistiquement significative positive ($r=.355$) entre la stratégie de coping utilisation de substances et la variable qui décrit si une lésion est complète ou incomplète. Une lésion incomplète est en effet corrélée statistiquement à plus d'utilisation de substances qu'une lésion complète.

Tableau 3.11
Matrice de corrélations de Spearman des variables liées à la lésion médullaire avec la résilience, la psychopathologie et les stratégies de coping (n = 70)

	Lésion : tétraplégie/paraplégie	Lésion : complète/incomplète	Lésion : segment
Résilience	-,055	-,141	-,044
Psychopathologie	-,124	,152	-,074
Stratégies de coping associées de façon positive à la résilience ⁴			
Stratégies actives	,068	,063	,054
Réinterprétation positive	,107	-,078	-,009
Planification	,062	,003	,065
Acceptation	,104	,005	,076
Recherche de soutien émotionnel	-,002	-,173	,20
Recherche de soutien instrumental	,148	-,070	,173
Stratégies de coping associées de façon négative à la résilience ⁴			
Évitement comportemental	,009	-,015	0,42
Utilisation de substances	-,166	,355**	-,191
Déni	-,021	,121	,136
Croyances spirituelles	-,052	,160	-,023
Évitement cognitif	,060	,159	,091
Ventilation des émotions	-,134	-,002	-,019
Stratégies de coping dont l'impact sur la résilience n'est pas établi ⁴			
Contrôle de soi	-,024	,211	,000
Humour	,038	-,136	-,027
Processus émotionnel	-,064	-,104	-,021
Expression des émotions	-,001	-,145	,089
Suppression d'activités en compétition avec le stress	-,006	,156	-,112

Note : **p<0,01.

⁴ Telles qu'identifiées dans la recension des écrits.

CHAPITRE IV

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS, DISCUSSION ET CONCLUSION

Ce chapitre présente une discussion des résultats obtenus. Dans une première section, les résultats sont discutés en fonction de la représentativité de l'échantillon, des objectifs et des hypothèses de recherche, puis interprétés à la lumière de nos connaissances issues de la littérature scientifique. La deuxième section aborde des considérations méthodologiques incluant les forces et limites de la recherche. La section suivante traite des implications cliniques des résultats. Des pistes de recherche et une brève conclusion viennent clore le chapitre.

4.1 Représentativité de l'échantillon

L'échantillon formé des 70 participants à cette étude s'avère représentatif des personnes vivant avec une lésion médullaire. En effet, 80 % des participants étaient des hommes, un peu plus de 50 % étaient tétraplégiques (53 %) et un peu plus de 50 % montraient des lésions complètes (57 %). Qui plus est, les accidents de la voie publique constituaient la première cause des lésions médullaires, suivie par les accidents de plongeon, les complications médicales et les chutes.

Ces proportions sont très semblables à celles décrites dans la littérature qui indiquent que quatre hommes pour une femme vivent avec une lésion médullaire, qu'on retrouve une proportion légèrement supérieure de tétraplégie versus paraplégie, et de lésions complètes versus incomplètes. Les accidents de la voie publique constituent par ailleurs la cause première de lésion médullaire depuis la Seconde Guerre mondiale, les accidents de plongeon étant en second, suivis des complications

médicales (ex.: hernies, tumeurs) et des chutes, qui sont par ailleurs plus fréquentes avec l'âge (Eng *et al.*, 2010; Farry et Baxter, 2010; Dryden *et al.*, 2003; National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2013).

Il est aussi intéressant de noter qu'une proportion similaire de participants vivait en couple (53 %) par opposition à célibataire (47 %), près des deux tiers occupait un emploi ou était aux études (63 %), et que le niveau d'éducation se distribuait de façon relativement semblable entre les diplômés de niveau secondaire (33 %), les diplômés collégiaux ou professionnels (29 %) et les diplômés universitaires (36 %).

L'échantillon est donc globalement conforme à la littérature.

4.2 Hypothèses sur la résilience

4.2.1 Manifestation de résilience

La présente étude avait pour but d'enrichir notre compréhension du phénomène de la résilience en étudiant sa manifestation chez les personnes vivant avec une lésion médullaire, et en utilisant une mesure directe du phénomène par le biais d'un instrument reconnu et validé, le CD-RISC. Une première hypothèse issue de la conceptualisation de la résilience comme processus susceptible d'être activé chez tous, plutôt qu'un trait de personnalité stable, stipulait que sa manifestation serait fréquente chez des personnes ayant vécu une adversité telle qu'une lésion médullaire.

Bien qu'à notre connaissance, aucun seuil au CD-RISC n'ait été établi pour permettre de classer des individus comme étant résilients ou non, les résultats de l'étude démontrent qu'une majorité de participants ont des scores supérieurs à 70 et que seule une faible minorité obtient des scores inférieurs à 50. Ces observations ne constituent

pas des seuils de résilience, mais permettent de constater que plusieurs participants obtiennent un score élevé au CD-RISC. Le score moyen obtenu par les participants au CD-RISC est de 73,16, avec un écart-type de 14,32 (sur une étendue possible de 0 à 100). Conformément à l'hypothèse émise, ces résultats reflètent l'expérience de la résilience chez une majorité de personnes vivant avec une lésion médullaire. La résilience est donc développée en dépit de l'adversité que représente la lésion médullaire, elle-même caractérisée par des complications autant physiques que psychologiques (Bombardier *et al.*, 2010; Catalano *et al.* 2011; Elliott et Frank, 1996; Kennedy et Duff, 2001; Kennedy *et al.*, 2003; Kennedy et Evans, 2001; Kennedy et Rogers, 2000; Kirshblum *et al.*, 2001; Otis, *et al.*, 2012; Pollard et Kennedy, 2007). Si les études dans le domaine de la résilience chez les personnes vivant avec une lésion médullaire ne font qu'émerger (Bonnano *et al.*, 2012; Catalano *et al.*, 2011; Kilic *et al.*, 2012; Quale et Shanke, 2010; White *et al.*, 2010), et si certains auteurs étaient demeurés sceptiques quant à sa fréquence dans un contexte d'un stresser extrême (Litz, 2005; Roisman, 2005), nos résultats viennent appuyer l'hypothèse selon laquelle la résilience peut se développer dans un contexte d'adversité (Gillepsie *et al.* 2007; Windle, 2011) et qu'elle est une expérience plutôt fréquente à la suite d'une lésion médullaire.

Nos résultats appuient par ailleurs les conclusions émises par d'autres chercheurs (Kilic *et al.*, 2012) qui avancent que la résilience est une réponse commune à la suite d'une lésion médullaire. Plusieurs travaux mesuraient néanmoins la résilience de façon indirecte (Bonnano *et al.*, 2012; Quale et Schanke, 2010), si bien que nos résultats, s'appuyant sur une mesure directe de la résilience, renforcent la conception selon laquelle la résilience est susceptible d'être développée chez une majorité de personnes traversant une période d'adversité importante (Windle, 2011; Gillepsie *et al.* 2007).

Parmi les deux autres études ayant mesuré directement la résilience auprès de participants vivant avec une lésion médullaire (Kilic *et al.*, 2012; White *et al.* 2010), White *et al.* (2010) observaient des scores au CD-RISC comparables aux nôtres, si l'on tient compte des intervalles de confiance, et oscillant entre 81,90 et 82,57. Les scores de résilience obtenus sont par ailleurs comparables à ceux obtenus auprès de personnes vivant avec la sclérose en plaques (73,4 ; Senders *et al.*, 2014) de patients diabétiques (74,9; Huang, 2009) ou de patients ayant eu recours à des soins de santé de première ligne (71,8; Connor *et al.*, 2003). Nos participants s'avèrent donc aussi résilients que des personnes présentant d'autres problèmes de santé qui peuvent altérer la qualité de vie.

4.2.2 Utilisation des stratégies de coping et corrélations avec la résilience

Les stratégies de coping ont été identifiées dans la littérature comme partie intégrante du processus de résilience (Gillespie *et al.*, 2007; White, 2010; White *et al.*, 2008; Windle *et al.*, 2011) et ont également été longuement étudiées chez les personnes vivant avec une lésion médullaire étant statistiquement corrélées à un meilleur ajustement psychologique (Buckelew *et al.*, 1990; Chan *et al.*, 2000; Chevalier *et al.*, 2009; Elfstrom *et al.*, 2002; Frank *et al.*, 1987; Galvin et Godfrey, 2001; Kennedy *et al.*, 1995; Kennedy *et al.*, 2000; Moore *et al.*, 1994; Pollard et Kennedy, 2007; Skinner *et al.*, 2003). Un second objectif de cette étude consistait donc à identifier les stratégies de coping associées la résilience chez les personnes vivant avec une lésion médullaire. Une seconde hypothèse de l'étude stipulait que les stratégies de coping seraient des prédicteurs statistiquement significatifs de la résilience; plus précisément que les stratégies d'acceptation, de réinterprétation positive, de recours au soutien social ainsi que le coping centré sur le problème seraient des prédicteurs positifs, alors les stratégies de ventilation des émotions et l'évitement seraient des prédicteurs négatifs de la résilience.

Parmi les dix-sept stratégies de coping mesurées à l'aide du COPE (Filion et Desbiens, 2008) dans cette étude, la stratégie de réinterprétation positive sortait comme la plus utilisée par les participants, suivie des stratégies d'acceptation, des stratégies actives et de la stratégie de planification. Ces stratégies ont, par le passé, toutes été associées de façon positive à un indice d'ajustement psychologique (Chan *et al.*, 2000; Kennedy *et al.*, 1995; Kennedy *et al.*, 2000). Parmi les autres stratégies de coping mesurées à l'aide du COPE, les stratégies d'évitement comportemental, d'utilisation de substances et le déni étaient les moins utilisées par les participants à l'étude. Ce profil d'utilisation de stratégies de coping est similaire à celui observé par d'autres auteurs auprès de la population vivant avec une lésion médullaire (Anderson *et al.*, 2008; Kennedy *et al.*, 2000; Pollard et Kennedy, 2007).

En résumé, les personnes vivant avec une lésion médullaire auraient plus tendance à recourir à des stratégies de coping qui pourraient s'avérer bénéfiques qu'à des stratégies de coping qui pourraient s'avérer nuisibles à leur ajustement psychologique. Ces données font écho aux théories humanistes voulant que les humains visent instinctivement leur développement (Papalia *et al.*, 2009). Elles font également écho à la définition du coping se référant aux efforts cognitifs et comportementaux déployés par les individus pour gérer les demandes d'une situation stressante et qui excèdent leurs ressources psychologiques (Lazarus et Folkman, 1984). Le profil d'utilisation des stratégies de coping révélé par les résultats de cette étude met donc en lumière la tendance des personnes vivant avec une lésion médullaire à réagir de trois façons : 1) mettre en place des solutions pour améliorer la situation – notamment par des stratégies actives; 2) apprendre à vivre avec ladite situation – par des stratégies d'acceptation ou de réinterprétation positive; et 3) réduire les comportements susceptibles de nuire à la situation comme dans l'évitement comportemental et l'utilisation de substances.

Parmi les stratégies les plus utilisées par les participants, quatre présentent une corrélation positive avec la résilience, soit les stratégies actives, la réinterprétation positive, la planification et l'acceptation. Les résultats de la présente étude montrent donc que non seulement ces stratégies de coping sont associées à un meilleur ajustement psychologique, mais qu'elles sont également associées positivement à la résilience chez les personnes vivant avec une lésion médullaire.

On retrouve également des stratégies de coping corrélées avec la résilience parmi les moins utilisées par les participants. Les stratégies d'évitement comportemental et d'utilisation de substances sont ainsi négativement corrélées de façon statistiquement significative avec la résilience. Ces stratégies avaient précédemment été associées de façon significative à plus de dépression, d'anxiété et de détresse psychologique dans les études sur les personnes vivant avec une lésion médullaire (Anderson *et al.*, 2008; Kennedy *et al.*, 2000; Pollard et Kennedy, 2007). Les résultats de la présente étude montrent donc que non seulement ces stratégies sont associées à plus de détresse, mais qu'elles sont également associées négativement à la résilience chez les personnes vivant avec une lésion médullaire.

4.2.3 Les stratégies de coping comme prédicteurs de la résilience

Le coping a été à maintes reprises identifié comme un prédicteur de divers indices d'ajustement psychologique chez des participants vivant avec une lésion médullaire (Bérubé et Loiselle, 2003; Buckelew *et al.*, 1990; Chan *et al.*, 2000; Elfström *et al.*, 2002a; Elfström *et al.*, 2002b; Elfström *et al.*, 2005; Frank *et al.*, 1987; Kennedy *et al.*, 1995; Kennedy *et al.*, 2000; Moore *et al.*, 1994). La présente étude visait à préciser quelles stratégies de coping s'avèrent des prédicteurs statistiques de la résilience chez des personnes ayant une lésion médullaire. Des 17 stratégies de coping mesurées par le COPE (Fillion et Desbiens, 2008), et des 10 stratégies

initialement corrélées de façon statistiquement significative avec la résilience, cinq s'avèrent des prédicteurs statistiquement significatifs de la résilience, tels que mesurés par le CD-RISC : la réinterprétation positive, les stratégies actives, l'expression émotionnelle, l'humour et l'évitement comportemental. On constate d'emblée que les trois premières stratégies sont des prédicteurs positifs de la résilience, alors que le dernier en est un prédicteur négatif.

Les résultats démontrent ainsi que la réinterprétation positive explique 3,6 % de la variance de la résilience. Cette stratégie de coping consiste à s'efforcer de voir la situation sous un angle différent, d'en évaluer les aspects positifs et d'en tirer le meilleur parti. L'identification de cette stratégie comme un prédicteur statistiquement significatif positif de la résilience va dans le sens de l'hypothèse émise. Ce résultat s'avère en outre concordant avec ceux obtenus auprès d'autres populations. En effet, tel que décrit par Anderson et Anderson (2003), les personnes qui développent une disposition positive face au monde tendent à s'adapter plus rapidement à des problèmes de santé tel un cancer, une dépression ou des problèmes cardiaques que ceux qui adoptent une vision négative de la vie.

Lorsque l'on se place dans la perspective de la théorie du stress et du coping élaborée par Lazarus et Folkman (1984), l'utilisation de la stratégie de réinterprétation positive à la suite d'une lésion médullaire prend tout son sens. Selon cette théorie, les individus faisant face à un événement stressant s'engagent dans une évaluation de leur expérience et s'adaptent à l'impact de l'évènement. D'autres auteurs précisent que le processus d'évaluation à la suite d'une incapacité joue un rôle central dans le bien-être psychologique (Elliott *et al.*, 2002). Ce processus s'avère d'autant plus pertinent chez les personnes vivant avec une lésion médullaire, laquelle lésion peut limiter considérablement leur indépendance fonctionnelle et les amener à revoir leur rôle personnel et sociétal ainsi que leurs objectifs de vie (Martz, 2005).

Les stratégies actives expliquent pour leur part 5,1 % de la variance de la résilience, ce qui représente la plus grande proportion de variance expliquée par une stratégie de coping en tant que prédicteur unique, et qui confirme l'hypothèse émise quant au fait que ce prédicteur est positif. Les stratégies actives impliquent le fait de poser des actions directes pour éliminer le stresser ou ses effets négatifs. Dans le contexte d'une lésion médullaire, il est plausible que l'utilisation de stratégies actives réside, dans un premier temps, dans le déploiement d'efforts et la participation à la réadaptation fonctionnelle, suivis d'adaptation du domicile et d'organisation d'activités pour permettre une indépendance fonctionnelle. Ainsi, puisque le stresser que représente la lésion médullaire ne peut pas être éliminé, les stratégies actives de coping visent à en réduire les impacts négatifs. Le caractère prédictif de cette stratégie de coping va dans le sens des résultats de Catalano *et al.* (2011) qui indiquent que le coping centré sur le problème est un prédicteur de la résilience.

La stratégie d'expression des émotions explique 3,9 % de la variance de la résilience. Cette stratégie réfère à une expression saine des émotions. L'individu qui y a recours s'autorise, prend le temps, se sent libre d'exprimer ses émotions. Les données sur son utilisation passée n'étant pas disponibles, aucune hypothèse n'avait été émise quant à l'impact positif ou négatif de cette stratégie de coping. Il importe ici de relever que le COPE permet de distinguer entre diverses stratégies à composante émotionnelle. Contrairement à ces autres stratégies comme celle de la ventilation des émotions qui met l'accent sur la détresse, l'expression des émotions peut se caractériser par la traduction d'émotions saines accompagnant la résilience. Retrouver cette stratégie parmi les prédicteurs statistiques de la résilience revêt ainsi un certain sens.

La stratégie de coping de recours à l'humour pour minimiser le sérieux de la situation et pour éviter d'être submergé par les émotions explique 3,9 % de la variance de la résilience. Aucune hypothèse précise n'avait été émise quant à l'impact de cette stratégie sur la résilience, considérant les résultats mitigés obtenus quant à son impact

sur les indicateurs d'ajustement psychologique (Kennedy *et al.*, 1995; Kennedy *et al.*, 2000). Le fait de retrouver le recours à l'humour parmi les stratégies qui contribuent à la résilience fait écho aux observations cliniques de nombreux patients et thérapeutes, appuyées par les membres de l'équipe de chercheurs lors de leur contact avec les participants vivant avec une lésion médullaire.

Il importe toutefois de considérer avec prudence l'identification du recours à l'humour comme une des stratégies de coping prédictives de la résilience. De l'avis de Connor et Davidson (2003), l'humour est l'une des caractéristiques qui définit la résilience. Ces derniers ont conséquemment inclus parmi les vingt-cinq items du CD-RISC l'item suivant qui mesure directement l'humour : « *J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté(e) aux problèmes.* ». L'inclusion d'un item mesurant directement l'humour permet donc d'expliquer une part de la corrélation entre la résilience mesurée par le CD-RISC et la stratégie de recours à l'humour mesurée par le COPE. Sur vingt-cinq, cet item contribue à 4 % du score composite du CD-RISC et le recours à l'humour explique 3,9 % de la variance de la résilience. Une analyse supplémentaire menée sur un score au CD-RISC duquel on retiré l'item portant sur l'humour permet d'ailleurs d'observer que ce prédicteur devient alors non significatif, lorsqu'il est entré avec les autres prédicteurs du modèle. Il semble donc que l'on soit en présence d'un artéfact statistique et que la stratégie de recours à l'humour ne s'avère pas un prédicteur significatif de la résilience.

Finalement, la stratégie d'évitement comportemental explique 3,8 % de la variance de la résilience. L'évitement comportemental réfère à une tendance à baisser les bras, à abandonner ses objectifs, à se dire qu'on ne peut rien changer, à faire moins d'efforts pour résoudre le problème. Il importe cependant de souligner que l'apport de ce prédicteur est négatif. Ce faisant, les participants ayant moins tendance à utiliser cette stratégie sont plus résilients. Cette relation inverse entre l'évitement comportemental et la résilience confirme l'hypothèse émise et concorde avec les résultats obtenus par

l'équipe de Bonnano *et al.* (2012) selon lesquels les participants résilients utilisaient moins cette stratégie de coping.

Globalement, le pourcentage de variance expliqué par les stratégies de coping permet de rendre compte d'un peu plus de la moitié de la variance de la résilience (51 %). La contribution de chacune des cinq stratégies de coping à la variance de la résilience oscille entre 3,6 % et 5,1 %. Ces contributions différentes mettent de l'avant le fait que la variance de la résilience n'est pas expliquée par une stratégie de coping unique, mais bien par un ensemble de stratégies dont l'utilisation commune est associée la résilience.

Ces résultats empiriques contribuent donc à la définition de la résilience, phénomène dont l'étude ne fait qu'émerger auprès de la population vivant avec une lésion médullaire. Windle (2011) proposait une définition qui mettait de l'avant le fait notamment 1) de vivre une expérience d'adversité et 2) d'avoir des ressources permettant de compenser les effets de cette adversité. Des auteurs ont souligné la contribution possible des stratégies de coping comme ressource ou attribut de la résilience (Agaibi et Wilson, 2005; Bonnano, 2004; Campbell-Sills *et al.*, 2006; Catalano *et al.*, 2011; Davey *et al.*, 2003; Furnham *et al.*, 1997; Gillespie *et al.*, 2007; Riolli *et al.*, 2002; Rousseau, 2010; Tugade et Fredrickson, 2004; White *et al.*, 2008; White, 2010; Windle *et al.*, 2011), faisant du coping un élément clé de la présente étude. Les résultats de la présente étude appuient donc la définition de la résilience comme pouvant émerger dans un contexte de stresser extrême, telle une lésion médullaire, et comme impliquant des ressources visant à compenser l'adversité, notamment des stratégies de coping. Les objectifs de l'étude visant à approfondir la définition de la résilience et la compréhension de ses liens avec le coping sont donc atteints.

Les résultats obtenus dans le cadre de l'étude permettent de conclure que le coping est associé à la résilience. Outre le coping, peu d'autres variables considérées dans cette étude se sont avérées des prédicteurs statistiquement significatifs de la résilience.

4.2.4 Autres prédicteurs de la résilience

4.2.4.1 L'âge au moment de la lésion médullaire

Parmi les autres prédicteurs considérés dans cette étude, les données sociodémographiques et les caractéristiques de la lésion étaient considérées comme prédicteurs potentiels de la résilience.

L'âge au moment de la lésion et le délai lésionnel s'avéraient pour leur part statistiquement corrélés de façon significative à la résilience, mais seul l'âge du participant au moment de la survenue de la lésion restait un prédicteur statistiquement significatif de la résilience dans l'analyse subséquente de régression. Entrée dans un premier temps dans le modèle de régression, cette variable expliquait 5,8 % de la variance.

La relation entre l'âge au moment de la lésion et la résilience étant négative, on peut conclure que plus la lésion survient tôt dans la vie d'un participant, plus ce dernier a tendance à être résilient. Ce résultat, à première vue surprenant, s'inscrit *a contrario* des observations de Gooding *et al.* (2011) selon lesquelles dans la population générale les personnes plus âgées sont généralement plus résilientes que les jeunes adultes. Cet impact contraire de l'âge dans la population vivant avec une lésion médullaire peut s'expliquer par un moindre vécu chez les personnes ayant subi leur lésion à un plus jeune âge, et donc une adaptation s'accompagnant potentiellement de

moins de pertes associées. Une analyse de l'âge au moment de la lésion permet en effet de constater que plus de la moitié des participants avaient moins de vingt-cinq ans au moment de la survenue de leur lésion.

Une explication alternative pourrait cependant suggérer que la survenue de la lésion à un âge plus jeune implique un plus long délai postlésionnel et donc un vécu des participants plus long avec la lésion médullaire, expliquant de fait leur plus grande résilience. Ces données vont dans le sens de la corrélation statistiquement significative et positive observée entre le délai postlésionnel et la résilience.

Aucune donnée ne s'attarde spécifiquement à la relation entre la résilience et l'âge au moment de la survenue de la lésion dans la documentation scientifique. Bombardier *et al.* (2004) ont toutefois observé qu'une cohorte composée de plus jeunes individus vivant avec une lésion médullaire présente moins de symptômes de dépression qu'une cohorte composée d'individus plus âgés (Bombardier *et al.*, 2004). Bombardier *et al.* (2010) soulignent en outre le manque flagrant de conceptualisation théorique et d'études empiriques qui permettraient de mieux rendre compte de l'influence de l'âge, dont l'âge au moment de la lésion, sur le fonctionnement psychologique des personnes vivant avec un handicap.

4.2.4.2 Les données sociodémographiques

Les résultats sur les données sociodémographiques ne révèlent aucune association entre l'âge actuel des participants, leur cohabitation, leur état matrimonial, leur niveau d'éducation et leur occupation avec la résilience. Ceci corrobore les résultats de Quale et Schanke (2010) qui ne montrent aucune différence entre la trajectoire de personnes résilientes et celle de personnes non résilientes en ce qui a trait aux variables sociodémographiques. Ainsi, le fait d'habiter seul ou avec sa famille, d'être

célibataire ou en couple ou d'occuper ou non un emploi ne semble pas associé à la résilience. Ceci souligne encore une fois l'importance des facteurs psychologiques dans le développement de la résilience.

Ces résultats peuvent cependant s'avérer surprenants lorsque l'on considère l'influence que plusieurs attribuent au soutien social et familial dans la résilience (Anaut, 2011; Ionescu, 2011; Rousseau, 2011; White *et al.*, 2008). Certains avancent que la résilience résulte d'un processus dynamique d'échanges entre la personne, sa famille et son environnement et que la relation à l'autre est centrale au processus de résilience (Ionescu, 2010; Hamelin et Jourdan-Ionescu, 2011). Selon cette conception, il peut sembler étonnant de ne trouver aucun lien entre l'état matrimonial ou la cohabitation et la résilience. Cela dit, les données recueillies ne permettent pas de rendre compte de ces liens, les instruments de mesure utilisés n'ayant pas évalué directement la qualité ou la quantité de soutien social reçu.

4.3 Hypothèses sur la psychopathologie

La conceptualisation de la résilience présentée en introduction mettait de l'avant un débat entourant la nature du lien entre la résilience et la psychopathologie. Pour certains auteurs, la résilience pouvait se définir par une absence de psychopathologie (Bonnano, 2004; Bonnano *et al.*, 2012; Mancini et Bonnano, 2006; Quale et Shanke, 2010; Riolli *et al.*, 2002; Yi *et al.*, 2005), alors que pour d'autres elle restait un phénomène indépendant de la psychopathologie (Connor et Davidson, 2003; Quale et Schanke, 2010; Tisseron, 2011; Windle 2011). Un des objectifs de l'étude était donc d'explorer le lien entre la résilience et la psychopathologie. Compte tenu du manque de consensus dans la littérature et de notre adhésion à la définition de Windle (2011), il était postulé que la résilience et la psychopathologie ne seraient pas spécifiquement corrélées.

4.3.1 Prévalence des psychopathologies

La variable psychopathologie était analysée comme un score composite issu des divers diagnostics évalués incluant la dépression majeure, l'état de stress post-traumatique, l'abus de substances et les troubles anxieux. La variable psychopathologie faisait état de l'absence ou de la présence d'un diagnostic de psychopathologie à un moment de la trajectoire postlésionnelle des participants. Les résultats révèlent que 42,9 % des participants ont présenté un diagnostic de psychopathologie depuis leur lésion médullaire. Le diagnostic le plus représenté est de loin la dépression majeure (34,3 %), suivi de l'état de stress post-traumatique (ÉSPT; 11,4%). Les autres troubles anxieux restent plutôt marginaux (trouble d'anxiété généralisée 5,7 %, trouble panique 4,3 %, phobie spécifique 1,4 %, phobie sociale 1,4 %, trouble obsessionnel-compulsif 1,4 %) tout comme les troubles liés à l'usage de substances (4,3 %).

Les résultats montrent donc que plus du tiers des participants ont vécu un épisode de dépression majeure depuis leur lésion médullaire. Ce taux est comparable à ceux observés par d'autres auteurs au fil du temps (Bombardier *et al.*, 2004; Craig *et al.*, 2009; Fann *et al.*, 2011; Hoffman *et al.*, 2011; Kennedy *et al.*, 2003; Radniz *et al.*, 1996; Schöenberg *et al.*, 2012) et qui oscillent entre 22 et 44 %. Il est estimé que la prévalence à vie de la dépression majeure dans la population générale est d'environ 16,6 % et qu'elle varie entre 10 et 25 % pour les femmes et entre 5 et 12 % pour les hommes (APA, 2013; Kessler *et al.*, 2005). Les personnes vivant avec une lésion médullaire sont à risque de développer un épisode de dépression à la suite de leur traumatisme (Cairns *et al.*, 1996; Fann *et al.*, 2011) puisque les impacts importants de la lésion médullaire sur la sphère psychosociale de l'individu (Martz *et al.*, 2005) peuvent agir à titre de stressseurs précipitant un épisode de psychopathologie. Scivolletto *et al.* (1997) ont de fait observé que les complications et les limites à l'indépendance fonctionnelle découlant de la lésion médullaire peuvent causer la

symptomatologie dépressive, car elles modifient les habitudes de vie et limitent le rôle social. Schönenberg *et al.* (2012) ont pour leur part observé que les personnes vivant avec une lésion médullaire, dont la condition physique ne limite pas la participation aux loisirs habituels, sont moins à risque de développer une symptomatologie dépressive. La douleur semble également jouer un rôle dans le développement de la dépression (Cairns *et al.*, 1996), bien que la nature du lien entre la douleur et la dépression demeure encore à éclaircir (Cuff *et al.*, 2014). Divers éléments caractérisant le fait de vivre avec une lésion médullaire semblent donc susceptibles d'expliquer le développement d'un épisode de dépression chez plus du tiers des participants.

En ce qui a trait à l'ÉSPT, le taux observé de 11,4 % chez nos participants est comparable à ceux observés par d'autres auteurs qui oscillent entre 7 % et 10 % (Krause *et al.*, 2010; Nielsen 2003b; Martz 2005; Schönenberg *et al.*, 2012). Le taux observé s'avère toutefois moindre que ceux décrits dans certaines études recensées et qui peuvent aller jusqu'à 44 % (Chung *et al.*, 2006a). L'obtention d'un taux d'ÉSPT plus élevé dans cette dernière étude peut s'expliquer par l'utilisation de questionnaires autorapportés plutôt qu'une entrevue clinique semi-structurée comme dans la présente étude. De l'avis de certains (O'Donnell *et al.*, 2003), le recours aux questionnaires autorapportés comme dans l'étude de Chung *et al.* (2006a) peut conduire les participants à surestimer les symptômes d'ÉSPT ou encore à attribuer la présence d'une manifestation clinique à un ÉSPT plutôt qu'au fait de la lésion médullaire. À titre d'exemple, un problème de sommeil peut être faussement interprété comme un symptôme d'ÉSPT alors qu'il est en fait causé par les douleurs associées à la lésion.

Par ailleurs, aucun participant de l'échantillon n'avait subi sa lésion dans un événement impliquant de la violence interpersonnelle. Comme les événements traumatiques comportant des éléments de violence physique ou sexuelle sont associés à un risque plus élevé d'ÉSPT (Breslau *et al.*, 1998; Norris, 1992; Van Ameringen *et*

al., 2008), l'absence d'une telle violence dans les événements ayant causé la lésion médullaire chez nos participants peut expliquer un taux moindre d'ÉSPT que dans des études dont une proportion de participants ont acquis leur lésion médullaire au cours d'un événement impliquant de la violence.

Si l'on tient compte de la marge d'erreur, le taux observé de 11,4 % de l'ÉSPT est comparable à la prévalence à vie de 6,8 % observée dans la population générale (Kessler *et al.*, 2005). Cette occurrence d'ÉSPT chez certaines personnes vivant avec une blessure médullaire peut s'expliquer par la nature de l'événement au cours duquel survient la lésion. La définition de l'ÉSPT implique de vivre un événement pendant lequel l'individu a vécu ou perçu une menace pour sa vie, ou souffert d'une blessure grave ou a été témoin d'un tel événement ou encore, qu'il a appris qu'une personne proche a vécu un événement traumatique (APA, 2013). Un regard porté sur les causes de la lésion des participants à l'étude – accident de la voie publique, de sport ou de travail, chute, plongeon et peut-être, dans une moindre mesure, des complications médicales – permet de croire que certains de ces événements correspondent à la définition de l'événement traumatique retenue par l'APA (2013). Nos résultats démontrent donc que l'acquisition de la lésion médullaire est un événement potentiellement traumatique d'un point de vue psychologique et qui peut donc être associé au développement d'un ÉSPT. Ce serait donc l'événement traumatique au cours duquel est survenue la lésion qui serait associé à un risque de développer un ÉSPT, plutôt que la lésion elle-même, dont le niveau de sévérité ne semble pas lié à l'émergence de plus de dysfonctionnement psychologique.

En ce qui a trait aux autres troubles anxieux, les taux observés au moment de l'entrevue réalisée pour la présente étude sont comparables à ceux obtenus par Fann *et al.* (2011) au même moment. Avec des taux de 5,7 % pour le trouble d'anxiété généralisée, 4,3 % pour le trouble panique et de 1,4 % pour la phobie spécifique, la phobie sociale et le trouble obsessionnel-compulsif, ces troubles anxieux s'avèrent

marginaux en comparaison des taux rapportés de dépression et d'ÉSPT. Bien que l'anxiété ait été identifiée par plusieurs comme une manifestation clinique fréquente à la suite d'une lésion médullaire (Craig *et al.*, 1994; Kennedy *et al.*, 2003; Kennedy et Rogers, 2000), l'étude des troubles anxieux chez la population de personnes vivant avec une lésion médullaire soulève peu d'attention. Pourtant, un regard porté sur les manifestations de ces troubles chez les participants à la présente étude permet d'observer un lien potentiel entre le fait de vivre avec une lésion médullaire et le développement de ces troubles. Les participants souffrant de ces troubles anxieux semblent avoir développé des inquiétudes, des obsessions ou des peurs associées à leur condition médicale ou aux limites qui en découlent. À titre d'exemple, un participant souffrant de trouble panique mentionne voir ses attaques de panique déclenchées en raison d'une crainte de ne pouvoir quitter l'endroit où il se trouve à cause des difficultés d'accès en fauteuil roulant. Un autre participant semble avoir développé une phobie spécifique envers les abeilles à la suite d'un épisode où il a craint d'être piqué par un tel insecte, alors qu'il ne pouvait ni le fuir ni le chasser en raison de la paralysie de ses membres supérieurs et inférieurs.

Finalement, en ce qui concerne les troubles reliés à la consommation de substances, 4,3 % des participants présentent un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues. Ce taux d'abus ou de dépendance postlésion s'avère moindre que ceux généralement rapportés dans d'autres études menées auprès de personnes vivant avec une lésion médullaire (Tate *et al.*, 2004; Young *et al.*, 1995). Cette prévalence serait en outre inférieure à celle de 14,6 % de la population générale qui rencontreraient les critères diagnostiques d'abus et de dépendance à l'alcool ou à d'autres substances (Kessler *et al.*, 2005). Ceci s'avère contradictoire avec le fait généralement reconnu que la consommation de substances incluant l'alcool et/ou les drogues est plus prévalente chez les personnes vivant avec une lésion médullaire que dans la population générale (Tate *et al.*, 2004; Tétrault *et al.*, 2014; Young *et al.*, 2004). La faible prévalence observée dans la présente étude peut s'expliquer par un potentiel

biais de désirabilité sociale. Ce biais, qui peut caractériser les études cherchant à évaluer la consommation de substances, est susceptible d'être d'autant plus marqué dans la présente étude, compte tenu de l'évaluation de la consommation lors d'une entrevue semi-structurée plutôt que par un questionnaire autorapporté.

Bien que peu présentes chez les participants, les problématiques de consommation de substances demeurent préoccupantes, puisqu'elles sont associées à des difficultés dans le processus de réadaptation, à des risques de complications médicales et à des enjeux de négligence des soins chez les personnes vivant avec une lésion médullaire (Young *et al.*, 1995; pour une liste exhaustive des difficultés associées, consulter Tétreault *et al.*, 2014).

De manière générale, nos résultats permettent de confirmer les observations d'autres auteurs et selon lesquelles plusieurs personnes vivant avec une lésion médullaire développent des psychopathologies telle une dépression majeure ou un ÉSPT (Craig *et al.*, 2009). Ces conditions ne semblent toutefois pas permanentes, comme en témoigne le taux de diagnostics présent qui s'avère moindre que le taux de diagnostics passé. Ceci pourrait s'expliquer par le délai lésionnel moyen de 12 ans. Certains participants pourraient avoir souffert et avoir guéri d'une psychopathologie au cours de ce délai, en raison d'une psychothérapie, d'une pharmacothérapie, du simple passage du temps ou d'une combinaison de ces facteurs. Bien qu'il soit encourageant d'observer que plus le temps passe, moins les psychopathologies semblent prévalentes, il demeure que ces conditions doivent faire l'objet d'interventions soutenues, puisque les symptômes dépressifs sont notamment associés à une moindre progression en réadaptation (Kennedy et Rogers, 2000).

4.3.2 Relation entre la résilience et la psychopathologie

Un des objectifs de cette étude était de clarifier la relation entre la résilience et la psychopathologie, compte tenu du débat ayant cours dans la littérature. Si pour certains la résilience se caractérise par une absence de psychopathologie (Bonnano, 2004; Bonnano *et al.*, 2012; Mancini et Bonnano, 2006; Quale et Shanke, 2010; Rioli *et al.*, 2002; Yi *et al.*, 2005), plusieurs auteurs s'entendent aujourd'hui pour dire que cette conception n'est pas validée (American Psychological Association Help Center, 2004; Connor et Davidson, 2003; Norris *et al.*, 2009; Quale et Schanke, 2010; Windle, 2011). D'autres auteurs suggèrent que la résilience peut émerger malgré un vécu de douleur ou de symptômes dépressifs (Connor et Davidson, 2003; Masten *et al.*, 1994; Norris *et al.*, 2009; Quale et Schanke, 2010; Tisseron, 2011) et d'autres encore stipulent que la présence de détresse jumelée à un maintien de la compétence psychologique pourrait être l'une des formes les plus puissantes de la résilience (Windle, 2011).

Les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude pourraient clarifier la nature de ce lien entre résilience et psychopathologie. En effet, l'analyse effectuée ne révèle aucune corrélation statistiquement significative entre la variable dichotomique de psychopathologie et la résilience. Une personne résiliente pourrait donc avoir ou non développé un diagnostic de psychopathologie à un moment de sa trajectoire postlésionnelle. Ceci est conforme aux résultats de Shin *et al.* (2012) qui n'observent pas de différence statistiquement significative entre des participants résilients ou non résilients en ce qui a trait au nombre de symptômes d'anxiété et de dépression présents à la suite d'une lésion médullaire. Ce premier résultat appuie la thèse selon laquelle la résilience ne peut pas se définir par la présence ou l'absence de psychopathologie et que les deux sont des concepts distincts. L'absence de l'un n'équivaudrait donc pas à la présence de l'autre.

L'analyse d'un deuxième résultat peut, par ailleurs, raffiner notre compréhension du lien entre la résilience et la psychopathologie. Lorsque les analyses ne considèrent que les diagnostics actuels de psychopathologie, une corrélation statistiquement négative est obtenue entre la résilience et la psychopathologie. Une personne qui présente actuellement un diagnostic de psychopathologie est donc vraisemblablement peu résiliente. Cette corrélation, à 0,42, demeure toutefois modeste et il faut ainsi considérer que certaines personnes peuvent vraisemblablement présenter un diagnostic de psychopathologie tout en étant résilient.

Ces deux résultats contribuent donc à l'ajout d'une nuance potentiellement importante dans la compréhension du lien entre résilience et psychopathologie. Présenter un diagnostic de psychopathologie par le passé peut ne pas être un obstacle au développement de la résilience à un moment ultérieur de la trajectoire postlésionnelle, ce qui suggère qu'un individu peut rebondir et devenir résilient, même s'il a présenté une psychopathologie à un autre moment de son parcours. Il semble par ailleurs que dans plusieurs cas il soit impossible d'être résilient et de souffrir de psychopathologie de façon concomitante. Ces résultats vont dans le sens d'autres études démontrant une relation inverse entre la résilience et la dépression actuelle chez des personnes vivant avec une lésion médullaire (Catalano *et al.*, 2011; Kilic *et al.*, 2012; White *et al.*, 2010). Cette distinction plus fine entre résilience et psychopathologie ouvre la porte à plusieurs manifestations cliniques possibles : une personne peut être résiliente sans avoir vécu de psychopathologie, une personne peut souffrir de psychopathologie et, par la suite, faire preuve de résilience, et une personne peut souffrir de psychopathologie et ne jamais être résiliente.

Ces diverses options appuient l'hypothèse selon laquelle la résilience et la psychopathologie sont deux manifestations indépendantes. Les résultats sont concordants avec la définition de Windle (2011), selon laquelle l'expérience de la résilience peut varier au cours de la vie d'un individu. Ils apportent ainsi un éclairage

nouveau qui permet de jumeler les considérations théoriques de certains auteurs – selon lesquelles la résilience et la psychopathologie sont deux concepts distincts – et les résultats empiriques d'autres auteurs, montrant que la résilience et la psychopathologie peuvent parfois être inversement corrélées. La distinction nouvelle entre résilience et psychopathologie s'avère donc une contribution importante de cette étude en mettant de l'avant le fait qu'il est possible de faire preuve de résilience pendant et après avoir développé une psychopathologie.

4.3.3 Les stratégies de coping comme prédicteurs de la psychopathologie

La relation entre la résilience et la psychopathologie étant affinée, la présente étude cherchait également à évaluer le lien entre les stratégies de coping et la psychopathologie. Les hypothèses stipulaient que, contrairement à la résilience, les stratégies de coping présumées associées de façon négative à la résilience s'avéreraient des prédicteurs positifs de la psychopathologie, alors que les stratégies de coping présumées associées de façon positive à la résilience seraient des prédicteurs négatifs de la psychopathologie. Ces hypothèses n'étaient que partiellement appuyées par les résultats, puisque deux stratégies de coping s'avèrent des prédicteurs statistiquement significatifs de psychopathologie : la stratégie de ventilation des émotions et la stratégie de suppression des activités pouvant entrer en compétition avec le stressor.

L'identification de la stratégie de ventilation des émotions comme un prédicteur de la psychopathologie va dans le sens de l'hypothèse émise et de résultats antérieurs, puisque son utilisation était statistiquement et positivement corrélée à la dépression, l'anxiété et la détresse psychologique six semaines et de quatre à sept années après la lésion médullaire (Kennedy *et al.*, 1995; Kennedy *et al.*, 2000).

Au plan clinique, il peut paraître surprenant de constater que la ventilation des émotions est associée à la psychopathologie, les bénéfices associés au fait de prendre contact avec ses émotions et de les exprimer étant largement connus et cités. Il importe ici de rappeler que la stratégie de ventilation des émotions diffère de la stratégie plus saine d'expression des émotions. La stratégie de ventilation des émotions consiste plutôt à se concentrer et à exprimer la détresse. On retrouve dans la documentation scientifique des études rapportant l'association spécifique de la ventilation des émotions avec des indices de moins bon ajustement psychologique dans la population générale (Ben-Zur, 2009; Nagase et al., 2009) et avec des symptômes de dépression et d'anxiété chez des personnes vivant avec la sclérose en plaques (Iova et al., 2014; Tan-Kristanto et Kiropoulos, 2015) ou des personnes vivant avec des allergies (Knibb et Horton, 2008). En ce qui a trait au domaine de la réadaptation, ce lien est répertorié dans des manuels d'envergure (Kenendy, dir., 2012; Martz et Livneh, 2007).

La stratégie de suppression des activités pouvant entrer en compétition avec le stresser consiste à diminuer l'attention portée à d'autres activités afin de concentrer son attention pour mieux gérer le stresser. Cette stratégie n'avait pas montré de liens statistiquement significatifs avec l'ajustement psychologique dans les études antérieures (Bérubé et Loiselle, 2003; Kennedy *et al.*, 1995; Kennedy *et al.*, 2000; Nielsen, 2003b), alors qu'elle s'est avérée dans cette étude positivement corrélée à la psychopathologie. Cette stratégie est généralement classée parmi les stratégies centrées sur le problème. Or, elle s'avère ici associée de façon positive à la résilience. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les items du COPE mesure surtout la diminution de la participation aux activités sans parvenir à bien évaluer si cette diminution vise à se concentrer sur le stresser. Cette stratégie pourrait en effet faire état d'une diminution de l'intérêt et de la motivation portés aux activités habituelles et, dès lors, être associée à plus de psychopathologie.

Le devis corrélationnel utilisé ne permet pas de conclure que c'est le recours aux stratégies de coping de ventilation des émotions et de suppression des activités qui favorisent le développement de la psychopathologie. De fait, il est intéressant ici de considérer le lien inverse. Et si le recours à ces deux stratégies de coping spécifiques témoignait de la présence d'une symptomatologie ? La stratégie de ventilation des émotions pourrait ainsi témoigner de l'expression des émotions de tristesse, de colère et d'impuissance caractéristiques de psychopathologies telles que la dépression ou l'ÉSPT. La stratégie de suppression des activités pourrait, quant à elle, faire état d'une diminution de l'intérêt et de la motivation à participer aux activités qui caractérisent souvent l'épisode de dépression majeure ou qui témoignent de la présence d'évitement, souvent associé à l'ÉSPT (APA, 2013).

En somme, les résultats obtenus témoignent d'une relation statistiquement significative entre le recours aux stratégies de coping de ventilation des émotions et de suppression des activités pouvant entrer en compétition avec le stresser et la psychopathologie. Le devis utilisé ne permet pas de conclure quant au sens de cette relation. Il importe de considérer qu'une conceptualisation de cette relation dans les deux directions revêt un sens au plan clinique.

4.3.4 Autre prédicteur de la psychopathologie

Parmi les autres prédicteurs considérés dans cette étude, les données sociodémographiques étaient incluses dans le modèle de régression afin de contrôler leur impact. Parmi ces données, seule l'occupation s'avérait un prédicteur statistiquement significatif de la psychopathologie. Les caractéristiques de la lésion, également considérées comme prédicteurs potentiels de la psychopathologie, ne révélaient aucune relation statistiquement significative avec celle-ci. Ainsi, que ce soit pour la sévérité de la lésion, l'étendue complète ou incomplète de la lésion ou le

niveau spécifique de la lésion, aucune de ces variables ne s'avérait prédictive de psychopathologie. De même, l'âge au moment de la lésion et le délai lésionnel ne s'avéraient pas corrélés à la psychopathologie.

4.3.4.1 L'occupation

L'occupation s'avère la seule donnée sociodémographique prédictive de la psychopathologie. Le fait de travailler ou d'être aux études au moment de l'entrevue semble donc être associé à plus de psychopathologie. Ces résultats sont surprenants, compte tenu des données antérieures de Shin *et al.* (2012) qui montrent que les participants vivant avec une lésion médullaire et occupant un emploi présentent moins de symptomatologie dépressive. La réintégration au travail est également considérée par certains comme un but important de la réadaptation car elle permet aux personnes d'endosser un statut social et d'être financièrement indépendantes (Schönherr *et al.*, 2005).

On aurait ainsi pu s'attendre à ce que le fait d'occuper un emploi ou d'être aux études soit associé à moins de psychopathologie. Les résultats pourraient cependant suggérer que la réintégration au marché du travail ou au milieu scolaire par des personnes vivant avec une lésion médullaire présente également plusieurs obstacles qui sont susceptibles de générer du stress. Les problèmes de transport, les limites physiques pour un travail donné, le manque d'expérience de travail ou une scolarité interrompue en raison de la lésion, un accès difficile, une mauvaise adaptation du poste de travail et une discrimination des collègues (Lidal *et al.*, 2007) sont autant d'obstacles pouvant nuire à l'intégration professionnelle ou scolaire et augmenter le stress et la psychopathologie.

4.4 Conclusion sur la sévérité de la lésion médullaire

Les résultats de cette étude sur les caractéristiques de la lésion médullaire relativement à la psychopathologie montrent une absence de relation statistiquement significative entre la sévérité de la lésion telle qu'exprimée par le fait d'avoir une tétraplégie (quatre membres paralysés) ou une paraplégie (membres inférieurs paralysés), ou le fait d'avoir une lésion complète ou incomplète ou encore le niveau précis de la lésion (cervical, thoracique, lombaire ou sacré). Ainsi, à l'instar de ce qui a été observé pour la résilience, les résultats de l'étude ne révèlent aucune association entre la psychopathologie et le niveau de lésion ou l'étendue de celle-ci.

Ces résultats sont surprenants, compte tenu du fait que la sévérité objective d'une lésion implique un plus haut niveau de handicap. Une lésion haute et complète mène ainsi à un niveau de handicap plus sévère et une indépendance fonctionnelle plus limitée qu'une lésion basse et incomplète. L'adaptation à la lésion représente également un défi de taille où la personne atteinte doit gérer des pertes psychosociales d'autant plus lourdes que le niveau de handicap est élevé. L'individu doit ainsi gérer des pertes associées à son rôle familial, professionnel dans sa communauté et dans la société (Martz *et al.*, 2005). Qui plus est, la sévérité de la lésion s'accompagne de conditions médicales diverses dont la spasticité (Pandyan *et al.*, 2005) qui peut nuire à la qualité de vie, perturber le sommeil, entraver la réadaptation et contribuer à une image de soi négative (Adams et Hicks, 2005; Westerkam *et al.*, 2011).

Nos résultats corroborent cependant ceux d'autres études sur la résilience et sur la psychopathologie. Des études récentes sur la résilience indiquent que la sévérité de la lésion n'agit pas de façon statistiquement significative sur sa manifestation (Kilic *et al.*, 2012). De même, les études sur la psychopathologie menées auprès de personnes vivant avec une lésion médullaire ne relatent aucune relation directe entre la sévérité de lésion et les symptômes dépressifs (Bombardier *et al.*, 2004; Catalano *et al.*, 2011;

Shin *et al.*, 2012) ou l'ÉSPT (Quale *et al.*, 2009; Richmond et Kauder, 2000; Shalev *et al.*, 1996; Zatzick *et al.*, 2002). La sévérité de la lésion semble également ne pas agir sur d'autres indicateurs postlésionnels comme l'ajustement psychologique (Bérubé et Loiselle, 2003; deRoos-Cassini *et al.*, 2009) ou la satisfaction de vie (Krause et Dawis, 1992). Craig (2012) conclut que les données empiriques démontrent que la sévérité d'une lésion médullaire n'explique pas l'ajustement psychologique. Ceci vient donc souligner le rôle prédominant de facteurs psychologiques plutôt que celui de la sévérité objective d'un stressor dans le fait de développer de la résilience, ou un ajustement psychologique.

Ces résultats pourraient s'expliquer du fait que la sévérité objective d'une lésion, telle que reflétée par le niveau de handicap physique, n'équivaut pas à la perception subjective de sa sévérité. DeRoos-Cassini *et al.* (2009) mentionnent que la perception de pertes physiques à la suite d'une lésion médullaire est inversement associée au bien-être psychologique. Ces auteurs ont observé que des personnes ayant des lésions de sévérité différente peuvent décrire un même niveau de pertes perçues, alors qu'à l'inverse, des personnes vivant avec une lésion associée à un même niveau de sévérité peuvent avoir des perceptions très différentes de leur incapacité physique. Il est donc possible que ce soit la perception des pertes physiques plutôt que la sévérité médicale objective de la lésion qui influence davantage la résilience ou l'ajustement psychologique, bien que notre étude ne permette pas de valider directement cette hypothèse.

Qui plus est, nos résultats ne révèlent pas de liens statistiquement significatifs entre la sévérité de la lésion et les stratégies de coping. Une lésion plus ou moins sévère n'est pas corrélée à une ou des stratégies de coping particulières. À titre d'exemple, une personne présentant une paraplégie incomplète n'a pas plus recours à une stratégie d'acceptation qu'une personne présentant une tétraplégie complète. Ces résultats corroborent les conclusions de Anderson *et al.* (2008) qui précisent que les

caractéristiques de la lésion ne sont pas des déterminants dans le choix des stratégies de coping.

Les résultats obtenus dans la présente étude appuient donc la vision d'une absence d'association entre l'étendue ou la sévérité de la lésion et la résilience, la psychopathologie ou l'utilisation des stratégies de coping. La sévérité d'une lésion, telle que caractérisée par une tétraplégie par opposition à une paraplégie, ou une lésion complète par opposition à une lésion incomplète, ou une lésion cervicale par opposition à une lésion sacrée, ne serait donc pas liée au niveau réel des pertes physiques, mais à la perception subjective de ces pertes par la personne concernée.

Ce fait appuie par ailleurs la conception de Lazarus et Folkman (1984), selon laquelle c'est l'interprétation que fait l'individu d'un événement, plutôt que l'événement lui-même, qui mène à une réaction émotionnelle spécifique. Il serait en ce sens intéressant d'étudier le lien entre la perte perçue associée à la lésion et la stratégie de coping de réinterprétation positive, l'utilisation de cette stratégie pouvant potentiellement être associée à une perception moindre d'incapacité.

4.5 Schématisation de la résilience

La présente section présente la schématisation de la résilience comme un processus dynamique proposée par l'auteure (figure 4.1). Cette schématisation s'appuie sur les résultats obtenus dans la présente étude en plus de puiser dans certaines considérations théoriques n'ayant pu être testées dans cette étude étant donné le devis corrélationnel utilisé.

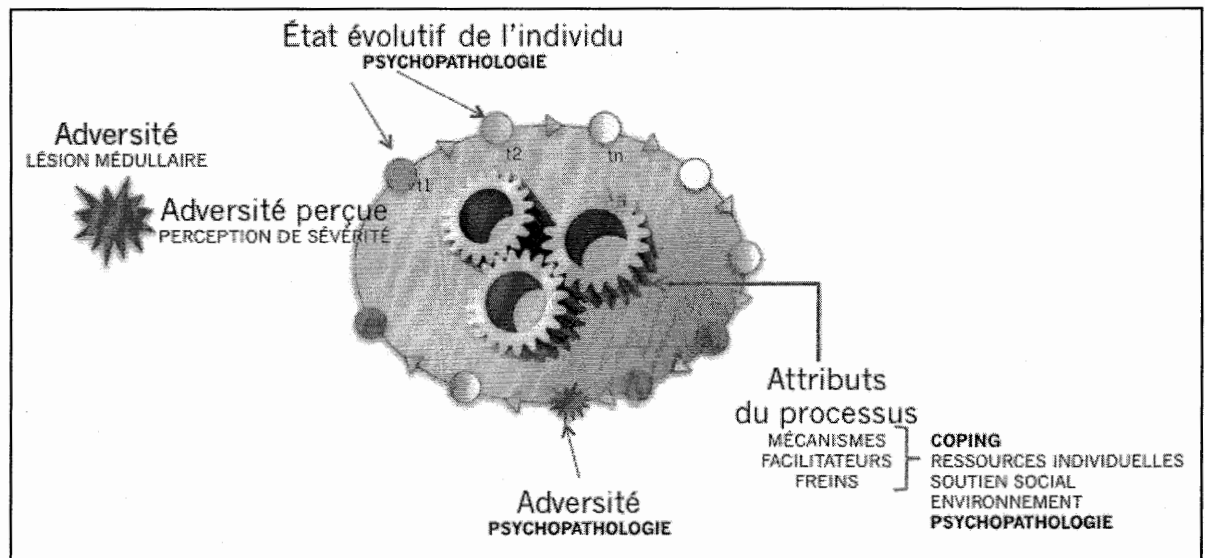


Figure 4.1 Schématisation de la résilience comme un processus dynamique

La conceptualisation proposée s'appuie sur la définition de la résilience de Windle (2011) retenue pour cet ouvrage et la bonifie en tenant compte du coping, de la psychopathologie et de l'adversité perçue. La définition de Windle (2011) présentait la résilience comme un processus de négocier, gérer et de s'adapter efficacement qui varie au cours de la vie qui s'appuie sur les ressources de l'individu et de l'environnement.

La schématisation proposée met l'accent sur le fait que la résilience n'appert pas comme un processus linéaire (ex. : déclencheur – processus – résultat), mais plutôt comme un processus dynamique. Le processus est déclenché à la suite d'une adversité perçue. Cette adversité change l'état de l'individu. Cet état évolue constamment tout au long du processus de résilience jusqu'à l'atteinte d'un état « adapté ». C'est la capacité à rebondir. Cette capacité à rebondir dépend des attributs du processus de résilience. Ces attributs du processus de résilience représentent les mécanismes de ce processus, qui peuvent être soit des mécanismes facilitateurs, soit des freins, tels : les stratégies de coping, les ressources individuelles de l'individu, le

soutien social et l'environnement. Comme il s'agit d'un processus dynamique, le résultat du processus (l'état de l'individu) est en constante interaction avec le processus lui-même. Ainsi, on peut imaginer qu'une évolution favorable ou défavorable de l'état l'individu influence les attributs du processus (effet de spirale) et vice versa. Les attributs du processus peuvent aussi être influencés par une nouvelle source d'adversité.

Cet aspect dynamique du processus permet de rendre compte du lien entre la résilience et la psychopathologie. Selon cette conceptualisation, la psychopathologie peut être à la fois : 1) une caractéristique de l'état de l'individu à un moment du processus de résilience (p.ex.: une dépression à la suite de la lésion); un attribut du processus qui pourrait freiner le processus et 3) une nouvelle adversité qui déclenche à nouveau le processus. Cette conceptualisation présente donc la résilience et la psychopathologie comme des manifestations en interaction plutôt que comme des manifestations inverses. On y voit comment la psychopathologie peut influencer le processus de la résilience de plusieurs façons et que ce processus peut suivre son cours, qu'il y ait eu ou non un épisode de psychopathologie.

Selon la conceptualisation proposée, la résilience peut être une expérience fréquente puisqu'elle est déclenchée par l'adversité. Cette conceptualisation permet d'intégrer les résultats obtenus dans la présente étude qui identifient le coping comme un attribut de la résilience. Il en va de même avec les résultats d'autres études qui montrent notamment l'influence du soutien social et de l'environnement dans le développement de la résilience. En ce qui a trait au coping, on voit comment certaines stratégies telles l'expression émotionnelle, la réinterprétation positive et les stratégies actives peuvent être des mécanismes facilitateurs du processus de résilience alors que le désengagement comportemental peut en être un frein. Finalement, la conceptualisation, en proposant que le processus de résilience est influencé par la

perception de sévérité plutôt que par la sévérité objective du stressor propose une explication de l'obtention de résultats non significatifs en ce qui a trait à la sévérité objective de la lésion médullaire.

4.6 Implications cliniques

Les résultats de l'étude mettent en lumière des données susceptibles d'influencer les pratiques cliniques dans les milieux de réadaptation. En effet, nos résultats appuyés par d'autres données de la littérature montrent que la résilience est un phénomène relativement fréquent chez des personnes vivant avec une lésion médullaire. Ils permettent en outre de préciser qu'être résilient ne signifie pas qu'une personne n'ait pas vécu de symptômes de dépression, d'ÉSPT ou d'anxiété dans son parcours postlésionnel. Le transfert de ces conclusions sur le phénomène de la résilience aux professionnels de la santé œuvrant dans le domaine de la réadaptation pourrait influencer la façon dont ils perçoivent leurs patients et dispensent leurs soins. Armés d'une meilleure connaissance du phénomène de la résilience, ils pourraient être plus à même d'identifier les patients susceptibles de bénéficier d'interventions ciblées favorisant la résilience. Ceci semble primordial lorsque l'on considère que certaines personnes sont à même de déployer d'elles-mêmes des qualités résilientes alors que d'autres doivent s'appuyer sur de l'aide extérieure pour y parvenir (Anaut, 2011). Ionescu (2010) différencie ainsi la résilience naturelle, qui s'appuie sur les caractéristiques individuelles et les interactions avec l'entourage, de la résilience assistée, qui est la résilience accompagnée par des professionnels de la santé mentale, dont potentiellement des professionnels de la réadaptation.

L'utilisation du CD-RISC pour évaluer la résilience dans la présente étude de recherche permet d'envisager un usage plus répandu de cet instrument dans les milieux cliniques en réadaptation, d'autant que des auteurs avancent qu'il pourrait

être employé pour l'évaluation d'interventions visant le développement de la résilience (Ionescu et Jourdan-Ionescu, 2011). L'utilisation du CD-RISC pourrait en outre permettre d'identifier les personnes n'ayant pas encore emprunté la trajectoire résiliente afin que ces dernières soient ciblées dans l'offre de soins et qu'elles développent une forme de résilience assistée.

L'offre de soins dans les instituts de réadaptation inclut généralement un suivi psychologique qui s'inscrit dans le cadre des services multidisciplinaires offerts à leur clientèle. Les pensées et comportements qui contribuent à la résilience étant modifiables par des interventions psychologiques (Kilic *et al.*, 2012), le suivi psychothérapeutique pourrait cibler le développement de la résilience assistée par le biais des stratégies de coping identifiées comme prédictives de la résilience dans le cadre de cette étude. De façon plus spécifique, des interventions pourraient cibler la promotion ou le renforcement des stratégies de coping de réinterprétation positive, d'expression des émotions et des stratégies actives. Ces interventions pourraient s'inscrire dans le contexte de thérapie individuelle guidée par l'approche cognitivo-comportementale, cette approche étant réputée pour être la plus utilisée dans les centres de réadaptation (Duff et Kennedy, 2003). Ces interventions favorisant la résilience pourraient également prendre place dans le cadre de thérapies de groupe. Des groupes d'entraînement aux stratégies de coping ont déjà été mis sur pied auprès de personnes vivant avec une lésion médullaire (Kennedy *et al.*, 2003).

D'autre part, les résultats mettent en évidence que, bien que l'on opérationnalise la résilience comme étant universelle et pouvant potentiellement être développée par tous, certaines personnes vivant avec une lésion médullaire ne semblent pas avoir développé de caractéristiques résilientes, malgré un certain nombre d'années postlésionnelles. Nos résultats suggèrent qu'il serait opportun de tenter de joindre cette clientèle afin de favoriser chez elle un parcours plus résilient. Pour cette clientèle ayant depuis longtemps complété leur réadaptation fonctionnelle intensive,

des programmes d'intervention individuelle ou de groupe ciblant la promotion des stratégies de coping pourraient être dispensés selon l'offre de services en réadaptation externe. La mise en place d'un projet de site Web contenant de l'information pratique et les questionnaires d'évaluation sur la résilience et les stratégies de coping pourrait également être entreprise pour desservir cette clientèle.

Il est en outre intéressant de constater que les stratégies de coping associées à la résilience dans cette étude sont, pour la majeure partie, des prédicteurs positifs, une seule s'en avérant un prédicteur négatif. Les interventions cliniques découlant de ces résultats pourraient ainsi viser principalement la promotion de stratégies de coping associées à la résilience, plutôt que de cibler l'abandon de stratégies et de comportements inadéquats, notamment les stratégies de réinterprétation positive, de coping actif et d'expression des émotions. Ces stratégies réfèrent à des attitudes et comportements sains liés à différents aspects de l'adaptation à la lésion médullaire. Les résultats suggèrent que la réinterprétation positive, par laquelle la personne modifie la perception de sa situation, permettrait à la personne d'implanter de meilleures solutions de coping actif. Ceci pourrait s'accompagner d'une expression saine d'émotions qui caractérise l'expérience d'adaptation à la lésion médullaire.

En somme, les conclusions de la présente étude ouvrent la voie à la détection des personnes susceptibles de bénéficier d'interventions ciblant spécifiquement la promotion ou le renforcement des stratégies de coping associées à la résilience.

4.7 Considérations méthodologiques

4.7.1 Forces de l'étude

Une des forces de cette étude réside dans le choix des instruments de mesure. Le recours dans le passé à des mesures indirectes de la résilience, telle l'absence de symptômes dépressifs (Bonnano *et al.*, 2012; Quale et Shanke, 2010), a contribué à la confusion entourant la définition de la résilience. L'utilisation du CD-RISC, une mesure validée et directe de la résilience qui possède de solides propriétés psychométriques et qui s'impose parmi les instruments disponibles (Ionescu et Jourdan-Ionescu, 2011; Windle *et al.*, 2011) vient bonifier la compréhension du phénomène et permet une comparaison des résultats obtenus avec d'autres études menées dans le domaine. Comme les études sur la population vivant avec une lésion médullaire ne font qu'émerger, procurer des résultats à l'aide d'une mesure directe de la résilience enrichit notre compréhension du phénomène chez cette population et demeure sans conteste une contribution majeure de cette étude. Les résultats confirment, de fait, que le parcours résilient est plutôt fréquent chez cette population, malgré l'adversité que représente une lésion médullaire.

Un autre point fort de l'étude réside dans l'évaluation des symptômes de psychopathologie à l'aide de l'entrevue semi-structurée du SCID-I. Cette entrevue validée permettait une évaluation clinique des diagnostics selon le DSM-IV à deux moments de la trajectoire postlésionnelle. La justesse des évaluations était corroborée par l'excellent taux d'accords interjuges démontré par nos résultats. Le recours à cette méthode d'évaluation, plus spécifique et précise que l'autoévaluation, permet une mesure systématique des critères, symptômes et tableaux cliniques tels que définis par le DSM-IV. L'entrevue permet par ailleurs une évaluation des symptômes passés et contemporains au moment de l'étude, ce qui constitue une autre force de l'étude.

Le SCID-I permet également de contourner certaines difficultés associées à la passation de questionnaires autoadministrés chez des personnes ayant une lésion médullaire. De fait, l'entrevue semi-structurée SCID-I permet d'examiner l'étiologie des symptômes avec plus de justesse que ne le ferait un participant dans un questionnaire autoadministré. Elle permet d'éviter certaines erreurs, dont la confusion de symptômes associés à la lésion médullaire avec des symptômes de la lignée dépressive ou post-traumatique. À titre d'exemple, les limites de la participation aux activités habituelles en raison des séquelles fonctionnelles d'une lésion peuvent être confondues, notamment par les participants, avec les comportements d'évitement caractéristiques de l'ÉSPT (O'Donnel *et al.*, 2003). À notre connaissance, aucune autre équipe n'a établi de diagnostics tels qu'étudiés en utilisant cette entrevue validée du SCID-I dans le contexte de la résilience. Les résultats obtenus dans le cadre de l'étude sont donc plus fidèles à la réalité clinique que ceux obtenus à l'aide de questionnaires autorapportés, ce qui permet d'établir un portrait plus fidèle de la prévalence des psychopathologies chez les personnes ayant une lésion médullaire.

L'utilisation du COPE comme dernier choix d'instrument pour évaluer les stratégies de coping constitue encore un point fort de l'étude. Le COPE est un instrument dont la validité est reconnue (Carver *et al.*, 1989), ce qui facilite la comparaison des résultats de l'étude avec ceux de la littérature.

Grâce à ces instruments fiables et validés, l'étude a permis d'enrichir notre compréhension de la manifestation de la résilience chez des personnes ayant une lésion médullaire. Ils nous ont permis, grâce au CD-RISC, d'affirmer que le phénomène était relativement fréquent en période d'adversité et, grâce au COPE, que certaines stratégies de coping sont associées à la résilience. L'évaluation valide et standardisée du SCID-I nous a par ailleurs permis d'évaluer les symptômes de psychopathologies à deux moments de la trajectoire postlésionnelle et de contribuer à clarifier le débat entourant la compréhension du lien entre la résilience et la

psychopathologie. Les résultats ont ainsi mis de l'avant que l'expérience résiliente ne se développe généralement pas en même temps qu'une psychopathologie, bien qu'elle puisse émerger à la suite d'un épisode de psychopathologie.

Enfin, l'étude de participants ayant terminé leur réadaptation et étant de retour à domicile constitue une force indéniable pour la généralisation des résultats, la période du retour à domicile étant peu étudiée alors qu'elle présente de nouveaux et importants défis pour l'intégration dans la communauté. Cette période, apte à déclencher de nouvelles sources de stress et requérant une résilience possiblement accrue, reflète donc plus fidèlement la réalité de la vie postlésionnelle que la période de réadaptation intensive qui demeure beaucoup étudiée chez les personnes vivant avec une lésion médullaire.

4.7.2 Limites de l'étude

Quelques limites viennent circonscrire l'interprétation des résultats obtenus dans cette étude. La principale limite de l'étude réside dans son devis. Les limites de temps et les contraintes économiques impliquées dans un projet doctoral rendent difficile le recours à un devis longitudinal, si bien qu'un devis rétrospectif corrélationnel à un temps de mesure a été choisi. Les mesures des variables dépendantes et indépendantes ont ainsi été effectuées lors d'une courte période de temps qui représente un unique temps de mesure. Cette façon de faire met en lumière une relation d'association entre les variables à l'étude, mais ne permet pas de formuler des inférences causales. Aussi, bien que les analyses de régression permettent d'identifier des stratégies de coping dites « prédictives » de la résilience et de la psychopathologie, seul un devis prospectif permettrait d'avancer que ces stratégies précèdent et causent réellement le développement de la résilience.

La nature rétrospective du devis peut par ailleurs être associée à des biais de mémoire ou de rappel. Le délai lésionnel moyen étant de 12 ans, les participants ont pu estimer incorrectement l'intensité de certains symptômes évalués dans l'investigation des diagnostics passés.

La cueillette de données ayant eu cours lors d'un unique temps de mesure, les inférences qui en découlent ne permettent pas de rendre compte de la complexité du processus de résilience. La résilience est un phénomène susceptible de se développer dans le temps et de se modifier en fonction de l'adversité rencontrée en période de réadaptation intensive, lors du retour à domicile et quelques années après l'acquisition de la lésion. Plusieurs temps de mesure auraient ainsi été nécessaires pour capter l'évolution dans la manifestation de la résilience tout au long de la trajectoire postlésionnelle.

Un des buts de l'étude visait à pallier une lacune observée dans certaines études passées (Bonanno *et al.*, 2012; Catalano *et al.*, 2011;) en mesurant la résilience des personnes avec une lésion médullaire à l'aide d'un instrument direct et validé. Le CD-RISC a pour ce faire été privilégié car il permet une mesure directe de la résilience et présente de bonnes qualités psychométriques (Ionescu et Jourdan-Ionescu, 2011). Dans une revue critique des instruments de mesure de la résilience, des auteurs soulignent toutefois la faiblesse de la démarche qualitative entourant la conception de l'instrument (Hamelin et Jourdan-Ionescu, 2011) alors que d'autres précisent que le CD-RISC bénéficierait d'une clarification théorique et de l'ajout de certains items afin de mieux rendre compte du phénomène de la résilience (Windle *et al.*, 2011). Aussi, bien que son utilisation ait été possible avec un échantillon de personnes vivant avec une lésion médullaire, le CD-RISC n'a pas été conçu pour un usage spécifique auprès de ces personnes et peut ne pas rendre compte de toute la complexité de l'expérience de la résilience à la suite d'une lésion médullaire.

Par ailleurs, l'utilisation moins importante des stratégies de coping potentiellement nuisibles à la résilience, de même que le faible taux de diagnostics associés à la consommation de substances tels qu'observés dans les résultats pourraient s'expliquer par un biais de désirabilité sociale. Bien que les participants soient susceptibles de n'avoir qu'une connaissance limitée du concept de coping, il est facile de percevoir que certains items du COPE évaluent des stratégies de coping moins adaptées, telles l'utilisation de substances ou le déni. Certains participants peuvent ainsi avoir sous-estimé sciemment ou non leur utilisation de ces stratégies ou encore leur consommation de substances afin de se présenter sous un jour plus favorable.

Une autre limite réside dans le biais de sélection potentiel qui pourrait restreindre les conclusions tirées de cette étude. Selon le mode de recrutement qui a été privilégié, les participants forment un échantillon de convenance, en ce sens qu'ils ont été sélectionnés sur une base volontaire et non aléatoire. L'échantillon pourrait donc s'avérer non représentatif de l'ensemble des personnes vivant avec une lésion médullaire. Il est possible que les gens ouverts d'esprit aient accepté dans une plus grande proportion de participer à l'étude que ceux qui le sont moins. L'ouverture d'esprit étant potentiellement présente chez les personnes résilientes (Connor et Davidson, 2003), ces dernières peuvent être surreprésentées dans l'échantillon de participants. Ce potentiel biais d'échantillonnage est susceptible d'expliquer, en partie du moins, le fait que de nombreux participants semblent résilients et utilisent davantage de stratégies de coping identifiées comme étant associées de façon positive à la résilience. Cette limite s'avère toutefois vraisemblablement l'apanage des études sur la résilience et n'empêche pas l'identification des facteurs favorisant son développement. Rappelons finalement qu'en dépit de ce potentiel biais d'échantillonnage, l'échantillon des participants à l'étude s'avère représentatif de la population canadienne des personnes vivant avec une lésion médullaire.

Une dernière limite pourrait résider dans le nombre de participants. Considérant le nombre limité de candidats potentiels et leur difficulté à se déplacer, le nombre de 70 participants ayant complété l'étude, sur les 110 recrutés et 82 rencontrés en entrevue, reste néanmoins d'une ampleur appréciable. La perte relativement limitée de sujets paraît également respectable. Sur le plan statistique toutefois, un nombre plus élevé de participants aurait permis d'augmenter la puissance statistique des analyses. La taille de l'échantillon peut donc être considérée comme une force autant qu'une faiblesse.

4.8 Pistes de recherches futures

L'étude de la résilience auprès d'une population spécifique, comme les personnes vivant avec une lésion médullaire, est en émergence. Les limites et conclusions de l'étude mettent en lumière plusieurs pistes de réflexion qui pourront encadrer les travaux des chercheurs intéressés au construit de la résilience chez des personnes vivant avec une lésion médullaire.

Il serait d'abord opportun de rendre compte des changements de la manifestation de la résilience dans la trajectoire de vie des participants. Il serait intéressant de suivre de façon longitudinale une même cohorte de participants afin de comparer les manifestations de résilience à différents moments de la trajectoire postlésionnelle, dont la réadaptation fonctionnelle intensive, le retour à domicile, et quelques mois à quelques années plus tard.

L'établissement d'un seuil de résilience au CD-RISC permettrait notamment d'évaluer jusqu'à quel point les personnes initialement non résilientes face à l'adversité développent de la résilience. Ceci permettrait d'appuyer avec plus de

certitude, ou encore de réfuter, la conception selon laquelle la résilience est un processus plutôt qu'un trait inné.

Au fil des ans, de plus en plus de travaux ont remis en question l'impact objectif de la sévérité de la lésion sur divers indicateurs d'ajustement psychologique. Nos résultats ne révèlent, de fait, aucun lien entre la sévérité de la lésion et la résilience et la psychopathologie. DeRoos-Cassini *et al.* (2009) ont, pour leur part, obtenu un lien entre la perception et la perte de fonctionnement physique. Nous croyons que les études futures devraient surtout prendre en compte la perception de la sévérité de la lésion médullaire, plutôt que la sévérité objective. Ceci permettrait en outre de contourner les difficultés rencontrées quant à la collecte d'informations validées au sujet de la lésion.

Nos résultats permettent d'identifier le coping comme un facteur associé à la résilience chez les personnes vivant avec une lésion médullaire. Les résultats obtenus ne permettent toutefois pas de rendre compte de toute la complexité du phénomène de la résilience. La recherche pourrait donc s'attarder aux autres facteurs susceptibles d'en favoriser le développement et leurs interactions avec les stratégies de coping dans un contexte de réadaptation. Notamment, le soutien social, dont les liens familiaux, semble être un point central du processus de résilience au sein de plusieurs conceptualisations de la résilience (Anaut, 2011; Campbell-Sills *et al.*, 2006; Friborg, 2005; Ionescu, 2011; Manciaux, 2001; Rousseau, 2010; White *et al.*, 2008). De l'avis de certains, la résilience se développe dans l'interaction de l'individu avec sa famille, son entourage et des réseaux de soutien (Ionescu, 2011; Windle *et al.*, 2008, 2011). Plus particulièrement, dans le contexte de la lésion médullaire, le soutien social peut être reçu tant dans la relation avec les professionnels en réadaptation qu'avec les proches. Les recherches futures devraient ainsi se pencher sur l'influence du soutien social dans le développement de la résilience chez les personnes vivant avec une lésion médullaire.

Au-delà de la meilleure compréhension du phénomène de résilience, des facteurs qui la favorisent et de l'interaction entre ces facteurs, il est primordial que la recherche dans le domaine se concentre sur la validation d'interventions qui favoriseraient la résilience dans le processus de réadaptation. À l'heure actuelle, de nombreux auteurs soulignent l'importance de développer de telles interventions (Elliott et Kennedy, 2004; White *et al.*, 2010) et certains proposent des axes de travail pour l'accompagnement du processus de résilience (Anaut, 2011; Duretic, 2011; Ionescu, 2011; Jourdan-Ionescu, 2011). Pourtant, aucun essai clinique randomisé portant sur les interventions favorisant la résilience à la suite d'une lésion médullaire ne semble disponible. Il serait primordial d'étudier l'impact d'interventions qui favorisent la résilience afin d'améliorer le sort des personnes touchées. Il serait aussi pertinent de tester des interventions visant la promotion de stratégies de coping qui s'avèrent des prédicteurs statistiques positifs de la résilience, notamment les stratégies de réinterprétation positive, de coping actif et d'expression des émotions et d'évaluer leur efficacité à majorer la résilience.

4.9 Transfert des connaissances

Afin de favoriser le transfert des connaissances et la diffusion des résultats de l'étude, deux articles faisant état des résultats sont prévus pour être soumis à des revues scientifiques spécialisées dans le domaine de la réadaptation (*Spinal Cord, Annals of Physical Medicine and Rehabilitation*). Le premier article vise les données portant sur la résilience et couvrira les analyses descriptives des divers instruments de mesure, de même que les tableaux de corrélations croisées et l'analyse de régression linéaire mettant de l'avant le rôle des stratégies de coping dans le développement de la résilience. Une discussion des résultats sur la manifestation de la résilience enrichira les connaissances sur le phénomène tel que vécu dans la population vivant avec une lésion médullaire, et l'absence de contribution statistiquement significative de la

sévérité enrichira la compréhension du volet subjectif du handicap et son impact sur la résilience.

Un second article posera d'emblée la question du débat entre la résilience et la psychopathologie et présentera les résultats raffinant la compréhension des liens entre la résilience et la psychopathologie globale, actuelle et passée. L'article présentera les données descriptives des psychopathologies telles qu'évaluées à l'aide de l'entrevue semi-structurée du SCID-I, suivi des corrélations non statistiquement significatives entre la résilience et la psychopathologie globale ou passée, mais statistiquement significative avec la psychopathologie actuelle. Suivra une présentation des corrélations entre les stratégies de coping telles qu'évaluées par le COPE et la psychopathologie telle qu'opérationnalisée par l'entrevue SCID-I. La discussion portera sur l'association de certaines stratégies de coping avec la psychopathologie et sur l'impact non significatif de la sévérité du stressor, faisant valoir le volet subjectif du handicap physique par opposition à la réalité objective de la lésion.

Les résultats de la recherche pourront également être présentés dans le cadre de congrès scientifiques en psychologie et en réadaptation (ex. AISA, ISCoS, SOFMER). Finalement, un résumé des principaux résultats obtenus sera envoyé aux participants à l'étude qui avaient témoigné leur intérêt à connaître les résultats au moment de leur participation.

4.10 Conclusion

À l'instar de ce qui est observé chez d'autres populations, la présente thèse permet d'étayer le fait que la résilience est une expérience fréquente chez des personnes vivant avec une lésion médullaire. Les résultats obtenus permettent également de conclure que le coping semble associé à la résilience chez ces personnes. Les résultats

confirment qu'une lésion médullaire peut entraîner des conséquences importantes sur le fonctionnement psychologique des personnes touchées, notamment en ce qui a trait à la dépression et à l'état de stress post-traumatique. Les résultats viennent en outre confirmer que la sévérité de la lésion médullaire ne semble pas influencer sur le développement de la résilience ou de la psychopathologie. Finalement, une contribution majeure de cette thèse réside dans la clarification du lien entre la résilience et la psychopathologie. Les résultats mettent en lumière le fait que, bien que plusieurs personnes ne puissent pas être résilientes et souffrir d'une psychopathologie de façon concomitante, ces personnes peuvent développer la résilience et ainsi rebondir à la suite d'un épisode de psychopathologie. Ce résultat s'inscrit donc dans la tendance actuelle des pratiques cliniques en réadaptation qui mettent l'accent sur le développement de la résilience chez les personnes vivant avec une lésion médullaire.

APPENDICE A

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT À L'INTENTION DES PARTICIPANTS



Nous vous demandons de participer à un projet intitulé *Facteurs de risque associés au trouble de stress post-traumatique chez la population blessée médullaire*. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

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

Le présent formulaire 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 et aux autres membres du personnel affectés au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Cette étude est dirigée par Frédérique Courtois, Ph.D., professeure-chercheure à l'Université du Québec à Montréal, avec la collaboration de Catherine Otis, B.Sc., étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal et de Roseline Massicotte, B.A.A., étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal.

Objectif de l'étude

Ce projet intitulé *Facteurs de risque associés au trouble de stress post-traumatique chez la population blessée médullaire* a comme objectif d'investiguer les facteurs qui favorisent le développement de réactions de stress à la suite d'une blessure médullaire.

Nature de la participation à l'étude

La participation à ce projet implique une rencontre divisée en deux parties. La première partie consiste en une entrevue d'environ 1 heure 30 minutes durant laquelle vous aurez à répondre à certaines questions concernant l'évènement qui a causé la blessure médullaire. Vous pourrez à tout moment prendre une pause pour vous reposer durant l'entrevue. Un enregistrement audio de cette entrevue sera effectué. À la suite de cette première partie, vous serez invité à prendre une pause de 1 heure.

Durant la deuxième partie de la rencontre, vous aurez à remplir douze questionnaires sur les réactions que vous avez pu avoir pendant et après l'évènement ainsi que sur le soutien social que vous avez reçu à la suite de votre blessure médullaire. Une assistante ou un assistant de recherche sera présent pendant que vous remplirez les questionnaires pour répondre à vos questions s'il y a lieu ou pour vous aider si vous avez un manque de dextérité manuelle. Vous pourrez à tout moment prendre une pause pour vous reposer pendant que vous remplirez les questionnaires. Cette deuxième partie devrait prendre environ 1 heure 30 minutes. Vous pourrez également, si vous le désirez, remplir les questionnaires à votre domicile et les retourner à l'équipe de recherche dans une enveloppe pré-affranchie qui vous sera remise avec les questionnaires.

Cette rencontre pourra être effectuée dans un des bureaux du centre de réadaptation, à l'Université du Québec à Montréal ou à votre domicile.

Avantages pouvant découler de la participation

Vous ne retirez aucun avantage personnel à participer à cette étude. Cependant, votre participation à l'étude contribuera à enrichir les connaissances tant dans le domaine du stress en général que sur les aspects psychologiques associés à une blessure médullaire.

Inconvénients pouvant découler de la participation

Il n'y a aucun risque prévisible à participer à cette étude. Vous aurez cependant à parler de l'évènement qui a causé votre blessure médullaire, ce qui peut susciter des émotions désagréables. En ce sens, des ressources psychologiques seront mises à votre disposition si vous en ressentez le besoin et l'assistante ou l'assistant de recherche saura entretenir un climat de respect tout au long de la rencontre.

Participation volontaire et droit de retrait

Je comprends que je peux en tout temps mettre fin à ma participation au projet de recherche sans aucun préjudice.

Je comprends également que les responsables de la recherche peuvent interrompre ma participation à l'étude s'ils jugent que mon état le requiert ou si je refuse de suivre les consignes.

Accès à mon dossier médical

J'accepte que mon dossier médical soit consulté pour les fins de la recherche, en particulier pour l'évaluation ASIA de ma lésion et la mesure d'indépendance fonctionnelle (si ces données sont au dossier).

Confidentialité

J'accepte que toute l'information recueillie dans le cadre de ce projet soit utilisée pour des fins de communications scientifiques ou professionnelles, sans que mon nom ou toute reconnaissance individuelle soient divulgués. J'accepte que les données recueillies pour les fins de recherche (incluant les bandes audio) soient préservées pour 10 ans avant d'être détruites. Les données brutes seront conservées sous clé dans un classeur à l'Université du Québec à Montréal, 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.

Clause de responsabilité

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

Consentement

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.

Je comprends que toute question ou tout commentaire peut être adressé à Frédérique Courtois, Ph. D., au 514 987-3000, poste 7713, et que toute plainte peut être adressée à M^e Anik Nolet au 514 527-4527, poste 2649 (Montréal).

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.

Ce projet de recherche a été approuvé par :

- Le CÉR des établissements du CRIR, en date du

Nom du participant
en lettres moulées

Date

Signature du participant

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e), _____, certifie

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

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

APPENDICE B

CERTIFICAT D'APPROBATION DU COMITÉ DE RECHERCHE DES ÉTABLISSEMENTS DU CRIR



Certificat d'éthique

Par la présente, le comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR (CÉR) atteste qu'il a évalué, lors de sa réunion du 20 juin 2006, le projet de recherche **CRIR-207-0406** intitulé:

« Facteurs de risque associés au trouble de stress post-traumatique chez la population blessée médullaire ».

Présenté par: **Frédérique Courtois**

Le présent projet répond aux exigences éthiques de notre CÉR. Le Comité autorise donc sa mise en œuvre sur la foi des documents suivants

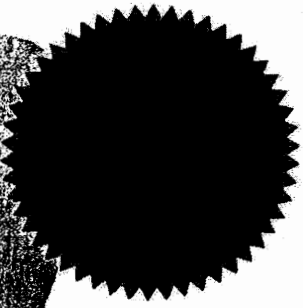
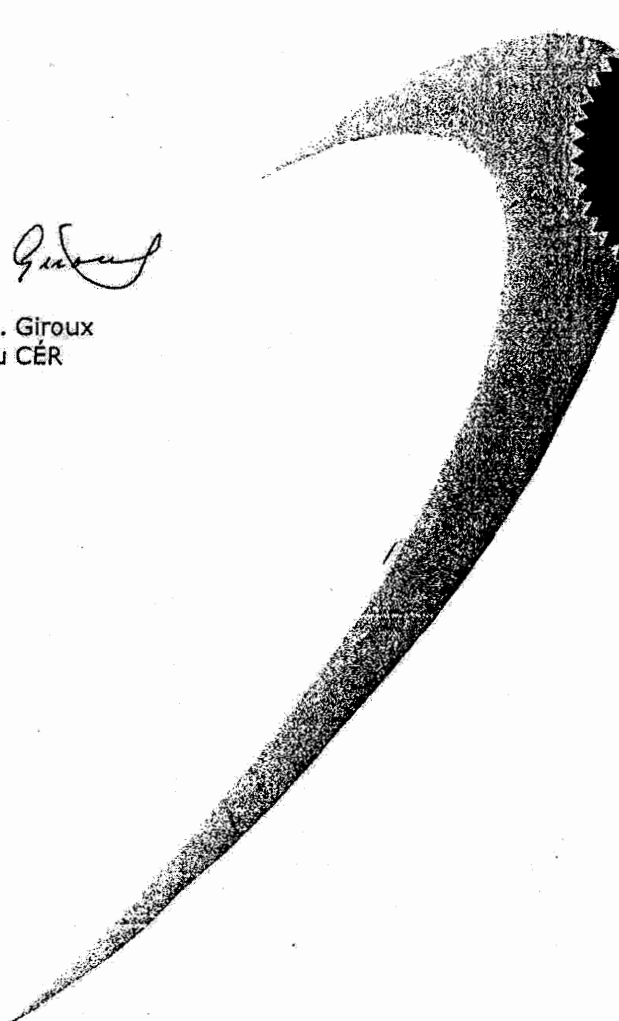
- Formulaire A daté du 31 mars 2006 ;
- Grilles d'évaluation scientifique datées respectivement du 24 avril 2006 et du 18 mai 2006;
- Document intitulé « Subvention demandée au CRSH » ;
- Lettre et formulaire d'évaluation de la convenance institutionnelle de l'Institut de réadaptation de Montréal, datés respectivement du 27 et du 5 juin 2006, confirmant l'acceptation du projet sur le plan de la convenance institutionnelle ;
- Protocole de recherche intitulé « Facteurs de risque associés au trouble de stress post-traumatique chez la population blessée médullaire » ;
- Formulaire de consentement (version du 28 septembre 2006, telle que datée et approuvée par le CÉR) ;
- Questionnaire ;
- Lettre et réponses de la chercheuse aux commentaires du CÉR, datée du 15 septembre 2006.

Ce projet se déroulera dans le site du CRIR suivant : **Institut de réadaptation de Montréal.**

Ce certificat est valable pour un an. En acceptant le présent certificat d'éthique, le chercheur s'engage à :

1. Informer le CÉR de tout changement qui pourrait être apporté à la présente recherche ou aux documents qui en découlent (Formulaire M) ;
2. Fournir annuellement au CÉR un rapport d'étape l'informant de l'avancement des travaux de recherche (formulaire R) ;
3. Demander le renouvellement annuel de son certificat d'éthique ;

4. Aviser le CÉR de la clôture (abandon ou interruption prématurée) du projet de recherche ;
5. Tenir et conserver, selon la procédure prévue dans la *Politique portant sur la conservation d'une liste des sujets de recherche*, incluse dans le cadre réglementaire des établissements du CRIR, une liste des personnes qui ont accepté de prendre part à la présente étude ;
6. Envoyer au CÉR une copie de son rapport de fin de projet / publication.



Michel T. Giroux

Me Michel T. Giroux
Président du CÉR

Date d'émission
28 septembre 2006

APPENDICE C

COPE

COPE – 68

Les phrases ci-dessous décrivent des façons de s'adapter ou d'agir lors de situations difficiles. Parmi ces différentes stratégies, nous aimerions identifier celles que vous utilisez pour vous adapter à votre lésion à la moelle épinière. Chaque énoncé décrit une stratégie d'action possible. Nous voulons évaluer dans quelle mesure vous utilisez chacune de ces actions possibles. Précisez si vous agissez ainsi ou non. Encerclez le chiffre qui décrit le mieux comment vous agissez généralement pour vous adapter à votre lésion à la moelle épinière.

1 = Je n'agis jamais comme ça.

2 = J'agis parfois comme ça.

3 = J'agis souvent comme ça.

4 = J'agis très souvent comme ça.

COPE	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent
1. J'essaie de ressortir grandi(e) de cette expérience.	1	2	3	4
2. Je me plonge dans le travail ou d'autres activités pour ne plus y penser.	1	2	3	4
3. Je ne me sens pas bien et je laisse libre cours à mes émotions.	1	2	3	4
4. Je cherche à être conseillé(e) pour savoir quoi faire.	1	2	3	4
5. Je rassemble mes forces pour agir sur le problème.	1	2	3	4
6. Je me dis «ce n'est pas vrai».	1	2	3	4
7. Je m'en remets à Dieu.	1	2	3	4
8. Je prends le temps d'arriver à comprendre ce que je ressens vraiment.	1	2	3	4
9. Je ris de la situation.	1	2	3	4
10. Je me dis que je ne peux rien y faire et je laisse tomber.	1	2	3	4
11. Je me retiens d'agir de façon précipitée.	1	2	3	4
12. Je discute de mes sentiments avec quelqu'un.	1	2	3	4
13. Je bois de l'alcool ou je prends des médicaments ou les drogues pour me sentir mieux.	1	2	3	4
14. Je me fais à l'idée que c'est arrivé.	1	2	3	4

COPE (suite)	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent
13. J'en parle à une personne susceptible de m'apporter une aide concrète.	1	2	3	4
14. Je prends le temps d'exprimer mes émotions.	1	2	3	4
15. Je dors plus que d'habitude.	1	2	3	4
16. J'essaie de trouver la stratégie la plus adéquate pour savoir quoi faire.	1	2	3	4
17. Je me concentre sur le problème, quitte à laisser les autres choses de côté.	1	2	3	4
18. J'attire la sympathie et j'obtiens la compréhension de quelqu'un.	1	2	3	4
19. Je bois ou prends des médicaments ou des drogues pour moins y penser.	1	2	3	4
20. Je tourne la situation à la blague.	1	2	3	4
21. J'abandonne toute tentative d'obtenir ce que je veux.	1	2	3	4
22. Je me rends compte de la justesse et de l'importance de mes sentiments.	1	2	3	4
23. Je cherche quelque chose de positif dans ce qui est arrivé.	1	2	3	4
24. Je réfléchis à la meilleure manière de prendre en main le problème.	1	2	3	4
25. Je fais comme si ce n'était pas vraiment arrivé.	1	2	3	4
26. Je veille à ne pas faire empirer les choses en agissant trop rapidement.	1	2	3	4
27. J'essaie ardemment d'éviter que d'autres choses viennent interférer avec mes efforts pour gérer le problème.	1	2	3	4
28. Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	3	4
29. J'accepte l'idée que c'est arrivé.	1	2	3	4
30. Je demande aux personnes qui ont eu des expériences similaires ce qu'elles ont fait.	1	2	3	4

APPENDICE D

ENTREVUE SEMIE-STRUCTURÉE SCID-I

ESA et TSPT

Maintenant, je vais vous poser des questions pour connaître comment vous avez réagi à l'événement marquant.

MODULE ESA		Soit pendant, soit après l'incident la personne éprouve au moins 3 sx dissociatifs	?	1	2	3
Pendant ou immédiatement après l'événement						
Avez-vous ressenti un état de léthargie ou de détachement ou avez-vous eu l'impression que vous n'aviez plus aucune émotion?	1)	Une impression subjective de léthargie, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle	?	1	2	3
Avez-vous l'impression que vous aviez moins conscience de ce qui se passait autour de vous, comme si vous étiez dans un état de stupeur?	2)	Une diminution de la conscience des événements extérieurs	?	1	2	3
Les choses autour de vous vous ont-elles semblé irréelles?	3)	Déréalisation	?	1	2	3
Vous êtes-vous senti détaché de ce qui vous entourait ou d'une partie de votre corps?	4)	Dépersonnalisation	?	1	2	3
Vous êtes-vous rendu compte que vous ne pouviez vous rappeler certains détails importants de ce qui s'était passé au cours de l'incident?	5)	Amnésie de dissociation (incapacité de se rappeler certains aspects importants de l'incident)	?	1	2	3
MODULE ESA ET TSPT		ESA : AU MOINS 3 SX SONT COTÉS « 3 » ____ / 5 SX COTÉS « 2 » ____ / 5				
ESA : Dans la période qui a suivi l'événement, i.e. de 2 jours jusqu'à 30 jours après l'événement		B) L'incident est constamment revécu d'une ou plusieurs façons.				
TSPT passé : À partir de 1 mois après l'événement		Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine.				
TSPT présent : Au cours du dernier mois (préciser si en lien avec événement marquant ou un autre événement)		Intensité minimum : modérée.				
	1)	Souvenirs répétitifs et envahissants, ESA	?	1	2	3
Avez-vous pensé malgré vous à l'incident ou le souvenir de l'incident vous est-il venu à l'esprit tout à coup, sans que vous l'avez souhaité?		images ou pensées provoquant détresse TSPT passé	?	1	2	3
		TSPT présent	?	1	2	3
Y avez-vous rêvé?	2)	Rêves répétitifs provoquant détresse ESA	?	1	2	3
		TSPT passé	?	1	2	3
		TSPT présent	?	1	2	3
Vous est-il arrivé d'agir ou de vous sentir comme si vous étiez en train de revivre l'incident?	3)	Illusions, flash-back récurrents comme ESA	?	1	2	3
		si l'événement allait se reproduire, TSPT passé	?	1	2	3
		sentiment de revivre l'événement TSPT présent	?	1	2	3
Vous est-il arrivé d'être très bouleversé quand quelque chose vous rappelait l'incident?	4)	Sentiment de détresse lorsque exposé ESA	?	1	2	3
		à des signaux évoquant des aspects de TSPT passé	?	1	2	3
		l'événement ou symbolisant celui-ci TSPT présent	?	1	2	3

Vous est-il arrivé d'éprouver des sx physiques – vous mettre à transpirer abondamment ou à respirer de façon laborieuse ou irrégulière ou encore de sentir votre cœur battre très fort?

5) Réactions physiologiques aux signaux ESA ? 1 2 3

Internes ou externes évoquant l'événement TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

ESA :

AU MOINS 1 SX EST COTÉ « 3 » ____ / 5 ? 1 2 3

SX COTÉ « 2 » ____ / 5

TSPT PASSÉ :

AU MOINS 1 SX EST COTÉ « 3 » ____ / 5 ? 1 2 3

SX COTÉ « 2 » ____ / 5

TSPT PRÉSENT :

AU MOINS 1 SX EST COTÉ « 3 » ____ / 5 ? 1 2 3

SX COTÉ « 2 » ____ / 5

MODULE ESA ET TSPT

ESA : Dans la période qui a suivi l'événement, i.e. de 2 jours jusqu'à 30 jours après l'événement

TSPT passé : À partir de 1 mois après l'événement

TSPT présent : Au cours du dernier mois (préciser si en lien avec événement marquant ou un autre événement)

C) Évitement persistant des stimuli associés à l'incident

Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine.

Intensité minimum : modérée

Avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé?

1) efforts pour éviter pensées, ESA ? 1 2 3

sentiments ou conversations TSPT passé ? 1 2 3

associés au traumatisme TSPT présent TSPT présent ? 1 2 3

Avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet incident?

2) efforts pour éviter activités, lieux ESA ? 1 2 3

ou personnes qui éveillent des souvenirs TSPT passé ? 1 2 3

du traumatisme TSPT présent ? 1 2 3

MODULE TSPT

TSPT passé : À partir de 1 mois après l'événement

TSPT présent : Au cours du dernier mois (préciser si en lien avec événement marquant ou un autre événement)

ESA : AU MOINS 1 SX EST COTÉ « 3 » ____ / 2 1 2 3

SX COTÉ « 2 » ____ / 2

Émoussement de la réactivité générale

Avez-vous été incapable de vous rappeler certains détails importants de ce qui était arrivé?

Fréquence min. : Quelques aspects oubliés (20-30%).

Intensité minimum : modérée

3) incapacité de se rappeler un TSPT passé ? 1 2 3

aspect important du traumatisme TSPT présent ? 1 2 3

Avez-vous ressenti beaucoup moins d'intérêt pour des activités qui vous tenaient à cœur auparavant, comme rencontrer vos amis, lire, regarder la télévision?

Fréquence min. : Quelques activités (20-30%).

Intensité minimum : modérée

4) réduction nette de l'intérêt pour TSPT passé ? 1 2 3

des activités ayant une valeur significative ou de la participation TSPT présent ? 1 2 3

à de telles activités

Vous êtes-vous senti détaché ou dépourvu de liens avec les autres?

Fréquence min. : Un certain temps (20-30%).

Intensité minimum : modérée.

5) sentiment de détachement ou TSPT passé ? 1 2 3

d'éloignement à l'égard des autres ? 1 2 3

Vous êtes-vous senti comme engourdi, comme si vous n'éprouviez plus grand chose pour qui que ce soit ou pour quoi que ce soit?

Fréquence min. : Un certain temps (20-30%).

Intensité minimum : modérée

Aviez-vous l'impression que vous ne voyiez plus l'avenir de la même façon, que vos projets ont changé? (de manière négative)

Fréquence min. : Un certain temps (20-30%).

Intensité minimum : modérée

MODULE ESA ET TSPT

ESA : Dans la période qui a suivi l'événement, i.e. de 2 jours jusqu'à 30 jours après l'événement

TSPT passé : À partir de 1 mois après l'événement

TSPT présent : Au cours du dernier mois (préciser si en lien avec événement marquant ou un autre événement)

Avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir? (quel genre de difficultés?)

Vous-êtes vous montré plus irritable qu'avant? Plus colérique?

Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer?

Aviez-vous tendance à rester sur vos gardes, à être plus méfiant, même quand vous n'aviez aucune raison de l'être?

Avez-vous plus tendance à sursauter, par exemple, à la suite d'un bruit soudain?

6) restriction des affects (incapacité à éprouver de l'amour ou de l'affection)

7) sentiments que l'avenir est «bouché» (penser ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants ou vivre longtemps)

TSPT PASSÉ :

AU MOINS 3 DES 7 SX SONT COTÉS « 3 » / 7

SX COTÉ « 2 » / 7

TSPT PRÉSENT :

AU MOINS 3 DES 7 SX SONT COTÉS « 3 » / 7

SX COTÉ « 2 » / 7

D) Symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme)

Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine.

Intensité minimum : modérée

1) difficultés à s'endormir

ou sommeil interrompu

2) irritabilité ou accès de colère

3) difficultés de concentration

4) hypervigilance

5) réaction de sursaut exagérée

TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

ESA ? 1 2 3

TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

ESA ? 1 2 3

TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

ESA ? 1 2 3

TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

ESA ? 1 2 3

TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

ESA ? 1 2 3

TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

Vous sentiez-vous souvent agité, aviez-vous de la difficulté à rester en place?

6) agitation motrice ESA ? 1 2 3

ESA :

AU MOINS 2 SX SONT COTÉS « 3 » ____ / 6 ? 1 2 3

SX COTÉ « 2 » ____ / 6

TSPT PASSÉ :

AU MOINS 2 SX SONT COTÉS « 3 » ____ / 5 ? 1 2 3

SX COTÉ « 2 » ____ / 5

TSPT PRÉSENT :

AU MOINS 2 SX SONT COTÉS « 3 » ____ / 5 ? 1 2 3

SX COTÉ « 2 » ____ / 5

Symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme)

Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine.

Intensité minimum : modérée

Suite à l'événement, votre qualité de vie a-t-elle changée?

F. Fonctionnement diminué

ESA ? 1 2 3

Est-ce que durant la période qui a suivi l'événement, votre fonctionnement était diminué dans certains domaines importants de votre vie? Lesquels?

TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

G. Durée des symptômes

Combien de temps ont duré les difficultés dont on vient de parler? _____

Débutés suite à l'incident et durent plus que 2 jours et moins que 4 semaines

ESA ? 1 2 3

Symptômes durent pendant plus d'un mois

TSPT passé ? 1 2 3

Symptômes durent pendant plus d'un mois

TSPT présent ? 1 2 3

H. La perturbation n'est pas due aux effets

Elle n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref et elle n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou II

physiologiques directs d'une substance (drogue ou médicament) ou à une maladie.

ESA ? 1 2 3

TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUÉS

ESA ? 1 2 3

SONT COTÉS « 3 »

TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

Indiquer la sévérité du TSPT :

1. Léger : peu de symptômes à part ceux requis
2. Moyen : sx ou incapacité fonctionnelle de degré léger à sévère
3. Sévère : plusieurs sx graves invalidants dans les domaines importants de la vie

SÉVÉRITÉ

TSPT passé 1 2 3

TSPT présent 1 2 3

Vous est-il arrivé d'agir, ou de vous sentir, comme si vous étiez en train de revivre ce ou ces événements ?

(3) impression ou agissement soudain « comme si » l'événement traumatisant allait se reproduire (p.ex., sentiment de revivre l'événement, illusions, hallucinations et épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication);

? 1 2 3 F109

Vous est-il arrivé d'être très bouleversé(e) quand quelque chose vous rappelait ce ou ces événements ?

(4) sentiment intense de détresse quand le sujet est exposé à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci;

? 1 2 3 F110

Vous est-il arrivé(e) d'éprouver des symptômes physiques lors d'une exposition à des signes qui évoquent ou rappellent l'événement? Par exemple :

- vous mettre à transpirer abondamment ?
- respirer de façon laborieuse ou irrégulière?
- sentir votre cœur battre très fort ?

(5) réactions physiologiques à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci

? 1 2 3 F111

AU MOINS UNE DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN « B » EST COTÉE « 3 ».

? 1 3 F112

PASSER A LA
PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

- C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme ou émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

Depuis ... (ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)

Avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé ?

(Pouvez-vous en parler? Si on vous en parle essayez-vous de changer de sujet? Comment faites-vous pour cesser ou éviter d'y penser?)

(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme;

? 1 2 3 F113

Avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet événement?

(2) efforts pour éviter les activités, les lieux ou les personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme;

? 1 2 3 F114

Avez-vous été incapable de vous rappeler certains détails importants de ce qui était arrivé ?

(3) incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme;

? 1 2 3 F115

Avez-vous ressenti beaucoup moins d'intérêt pour des activités qui vous tenaient à cœur auparavant, comme rencontrer des amis, lire, regarder la télévision? (ou avez-vous réduit votre participation à ses activités)

4) réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative ou de la participation à de telles activités;

? 1 2 3 F116

Vous êtes-vous senti(e) détaché(e) ou dépourvu(e) de liens avec les autres ?

(5) sentiment de détachement ou d'éloignement à l'égard des autres;

? 1 2 3 F117

Vous êtes-vous senti(e) comme engourdi(e), comme si vous n'éprouviez plus grand chose pour qui que ce soit ou pour quoi que ce soit ? (vous sentiez-vous incapable d'éprouver des sentiments tendres?)

6) restriction des affects (p.ex., incapacité à éprouver de l'amour ou de l'affection);

? 1 2 3 F118

Avez-vous l'impression que vous ne voyez plus l'avenir de la même façon, que vos projets ont changé (de façon négative)? (avez-vous le sentiment que votre vie ne pourra plus se dérouler normalement?)

(7) sentiment que l'avenir est « bouché », p.ex., pense ne pas pouvoir faire de carrière, se marier, avoir des enfants ou vivre longtemps.

? 1 2 3 F119

AU MOINS 3 DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN « C » SONT COTÉES « 3 ».

? 1 3 F120

PASSER A LA
PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

D. Présence de symptômes persistants traduisant une hyperactivité neuro-végétative (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

Depuis... (ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT)

Avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir (Quel genre de difficultés ?)

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu;

? 1 2 3 F121

Vous êtes-vous montré(e) plus irritable qu'avant ? Plus colérique ?

(2) irritabilité ou accès de colère;

? 1 2 3 F122

Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer ?

(3) difficultés de concentration;

? 1 2 3 F123

Avez-vous eu tendance à rester sur vos gardes à être plus méfiant(e), même quand vous n'avez aucune raison de l'être ?

(4) hypervigilance;

? 1 2 3 F124

Avez-vous eu plus tendance à sursauter, par exemple, suite à un bruit soudain ?

(5) réaction de sursaut exagérée.

? 1 2 3 F125

AU MOINS 2 DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN « D » SONT COTÉES « 3 ».

? 1 3 F126

PASSER À LA
PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

Pendant combien de temps avez-vous éprouvé les difficultés dont nous venons de parler?

(NOMMER LES SYMPTÔMES QUI SE SONT MANIFESTÉS CHEZ LE SUJET)

E. La perturbation (symptômes B, C et D) persiste pendant plus d'un mois

? 1 2 3 F12

PASSER A LA PAGE F 35
(ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

Pensez-vous que ... (l'événement traumatisant) a changé votre qualité de vie?

Pensez-vous que vous fonctionnez moins bien dans certains domaines importants de votre vie? (p.ex. relations amoureuses, amis, travail, loisirs, sorties, activités quotidiennes)

F. La perturbation entraîne une détresse ou un handicap important sur le plan social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

? 1 2 3 F12

PASSER A LA
PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, ET F
DE L'ÉTAT DE STRESS POST-
TRAUMATIQUE SONT COTÉS
« 3 ».

1 3 F12

PASSER A LA
PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

ÉTAT DE
STRESS POST-
TRAUMATIQUE

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

A. ÉPISODES DE TROUBLES THYMIQUES

136

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

131

À présent, je vais vous poser quelques questions additionnelles au sujet de votre humeur.

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Une humeur dépressive (1) ou une perte d'intérêt ou de plaisir (2) doivent faire partie des symptômes.

Au cours des trente derniers jours...

... y a-t-il eu une période pendant laquelle vous étiez déprimé(e) pratiquement toute la journée presque chaque jour ?

SI OUI : Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

(1) humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex., sensation de tristesse ou de vide) ou observée par les autres (p.ex., air larmoyant). Remarque : Peut se traduire par de l'irritabilité, chez les enfants et les adolescents.

? 1 2 3

A1

... y a-t-il eu une période au cours de laquelle vous avez éprouvé beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir pour les choses ou les activités qui vous plaisent habituellement ?

SI OUI : Cela s'est-il produit presque tous les jours ? Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

? 1 2 3

A2

SI NI L'ITEM (1) NI L'ITEM (2) NE SONT COTÉS "3", PASSER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ)

REMARQUE : COTER "1" LES ITEMS SUIVANTS, SI LES SYMPTÔMES SONT MANIFESTEMENT DUS À UNE MALADIE PHYSIQUE OU ENCORE, À UN DÉLIRE OU À DES HALLUCINATIONS N'AYANT AUCUN LIEN AVEC L'HUMEUR.

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

LES QUESTIONS SUIVANTES PORTENT
SUR LES DEUX PIRES SEMAINES DES
TRENTÉ DERNIERS JOURS (OU LES DEUX
DERNIÈRES SEMAINES SI L'ÉTAT
DÉPRESSIF DU SUJET EST RESTÉ
UNIFORME PENDANT TOUT LE MOIS)

Durant ces (DEUX SEMAINES)...

... avez-vous perdu ou gagné du poids ?
(Combien de kilos ou de livres ?)
(Cherchiez-vous à perdre du poids ?)

SI NON : Comment qualifieriez-vous
votre appétit ? (Si vous le comparez à
votre appétit habituel ?) (Étiez-vous
obligé(e) de vous forcer à manger ?)
(Mangiez-vous [plus ou moins] que
d'habitude ?) (Cela s'est-il manifesté
presque tous les jours ?)

(3) Gain ou perte de poids importants (p.ex.
variation de plus de 5 % en un mois) sans que le
sujet ait suivi de régime ou encore, augmentation
ou diminution de l'appétit presque tous les jours.
Remarque : Chez les enfants, prendre en compte
l'absence d'augmentation de poids prévue.

Cocher selon le cas :

Perte de poids ou d'appétit

Augmentation de poids ou d'appétit

? 1 2 3 A

... comment qualifieriez-vous votre
sommeil ? (Aviez-vous de la difficulté à
vous endormir ou à rester endormi(e),
vous réveilliez-vous trop souvent ou trop
tôt, OU dormiez-vous trop ? Combien
d'heures par nuit dormiez-vous
comparativement à votre habitude ?
Était-ce presque toutes les nuits ?)

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les
jours.

Cocher selon le cas :

Insomnie

Hypersomnie

? 1 2 3 A

... étiez-vous si agité(e) ou si nerveux(se)
que vous ne pouviez tenir en place ?
(Votre agitation était-elle si prononcée
que les autres l'ont remarquée ? Qu'ont-
ils remarqué ? Était-ce presque tous les
jours ?)

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur,
presque tous les jours (non seulement un
sentiment subjectif de fébrilité ou de
ralentissement intérieur mais une manifestation
constatée par autrui).

REMARQUE : TENIR COMPTE DU
COMPORTEMENT DU SUJET DURANT
L'INTERVIEW.

Cocher selon le cas :

Ralentissement psychomoteur

Agitation

? 1 2 3 A

... aviez-vous de l'énergie ? (Vous
sentiez-vous toujours fatigué(e) ?
Presque tous les jours ?)

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les
jours.

? 1 2 3 A

Durant cette période...

... quelle opinion aviez-vous de vous-même ? (Que vous n'étiez bon(ne) à rien ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Vous sentiez-vous coupable à propos de choses que vous auriez faites ou auriez dû faire ? (Presque tous les jours ?)

(7) Sentiments d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (non seulement du remords ou un sentiment de culpabilité du fait d'être malade).

? 1 2 3

A13

REMARQUE : COTER "1" OU "2" S'IL S'AGIT SEULEMENT D'UNE BAISSSE DE L'ESTIME DE SOI SANS INDIGNITÉ.

Cocher selon le cas :

Indignité

Culpabilité inappropriée

—
—

A14
A15

... aviez-vous de la difficulté à réfléchir ou à vous concentrer ? (À quel genre d'activités cela a-t-il nui ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Aviez-vous de la difficulté à prendre des décisions concernant la vie quotidienne ? (Presque tous les jours ?)

(8) Diminution de la capacité de réfléchir ou de se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

? 1 2 3

A16

Cocher selon le cas :

Diminution de la capacité de réfléchir

Indécision

—
—

A17
A18

... étiez-vous déprimé(e) au point de penser beaucoup à la mort ou qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ? Pensiez-vous à vous blesser ?

SI OUI : Avez-vous cherché à vous blesser ?

(9) Pensées récurrentes sur la mort (plus que la seule peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans projet précis, tentative de suicide ou projet précis pour se suicider.

? 1 2 3

A19

REMARQUE : COTER "1" DANS LES CAS D'AUTOMUTILATION SANS INTENTION DE SUICIDE.

Cocher selon le cas :

Pensées concernant sa mort

Idées suicidaires

Projet précis de suicide

Tentative de suicide

—
—
—
—

A20
A21
A22
A23

AU MOINS CINQ DES SYMPTÔMES CI-DESSUS [DE A(1) À A(9)] SONT COTÉS "3" ET AU MOINS L'UN DE CES SYMPTÔMES EST LE (1) OU LE (2).

1 3

A24

PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
PASSÉ)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

DANS LE DOUTE : Avez-vous eu de la difficulté à faire votre travail, à vaquer à vos occupations à la maison ou à vous entendre avec les autres à cause de votre (épisode dépressif ou AUTRE TERME UTILISÉ POUR LE DÉSIGNER) ?

B. Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social, professionnel ou autres.

? 1 2 3

A
25

PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
PASSÉ)

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

C. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

A
26

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À
UNE MAL. PHYS.
OU À UNE
INTOX.
PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR PASSÉ)

ÉPISODE DE
TROUBLE
THYMIQUE
PRIMAIRE

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

Exemples de maladie physique : maladies neurologiques dégénératives (p.ex., maladies de Parkinson et de Huntington), maladie vasculaire cérébrale, troubles du métabolisme ou du système endocrinien (p.ex., carence en vitamine B₁₂, hypothyroïdie), maladies auto-immunes (p.ex., lupus érythémateux disséminé), infections, virales ou autres (p.ex., hépatite, mononucléose, infections par le VIH) et certains cancers (p.ex., cancer du pancréas).

Par intoxication on entend : l'intoxication par l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes, les drogues inhalées, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, les hypnotiques, les anxiolytiques et autres substances connues ou non (p.ex., stéroïdes anabolisants).

CONTINUER

(Avez-vous commencé à éprouver ces difficultés peu de temps après la mort d'un de vos proches ?)

D. On peut écarter le deuil comme cause possible des symptômes éprouvés; en effet, ceux-ci ont persisté pendant plus de deux mois après la perte d'un être cher ou ils se caractérisent par une incapacité fonctionnelle marquée, des préoccupations morbides concernant l'indignité du sujet, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.

1

3

A27

DEUIL SIMPLE
PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
PASSÉ)

TROUBLE
DISTINCT D'UN
DEUIL SIMPLE
CONTINUER CI-
DESSOUS

LES CRITÈRES A, B, C ET D D'UN ÉPISODE
DÉPRESSIF MAJEUR SONT COTÉS "3".

1

3

A28

PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
PASSÉ)

ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
ACTUEL

Combien de périodes comme celle-ci avez-vous connues, où vous avez été [déprimé(e) OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ] presque tous les jours pendant au moins deux semaines et avez ressenti plusieurs des symptômes que vous venez de décrire, comme (NOMMER LES SYMPTÔMES RELEVÉS CONCERNANT LE PIRE ÉPISODE) ?

Nombre d'épisodes dépressifs majeurs, y compris l'épisode actuel (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À DISTINGUER).

REMARQUE : POUR CONSIGNER LA DESCRIPTION DES ÉPISODES PASSÉS, PASSER À LA PAGE J.9 (FACULTATIF).

A29

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ

⇒ SI LE SUJET N'EST PAS DÉPRIMÉ PRÉSENTEMENT : Avez-vous déjà connu une période pendant laquelle vous étiez déprimé(e) pratiquement toute la journée presque chaque jour ? (Comment vous sentiez-vous ?)

⇒ SI LE SUJET EST DÉPRIMÉ ACTUELLEMENT MAIS NE RÉPOND PAS À TOUS LES CRITÈRES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL : Avez-vous déjà connu une autre période pendant laquelle vous étiez déprimé(e) pratiquement toute la journée presque chaque jour ? (Comment vous sentiez-vous ?)

SI OUI : Quand cela s'est-il passé ? Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

⇒ SI LE SUJET A CONNU UN ÉPISODE DÉPRESSIF DANS LE PASSÉ : À cette époque, éprouviez-vous beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir pour les choses ou les activités qui vous plaisent habituellement ?

⇒ SI LE SUJET N'A PAS CONNU D'ÉPISODE DÉPRESSIF DANS LE PASSÉ : Avez-vous connu une période au cours de laquelle vous éprouviez beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir pour les choses ou les activités qui vous plaisent habituellement ? (Comment vous sentiez-vous ?)

SI OUI : Quand cela s'est-il passé ? Étiez-vous ainsi presque tous les jours ? Combien de temps cela a-t-il duré ? (Au moins deux semaines ?)

Avez-vous connu plus d'une période comme celle-là ? (Laquelle a été la pire ?)

DANS LE DOUTE : Avez-vous connu de telles périodes au cours de la dernière année ?

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES (DE L'EDM)

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Une humeur dépressive (1) ou une perte d'intérêt ou de plaisir (2) doivent faire partie des symptômes.

Penser 1 et 2

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex., sensation de tristesse ou de vide) ou observée par les autres (p.ex., air larmoyant). Remarque : Peut se traduire par de l'irritabilité, chez les enfants et les adolescents.

? 1 2 3

A52

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

? 1 2 3

A53

SI NI L'ITEM (1) NI L'ITEM (2) NE SONT COTÉS "3", PASSER À LA PAGE A.18
(ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL)

REMARQUE : SI LE SUJET A CONNU PLUS D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF DANS LE PASSÉ, L'INTERROGER SUR CELUI QU'IL A RESENTI COMME ÉTANT LE PIRE. CEPENDANT, S'IL A CONNU UN TEL ÉPISODE AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, L'INTERROGER SUR CELUI-CI, MÊME S'IL NE S'AGISSAIT PAS DU PIRE.

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

LES QUESTIONS SUIVANTES
PORTENT SUR LES DEUX PIRES
SEMAINES DE L'ÉPISODE EN
QUESTION.

Durant ces DEUX SEMAINES...

... avez-vous perdu ou gagné du poids ?
(Combien de kilos ou de livres ?)
(Cherchiez-vous à perdre du poids ?)

SI NON : Comment qualifieriez-vous votre appétit ? (Si vous le comparez à votre appétit habituel ?) (Étiez-vous obligé(e) de vous forcer à manger ?) (Mangiez-vous [plus ou moins] que d'habitude ?) (Cela s'est-il manifesté presque tous les jours ?)

REMARQUE : COTER "1" LES ITEMS SUIVANTS, SI LES SYMPTÔMES SONT MANIFESTEMENT DUS À UNE MALADIE PHYSIQUE OU ENCORE À UN DÉLIRE OU À DES HALLUCINATIONS N'AYANT AUCUN LIEN AVEC L'HUMEUR.

(3) Gain ou perte de poids importants (p.ex. variation de plus de 5 % en un mois) sans que le sujet ait suivi de régime ou encore, augmentation ou diminution de l'appétit presque tous les jours. Remarque : Chez les enfants, prendre en compte l'absence d'augmentation de poids prévue.

Cocher selon le cas :

Perte de poids ou d'appétit	_____
Augmentation de poids ou d'appétit	_____

... comment qualifieriez-vous votre sommeil ? (Avez-vous de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e), vous réveillez-vous trop souvent ou trop tôt, OU dormiez-vous trop ? Combien d'heures par nuit dormiez-vous comparativement à votre habitude ? Était-ce presque toutes les nuits) ?

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours. ? 1 2 3

Cocher selon le cas :

Insomnie
Hypersomnie

... étiez-vous si agité(e) ou si nerveux(se) que vous ne pouviez tenir en place ? (Votre agitation était-elle si prononcée que les autres l'ont remarquée ? Qu'ont-ils remarqué ? Était-ce presque tous les jours ?)

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur, presque tous les jours (non seulement un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur, mais une manifestation constatée par autrui).

Cocher selon le cas :

Ralentissement psychomoteur _____
Agitation _____

SI NON : Est-ce le contraire qui s'est produit — parlez-vous ou bougiez-vous plus lentement que d'habitude ? (Votre lenteur était-elle si prononcée que les autres l'ont remarquée ? Qu'ont-ils remarqué ? Était-ce presque tous les jours ?)

... aviez-vous de l'énergie ? (Vous sentiez-vous toujours fatigué(e) ? Presque tous les jours ?

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours. ? 1 2 3

? = information inappropriate

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme
intra-utérin

3 = VRAI ou présence du symptôme

Durant cette période...

... quelle opinion aviez-vous de vous-même ? (Que vous n'étiez bon(ne) à rien ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Vous sentiez-vous coupable à propos de choses que vous auriez faites ou auriez dû faire ? (Presque tous les jours ?)

(7) Sentiments d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (non seulement du remords ou un sentiment de culpabilité du fait d'être malade).

? 1 2 3

A
64

REMARQUE : COTER "1" OU "2" S'IL S'AGIT SEULEMENT D'UNE BAISSSE DE L'ESTIME DE SOI SANS INDIGNITÉ.

Cocher selon le cas :

Indignité

— A65

Culpabilité inappropriée

— A66

... aviez-vous de la difficulté à réfléchir ou à vous concentrer ? (À quel genre d'activités cela a-t-il nui ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Aviez-vous de la difficulté à prendre des décisions concernant la vie quotidienne ? (Presque tous les jours ?)

(8) Diminution de la capacité de réfléchir ou de se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

? 1 2 3

A
67

Cocher selon le cas :

Diminution de la capacité de réfléchir

— A68

Indécision

— A69

... étiez-vous déprimé(e) au point de penser beaucoup à la mort ou qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ? Pensiez-vous à vous blesser ?

SI OUI : Avez-vous cherché à vous blesser ?

(9) Pensées récurrentes sur la mort (plus que la seule peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans projet précis, tentative de suicide ou projet précis pour se suicider.

? 1 2 3

A
70

REMARQUE : COTER "1" DANS LES CAS D'AUTOMUTILATION SANS INTENTION DE SUICIDE.

Cocher selon le cas :

Pensées concernant sa mort

— A71

Idées suicidaires

— A72

Projet précis de suicide

— A73

Tentative de suicide

— A74

AU MOINS CINQ DES SYMPTÔMES CI-DESSUS [DE A(1) À A(9)] SONT COTÉS "3" ET AU MOINS L'UN DE CES SYMPTÔMES EST LE (1) OU LE (2).

1 2 3

A71

CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (déprimé(e) OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où les symptômes dont on vient de parler étaient encore plus nombreux ou plus prononcés ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL

DANS LE DOUTE : Avez-vous eu de la difficulté à faire votre travail, à vaquer à vos occupations à la maison ou à vous entendre avec les autres à cause de votre (épisode dépressif ou AUTRE TERME UTILISÉ POUR LE DÉSIGNER) ?

B. Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social, professionnel ou autres.

? 1 2 3

A76

CONTINUER

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (déprimé(e) OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où vous avez éprouvé encore plus de difficultés que durant la période dont on vient de parler ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

C. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique (p.ex., à l'hypothyroïdie).

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

CONSULTER LA LISTE DES MALADIES PHYSIQUES ET DES INTOXICATIONS POSSIBLES EN PAGE A.4.

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

ÉPISODE DE TROUBLE THYMIQUE PRIMAIRE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez aussi déprimé(e) mais où vous (ne souffriez pas d'une maladie physique OU ne preniez pas de médicaments OU ne preniez pas de drogues, [SELON LE CAS]) ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

CONTINUER

(Avez-vous commencé à éprouver ces difficultés peu de temps après la mort d'un de vos proches ?)

D. On peut écarter le deuil comme cause possible des symptômes éprouvés par le sujet; en effet, ceux-ci ont persisté pendant plus de deux mois après la perte d'un être cher ou ils se caractérisent par une incapacité fonctionnelle marquée, des préoccupations morbides concernant l'indignité du sujet, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.

? 1 3 A78

DEUIL SIMPLE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez aussi déprimé(e) mais où vous ne veniez pas de perdre un de vos proches ?

AU MOINS UN ÉPISODE DISTINCT D'UN DEUIL SIMPLE

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

CONTINUER

LES CRITÈRES A, B, C ET D D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR SONT COTÉS "3".

1 2 3 A79

PASSER À LA PAGE A.18 (ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL)

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ

Quel âge aviez-vous quand (L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR) a commencé ?

Âge de survenue de l'épisode dépressif majeur coté ci-dessus :

Combien de périodes comme celle-ci avez-vous connues, où vous avez été (déprimé(e) OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) presque tous les jours pendant au moins deux semaines et avez ressenti plusieurs des symptômes que vous venez de décrire, comme (NOMMER LES SYMPTÔMES RELEVÉS CONCERNANT LE PIRE ÉPISODE) ?

Nombre d'épisodes dépressifs majeurs (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À DISTINGUER).

REMARQUE : POUR CONSIGNER LA DESCRIPTION DES ÉPISODES PASSÉS, PASSER À LA PAGE J.9 (FACULTATIF).

— — A80

— — A81

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraclinique

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SCID-I (DSM-IV)

épisode dépressif majeur passé

Troubles humeur - Page

CHRONOLOGIE DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ

DANS LE DOUTE:

Le sujet a répondu aux critères
diagnostiques de épisode dépressif
pendant au moins 2 semaines

?

1

3

A 82

Trouble
passé

INDIQUER LE DÉGRÉ DE GRAVITÉ PASSÉ DU TROUBLE:

A 83

1. Léger: Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
2. Moyen: Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère: Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

E. TROUBLES LIÉS À LA PRISE D'UN PSYCHOTROPE

**TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL
(PASSÉ OU PRÉSENT)**

Quelles sont vos habitudes en ce qui concerne la consommation de boissons alcoolisées ? (Quelle quantité d'alcool buvez-vous ?)

Durant toute votre vie, à quelle époque votre consommation d'alcool a-t-elle été la plus élevée ? (Combien de temps cette période a-t-elle duré ?)

DÉCRIRE LES HABITUDES DE
CONSUMMATION DU SUJET ET INDiquer À
QUELLE ÉPOQUE CELLE-CI A ÉTÉ LE PLUS
FORTE.

À ce moment-là...

à quelle fréquence buviez-vous ?

que buviez-vous ? En quelle
quantité ?

À ce moment-là...

le fait de boire vous a-t-il causé des ennuis ?

quelqu'un s'est-il plaint du fait que vous buviez ?

SI UNE DÉPENDANCE À L'ALCOOL SEMBLE
PROBABLE, COCHER CI-CONTRE ET
PASSER À LA PAGE E.4, DÉPENDANCE À
L'ALCOOL.

SI LE SUJET A DÉJÀ BU DE FAÇON EXCESSIVE OU S'IL LAISSE PERCEVOIR DES SIGNES DE DIFFICULTÉS RELIÉES À SA CONSOMMATION D'ALCOOL, CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE, À LA SECTION INTITULÉE « ABUS D'ALCOOL ».

SI LE SUJET N'A JAMAIS BU DE FAÇON EXCESSIVE OU S'IL NE LAISSE PERCEVOIR AUCUN SIGNE DE DIFFICULTÉS RELIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL, PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

? = information inappropriate

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

ABUS D'ALCOOL (PASSÉ OU PRÉSENT)

Permettez-moi de vous poser quelques questions additionnelles sur vos habitudes de consommation de boissons alcoolisées.

Vous est-il arrivé d'être intoxiqué(e) ou éméché(e) ou encore d'avoir vraiment la gueule de bois à un moment où vous deviez vous occuper de choses importantes, par exemple lorsque vous étiez au travail ou à l'école ou que vous preniez soin d'un enfant ?

SINON : Vous est-il arrivé de manquer quelque chose d'important, par exemple, le travail, l'école ou un rendez-vous parce que vous étiez intoxiqué(e) ou éméché(e) ou que vous aviez vraiment la gueule de bois ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES :
À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ?
(À quelle époque et pendant combien de temps ?)

Vous est-il déjà arrivé de boire à un moment où il était dangereux de le faire ? (Vous est-il arrivé de conduire en état d'ébriété ?)

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

Avez-vous eu des ennuis avec la justice après vous être enivré(e) ?

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous eu des difficultés avec les autres parce que vous buviez, p.ex., avec des membres de votre famille, des amis ou des collègues de travail ? (En êtes-vous venu(e) aux coups ou encore, avez-vous eu de violentes querelles verbales au sujet de vos habitudes de consommation ?)

SI OUI : Avez-vous quand même continué à boire ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Des habitudes de consommation d'alcool inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoigne la présence d'au moins un des symptômes suivants, durant une période de 12 mois :

(1) consommation d'alcool répétée rendant le sujet incapable de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison (p. ex., absences répétées du travail ou rendement médiocre lié à la consommation d'alcool; absences, suspensions ou expulsions de l'école, liées à la consommation d'alcool; négligence dans la garde des enfants ou les soins du ménage).	?	1	2	3	E2
(2) consommation d'alcool répétée dans des situations où celle-ci pourrait s'avérer dangereuse (p.ex., conduite d'un véhicule ou d'une machine)	?	1	2	3	E3
(3) démêlés répétés avec la justice, liées à la consommation d'alcool (p.ex., arrestations pour ivresse et inconduite).	?	1	2	3	E4
(4) poursuite de la consommation d'alcool malgré les problèmes sociaux ou personnels persistants ou fréquents causés ou exacerbés par l'alcool (p.ex., querelles avec le conjoint au sujet des conséquences de l'intoxication, violence physique).	?	1	2	3	E5

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

AU MOINS UN DES ITEMS DE A EST COTÉ "3".

1

3

E4

SI TOUTE DÉPENDANCE PHYSIQUE OU TOUT USAGE COMPULSIF DE L'ALCOOL SEMBLE
PEU PLAUSIBLE, PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES
SUBSTANCES QUE L'ALCOOL; SINON, CONTINUER AVEC LES QUESTIONS CONCERNANT
LA DÉPENDANCE, PAGE E.4.

ABUS D'ALCOOL
CONTINUER
L'INTERROGATOIRE,
PAGE E.4,
DÉPENDANCE À
L'ALCOOL

7 = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

DÉPENDANCE À L'ALCOOL

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions additionnelles concernant vos habitudes de consommation.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Des habitudes de consommation d'alcool inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoignent au moins trois des symptômes suivants, survenus n'importe quand durant une même période de 12 mois :

REMARQUE : LES CRITÈRES NE SONT PAS PRÉSENTÉS DANS LE MÊME ORDRE QUE DANS LE DSM-IV.

Vous est-il souvent arrivé de constater que, lorsque vous vous mettiez à boire, vous buviez beaucoup plus que prévu ?

SINON : Ou de constater que vous buviez beaucoup plus longtemps que prévu ?

Avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?

SI OUI : Avez-vous déjà arrêté complètement ?

(Combien de fois avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?)

SINON : Auriez-vous souhaité diminuer ou arrêter ? (Cela vous préoccupait-il beaucoup ?)

Avez-vous passé beaucoup de temps à boire, à être éméché(e) ou à vous remettre de votre ébriété ?

Vous est-il arrivé de boire si souvent que vous négligiez votre travail, vos loisirs, votre famille ou vos amis ?

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques, comme de la dépression, de l'anxiété, de la difficulté à dormir, ou des éclipses ("blackouts") parce que vous buviez ?

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Avez-vous déjà eu des problèmes physiques sérieux, causés ou aggravés par le fait que vous buviez ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS CI-DESSUS : Avez-vous continué à boire malgré tout ?

(3) souvent, l'alcool est consommé en quantité supérieure OU durant un laps de temps plus long que prévus.

? 1 2 3

E7

(4) Le sujet éprouve sans cesse le désir de diminuer ou de maîtriser sa consommation OU il déploie de vains efforts en ce sens.

? 1 2 3

E8

(5) Le sujet passe un temps considérable à faire le nécessaire pour se procurer de l'alcool, le consommer ou se remettre de ses effets.

? 1 2 3

E9

(6) Le sujet abandonne ou réduit des activités importantes sur le plan social, professionnel ou récréatif, en raison de sa consommation d'alcool.

? 1 2 3

E10

(7) Le sujet continue à consommer de l'alcool tout en se sachant affligé d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent, probablement causé ou exacerbé par l'alcool (p.ex., continue à boire malgré l'aggravation d'un ulcère par l'alcool).

? 1 2 3

E11

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Vous a-t-il semblé que vous deviez boire beaucoup plus pour obtenir l'effet recherché que lorsque vous avez commencé à boire ?

SI OUI : Combien plus ?

SINON : Vous a-t-il semblé qu'une même quantité d'alcool avait beaucoup moins d'effet qu'auparavant ?

Lorsqu'il vous est arrivé de cesser de boire ou de réduire votre consommation, avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage, comme...

... de la transpiration ou des palpitations ?

... un tremblement des mains ?

... des troubles du sommeil ?

... des nausées ou des vomissements ?

... de l'agitation ?

... de l'anxiété ?

(Avez-vous eu des crises d'épilepsie, ou avez-vous vu, entendu ou ressenti des choses qui ne se passaient pas vraiment ?)

SINON : Avez-vous déjà commencé la journée en prenant un verre, ou vous est-il souvent arrivé de boire pour éviter de d'être pris(e) de tremblements ou de vous sentir malade ?

(1) tolérance, se manifestant soit par (a), soit par (b) :

(a) besoin de quantités nettement plus importantes d'alcool pour s'intoxiquer ou pour obtenir l'effet recherché;

(b) effet nettement moindre en cas d'ingestion continue de la même dose.

(2) sevrage, se manifestant soit par (a), soit par (b) :

(a) au moins DEUX des critères suivants :

- hyperactivité du système nerveux autonome (p.ex., transpiration, pouls supérieur à 100)
- augmentation du tremblement des mains
- insomnie
- nausées ou vomissements
- agitation
- anxiété
- crises d'épilepsie (grand mal)
- illusions ou hallucinations visuelles, auditives ou tactiles transitoires

(b) prise d'alcool (ou d'une substance de la classe des sédatifs, des hypnotiques ou des anxiolytiques) pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

DÉPENDANCE — TYPES DE RÉMISSION

DÉTERMINER LE TYPE DE RÉMISSION UNIQUEMENT SI, À UN MOMENT OU À UN AUTRE DANS LE PASSÉ, LE SUJET N'A RÉPONDU À AUCUN CRITÈRE DE DÉPENDANCE À L'ALCOOL OU D'ABUS D'ALCOOL PENDANT AU MOINS UN MOIS.

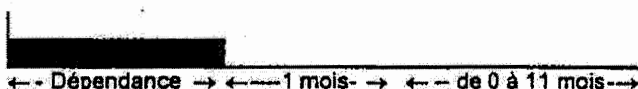
Remarque : On ne doit pas préciser le type de rémission si le sujet suit un traitement de substitution (comportant la prise d'un agoniste) ou s'il vit en milieu supervisé (voir ci-dessous).

Nombre de mois écoulés depuis les dernières difficultés concernant la prise d'alcool : _____

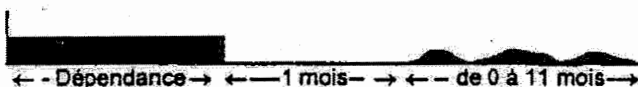
E23

- 1 Rémission complète au stade précoce : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois.

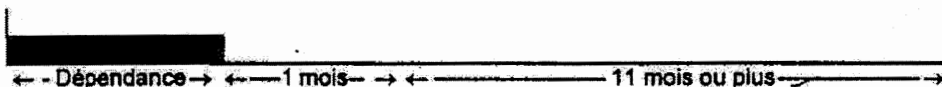
E24



- 2 Rémission partielle au stade précoce : Le sujet a répondu à au moins un critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois (sans répondre au nombre de critères nécessaires pour poser un diagnostic de dépendance).



- 3 Rémission complète et soutenue : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ni d'abus pendant une période de 12 mois ou plus.



- 4 Rémission partielle et soutenue : Pendant une période de 12 mois ou plus, le sujet n'a pas répondu au nombre de critères requis pour poser un diagnostic de dépendance ou d'abus; cependant, il a répondu à au moins un de ces critères.



Cocher ci-contre : si le sujet suit un traitement de substitution, c'est-à-dire comportant la prise d'un agoniste des récepteurs de la substance envers laquelle il manifeste une dépendance : On lui a prescrit un agoniste (p.ex., Valium) et depuis un mois au moins, il ne répond à aucun critère de dépendance ou d'abus à l'endroit des produits de la classe envers laquelle il manifeste une dépendance (sauf à l'endroit de l'agoniste). Cette catégorie s'applique aussi aux sujets traités par un agoniste partiel ou par une association agoniste - antagoniste.

E25

Cocher ci-contre : si le sujet vit en milieu supervisé, c'est-à-dire où l'accès à l'alcool ou aux autres substances contrôlées est restreint, et s'il ne répond pas aux critères de dépendance ou d'abus d'alcool depuis au moins un mois. Exemples : milieu carcéral hautement supervisé où l'on ne tolère pas l'usage des drogues, communautés thérapeutiques et installations hospitalières sous verrous.

? = information
Inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ("downers")

Quaalude ("ludes"), Seconal ("reds"), Valium, Xanax, Librium, barbituriques, Miltown, Ativan, Dalmane, Halcion, Restoril

Cannabis

Marijuana, haschisch ("hasch"), THC, "pot", herbe, mari, joint

Stimulants ("uppers")

Amphétamine, "speed", méthamphétamine ("crystal", "ice"), Dexedrine, Ritalin, anorexigènes ("coupe-faim", pilules pour maigrir)

Opiacés

Héroïne, morphine, opium, méthadone, Darvon, codéine, Percodan, Demerol, Dilaudid

Cocaïne

Par prise intranasale ou i.v., "freebase", crack, "speedball"

Hallucinogènes (psychédéliques)

LSD (acide), mescaline, peyotl, psilocybine, DOM (diméthoxyméthylamphétamine ou "STP"), champignons, ecstasy, MDA

PCP

Phencyclidine, poudre d'ange

Autres

Stéroïdes anabolisants, "colle", chlorure d'éthyle (fréon), solvants pour peinture, solvants volatils, oxyde nitreux (gaz hilarant), nitrite d'amyle ("popper"), somnifères (pilules pour dormir) et anorexigènes (pilules pour maigrir) en vente libre

TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL

(DÉPENDANCE OU ABUS PASSÉ OU PRÉSENT)

Maintenant, je vais vous interroger au sujet de l'usage que vous faites des drogues ou des médicaments.

PRÉSENTER AU SUJET LA LISTE DE
PSYCHOTROPES.

Avez-vous déjà pris une de ces substances pour atteindre un état d'euphorie ou pour mieux dormir, ou encore, pour perdre du poids ou modifier votre humeur ?

E 26

DÉTERMINER LE DEGRÉ D'UTILISATION DES PSYCHOTROPES ÉNUMÉRÉS À LA PAGE SUIVANTE À L'AIDE DES LIGNES DIRECTRICES FORMULÉES CI-DESSOUS.

LIGNES DIRECTRICES POUR ÉVALUER LE DEGRÉ D'UTILISATION DES PSYCHOTROPES :

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE UTILISÉ :

Soit (A), soit (B), selon qu'il s'agit d'une drogue illicite ou d'un médicament :

⇒ S'IL S'AGIT D'UNE DROGUE ILLICITE : À quelle époque avez-vous consommé le plus de (NOMMER LA DROGUE) ?

(A) Le sujet a déjà pris la drogue en question plus de 10 fois en l'espace d'un mois.

(Vous est-il arrivé d'en consommer au moins 10 fois par mois ?)

⇒ S'IL S'AGIT D'UN MÉDICAMENT : Vous est-il déjà arrivé de ne plus pouvoir vous passer de (NOMMER LE MÉDICAMENT) ou vous est-il déjà arrivé d'en prendre beaucoup plus que la dose recommandée ?

(B) Le sujet a ressenti une dépendance à un médicament OU en a utilisé en quantité supérieure aux doses recommandées.

À LA PAGE E.10, VIS-À-VIS DE CHAQUE CLASSE DE SUBSTANCES,

⇒ COTER "1" SI LE SUJET N'A JAMAIS UTILISÉ DE DROGUES DE CETTE CLASSE OU S'IL N'EN A UTILISÉ QU'UNE SEULE FOIS OU, DANS LE CAS D'UN MÉDICAMENT, S'IL A PRIS LA SUBSTANCE CONFORMÉMENT AUX DIRECTIVES.

⇒ COTER "2" SI LE SUJET A UTILISÉ UNE DROGUE DE CETTE CLASSE AU MOINS DEUX FOIS, MAIS À UNE FRÉQUENCE MOINDRE QUE CELLE DÉCRITE EN (A) CI-DESSUS.

⇒ COTER "3" SI LE SUJET A UTILISÉ UNE DROGUE À LA FRÉQUENCE DÉCRITE EN (A) OU S'IL SOUFFRE PROBABLEMENT D'UNE DÉPENDANCE À UN MÉDICAMENT — C'EST-À-DIRE SI LA SITUATION DÉCRITE EN (B) EST VRAIE.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

ENCERCLER LE NOM DE CHAQUE SUBSTANCE DONT LE SUJET A DÉJÀ FAIT USAGE (OU ÉCRIRE LE NOM DE LA SUBSTANCE SOUS "AUTRE".

INDIQUER DURANT QUELLE PÉRIODE LA CONSOMMATION A ÉTÉ LE PLUS ÉLEVÉE (ÂGE DU SUJET OU DATE ET DURÉE DE LA PÉRIODE) ET DÉCRIRE LES HABITUDES DE CONSOMMATION DU SUJET.

INDIQUER L'IMPORTANCE DE LA CONSOMMATION (SELON LES LIGNES DIRECTRICES, EN PAGE E.9)

Sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques :
Quaalude, Seconal, Valium, Xanax, Librium,
barbituriques, Miltown, Ativan, Dalmane,
Halcion, Restoril ou autre : _____

? 1 2 3

E27

Cannabis : marijuana, haschisch, THC ou
autre : _____

? 1 2 3

E28

Stimulants : amphétamines, "speed",
méthamphétamine ("crystal"), Dexedrine,
Ritalin, "ice" ou autre : _____

? 1 2 3

E29

Opiacés : héroïne, morphine, opium,
méthadone, Darvon, codéine, Percodan,
Demerol, Dilaudid ou autre non précisé : _____

? 1 2 3

E30

Cocaïne : intranasale, i.v., "freebase",
"crack", "speedball" ou autre non précisé : _____

? 1 2 3

E31

Hallucinogènes et PCP : LSD, mescaline,
peyotl, psilocybine, DOM
(diméthoxyméthylamphétamine ou "STP"),
champignons, PCP (poudre d'ange), ecstasy,
MDA ou autre : _____

? 1 2 3

E32

Autres : stéroïdes anabolisants, "colle",
solvants pour peinture, solvants volatils, oxyde
nitreux (gaz hilarant), nitrite d'amyle
("popper"), anorexigènes (pilules pour maigrir)
ou pilules pour dormir vendus sans
ordonnance ou autres non précisés ou non
déterminés : _____

? 1 2 3

E33

AU MOINS UNE CATÉGORIE DE DROGUES A
ÉTÉ COTÉE "2" OU "3"

1 3

E34

PASSER AU
MODULE SUIVANT

? = information
inappropriée

1 = drogue jamais consommée
ou consommée une fois seulement

2 = drogue consommée
de 2 à 10 fois par mois

3 = drogue consommée
plus de 10 fois par mois
ou dépendance à un médicament

SI LE SUJET A CONSOMMÉ DES SUBSTANCES D'AU MOINS TROIS CLASSES DIFFÉRENTES ET S'IL SE PEUT QU'IL LES AIT CONSOMMÉES SANS DISCERNEMENT PENDANT UNE CERTAINE PÉRIODE, LUI POSER LA QUESTION SUIVANTE :

Vous m'avez dit que vous aviez déjà fait usage de (NOMMER LES SUBSTANCES) ou d'alcool. Y a-t-il eu une période au cours de laquelle vous avez consommé beaucoup de drogues différentes en même temps et où le type de drogue vous importait peu, du moment qu'il vous était possible d'atteindre un état euphorique ?

Pendant une même période de 12 mois, le sujet a consommé de façon répétée des psychotropes d'au moins trois classes différentes (exception faite de la caféine et de la nicotine), sans en privilégier un en particulier, et durant cette période, il a (probablement) répondu aux critères de la dépendance aux psychotropes dans leur ensemble, mais à aucun psychotrope en particulier.

REMARQUE : CHEZ LES SUJETS QUI, À UN MOMENT DONNÉ, ONT CONSOMMÉ PLUSIEURS SUBSTANCES SANS DISCERNEMENT ET QUI, AU COURS D'AUTRES PÉRIODES, EN ONT CONSOMMÉ CERTAINES EN PARTICULIER, EN RÉPONSE À CHACUNE DES QUESTIONS DES PAGES SUIVANTES, ENCERCLEZ LA COTE APPROPRIÉE DANS LA COLONNE INTITULÉE POLY (POLYTOXICOMANIE) ET DANS LA COLONNE DE CHAQUE CLASSE DE SUBSTANCES PERTINENTE.

1 2 3 E 3

COTER LA
COLONNE
INTITULÉE
POLY

SI AUCUNE DES CLASSES DE SUBSTANCES DE LA PAGE E.10 N'A ÉTÉ COTÉE "3", C'EST-À-DIRE S'IL Y A DES COTES "2" MAIS AUCUNE COTE "3", PASSER À LA PAGE E.21, ABUS DE PSYCHOTROPES.

POUR TOUTES LES QUESTIONS DES PAGES E.12 À E.17, ENCERCLEZ LA COTE APPROPRIÉE DANS CHACUNE DES COLONNES CORRESPONDANT À UNE CLASSE DE SUBSTANCES COTÉE "3" À LA PAGE E.10.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Maintenant, je vais vous poser certaines questions précises au sujet de votre consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "3").

POUR CHACUNE DES SUBSTANCES COTÉES "3", COMMENCER CHACUNE DES QUESTIONS SUIVANTES PAR :

En ce qui concerne votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE COTÉE "3")...

Vous est-il souvent arrivé de constater que, lorsque vous vous mettiez à en prendre, vous en preniez beaucoup plus que vous n'en aviez l'intention ?

SINON : De constater que vous en preniez beaucoup plus longtemps que vous ne l'aviez d'abord prévu ?

REMARQUE : LES CRITÈRES DE DÉPENDANCE NE SONT PAS PRÉSENTÉS DANS LE MÊME ORDRE QUE DANS LE DSM-IV.	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
	3	3	3	3	3	3	3	3
(3) Souvent, la substance est consommée en quantité supérieure OU durant un laps de temps plus long que prévu.	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E36	E37	E38	E39	E40	E41	E42	E43

Avez-vous essayé de diminuer votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ou d'arrêter ?

SI OUI : Avez-vous déjà arrêté complètement ?

(Combien de fois avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?)

DANS LE DOUTE : Auriez-vous souhaité arrêter ou diminuer votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE)

SI OUI : Cela vous préoccupait-il beaucoup ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(4) Le sujet éprouve sans cesse le désir de diminuer ou de maîtriser sa consommation du psychotrope OU il déploie de vains efforts en ce sens.	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E44	E45	E46	E47	E48	E49	E50	E51

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Avez-vous passé beaucoup de temps à consommer (NOMMER LA SUBSTANCE) ou à faire le nécessaire pour vous en procurer ? Est-ce que ça vous prenait beaucoup de temps à revenir à la normale après en avoir consommé ? (Combien de temps ? Plusieurs heures ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTR
(5) Le sujet passe un temps considérable à faire le nécessaire pour se procurer le psychotrope, pour le consommer ou pour se remettre de ses effets.	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E52	E53	E54	E55	E56	E57	E58	E59

Vous est-il arrivé de consommer (NOMMER LA SUBSTANCE) si souvent que vous négligiez votre travail, vos loisirs, votre famille ou vos amis ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTR
(6) Le sujet abandonne ou réduit des activités importantes sur le plan social, professionnel ou récréatif, en raison de sa consommation du psychotrope.	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E60	E61	E62	E63	E64	E65	E66	E67

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques, comme de la dépression parce que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous déjà eu des problèmes physiques sérieux, causés ou aggravés par le fait que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS CI-DESSUS : Avez-vous continué à en prendre malgré tout ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTR
(7) Le sujet continue à consommer la substance tout en se sachant affligé d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent, probablement causé ou exacerbé par celle-ci (p.ex., continue à prendre de la cocaïne malgré la présence d'une dépression qu'il reconnaît comme étant attribuable à la cocaïne).	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?
	E68	E69	E70	E71	E72	E73	E74	E75

Vous a-t-il semblé que vous deviez prendre beaucoup plus de (NOMMER LA SUBSTANCE) pour atteindre un état de bien-être ou d'euphorie que lorsque vous avez commencé ?

SI OUI : Combien plus ?

SINON : Vous a-t-il semblé qu'une même quantité de (NOMMER LA SUBSTANCE) avait beaucoup moins d'effet qu'auparavant ?

(1) tolérance, se manifestant soit par (a), soit par (b) :	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTR
(a) besoin de quantités nettement plus importantes de la substance pour s'intoxiquer ou pour obtenir l'effet recherché;	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?	3 2 1 ?
(b) effet nettement moindre en cas d'ingestion continue de la même dose.	E76	E77	E78	E79	E80	E81	E82	E83

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

IL SE PEUT QUE LA QUESTION SUIVANTE NE S'APPLIQUE PAS DANS LE CAS DU CANNABIS ET CELUI DES HALLUCINOGENES ET DE LA PCP.

Lorsqu'il vous est arrivé de cesser de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) ou d'en réduire les doses, avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage, autrement dit, cela vous a-t-il rendu(e) malade ?

SI OUI : Quel genre de symptômes avez-vous ressentis ? (CONSULTER LA LISTE DES SYMPTÔMES DE SEVRAGE À LA PAGE E.16)

SI LE SUJET A ÉPROUVÉ DES SYMPTÔMES DE SEVRAGE : Vous est-il souvent arrivé de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE), après quelques heures ou plus d'abstinence, afin d'éviter d'avoir de tels symptômes ?

Vous est-il arrivé de prendre (NOMMER DES SUBSTANCES DE LA MÊME CLASSE QUE LE PSYCHOTROPE EN QUESTION), lorsque vous éprouviez (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE RESENTIS PAR LE SUJET) afin de vous sentir mieux ?

(2) sevrage, se manifestant soit par (a), soit par (b) :	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRI
(a) le syndrome de sevrage caractéristique de la substance en question	3 2	3 2	3 2	3 2	3 2	3 2	3 2	3 2
(b) la prise de la substance en question (ou d'une substance apparentée) pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage.	1 ?	1 ?	1 ?	1 ?	1 ?	1 ?	1 ?	1 ?
	E84	E85	E86	E87	E88	E89	E90	E91

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE À DIVERS TYPES DE PSYCHOTROPES (TIRÉS DES CRITÈRES DU DSM-IV)

On trouvera ci-dessous la liste des symptômes de sevrage à diverses classes de psychotropes dont le syndrome de sevrage a été défini. (REMARQUE : On n'a pas défini de syndrome de sevrage au CANNABIS ainsi qu'aux HALLUCINOGENES et à la PCP.) Des symptômes de sevrage peuvent se manifester après l'arrêt d'une consommation prolongée d'un psychotrope, en quantités modérées ou fortes, ou encore, par suite d'une diminution de la dose.

SÉDATIFS, HYPNOTIQUES ET ANXIOLYTIQUES

Au moins deux des symptômes suivants, pouvant se manifester entre quelques heures et quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée, à des doses fortes, d'un sédatif, d'un hypnotique ou d'un anxiolytique :

- (1) hyperactivité du système neurovégétatif (p.ex., transpiration, tachycardie [pouls supérieur à 100])
- (2) augmentation du tremblement des mains
- (3) insomnie
- (4) nausées et vomissements
- (5) illusions ou hallucinations visuelles, tactiles ou auditives transitoires
- (6) agitation
- (7) anxiété
- (8) crises d'épilepsie (grand mal)

STIMULANTS ET COCAÏNE

Dysphorie ET au moins deux des modifications physiologiques suivantes, apparaissant quelques heures ou quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée, à des doses fortes :

- (1) fatigue
- (2) rêves frappants et pénibles
- (3) insomnie ou hypersomnie
- (4) augmentation de l'appétit
- (5) ralentissement psychomoteur ou agitation

OPIACÉS

Au moins trois des symptômes suivants apparaissant quelques minutes ou quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée (plusieurs semaines au moins) d'un opiacé, à des doses fortes, ou après l'administration d'un antagoniste d'un opiacé (après une période de consommation d'un opiacé) :

- (1) dysphorie
- (2) nausées ou vomissements
- (3) douleurs musculaires
- (4) larmoiements ou rhinorrhée
- (5) dilatation pupillaire, pilo-érection ou transpiration
- (6) diarrhée
- (7) bâillements
- (8) fièvre
- (9) insomnie

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quand vous est-il arrivé de (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE COTÉS "3" – PAGES E.12 À E.15) ? Ces manifestations sont-elles toutes survenues à peu près à la même période ?

DÉPENDANCE À UN PSYCHOTROPE : Au moins trois symptômes de dépendance sont cotés "3" ET sont survenus pendant une même période de 12 mois.

SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTR.
3	3	3	3	3	3	3	3
E92	E93	E94	E95	E96	E97	E98	E99

Préciser le type de dépendance :

- Avec dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet présente des signes de tolérance ou de sevrage)
- Sans dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet ne présente aucun signe de tolérance ni de sevrage)

3	3	3	3	3	3	3	3
1	1	1	1	1	1	1	1
E100	E101	E102	E103	E104	E105	E106	E107

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉE "3", PASSER AUX QUESTIONS CONCERNANT LA CHRONOLOGIE, PAGE E.18.

Moins de 3 symptômes de dépendance sont cotés "3".

1	1	1	1	1	1	1	1
E108	E109	E110	E111	E112	E113	E114	E115

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉE "1" CI-DESSUS, PASSER À LA PAGE E.21, ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT) ET POSER LES 4 QUESTIONS RELATIVES À L'ABUS.

CHRONOLOGIE DE LA DÉPENDANCE

DANS LE DOUTE : Avez-vous pris (NOMMER LA SUBSTANCE), au cours des trente derniers jours ?

SI OUI : Le fait de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) vous a-t-il causé des ennuis ?

Vous est-il arrivé d'être dans un état euphorique au travail ou à l'école ou alors que vous preniez soin d'un enfant ? Vous est-il arrivé de manquer quelque chose d'important parce que vous étiez dans un état euphorique ou en train de vous remettre d'une intoxication ? Vous est-il arrivé de conduire en prenant (NOMMER LA SUBSTANCE) ? Avez-vous eu des ennuis avec la justice à cause de vos habitudes de consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

REMARQUE : IL SE PEUT QUE VOUS AYEZ À CONSULTER LES CRITÈRES D'ABUS À LA PAGE E.21.

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRI
Le sujet a répondu à tous les critères de la dépendance au cours du dernier mois (ou n'a pas connu un mois sans symptômes de dépendance ou d'abus depuis la survenue de sa dépendance).	3	3	3	3	3	3	3	3
	E116	E117	E118	E119	E120	E121	E122	E123

PRÉCISER LA GRAVITÉ DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE À CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉ "3", À LA PAGE SUIVANTE.

Le sujet n'a présenté aucun symptôme de dépendance ou d'abus au cours du mois écoulé ou répond à une partie des critères, après une période d'un mois sans symptômes.

1	1	1	1	1	1	1	1	1
E124	E125	E126	E127	E128	E129	E130	E131	

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉ "1", INDIQUER LE TYPE DE RÉMISSION, À LA PAGE E.20.

COTER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE À CHAQUE TYPE DE PSYCHOTROPE AUQUEL LE SUJET EST DÉPENDANT ACTUELLEMENT.

SE SERVIR DE L'ÉCHELLE CI-DESSOUS POUR ÉVALUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE PENDANT LA PIRE SEMAINE DES TRENTE DERNIERS JOURS (il sera peut-être nécessaire de poser des questions additionnelles pour connaître les effets du psychotrope sur la vie sociale et professionnelle du sujet).

SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTR
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
E132	E133	E134	E135	E136	E137	E138	E139

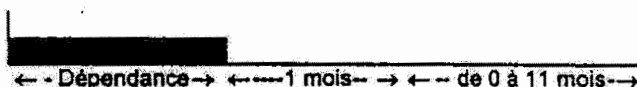
- 1 Légère : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes n'entraînent qu'une légère incapacité sur le plan professionnel ou dans les activités sociales ou les relations du sujet avec autrui.
- 2 Moyenne : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic et ces symptômes nuisent grandement aux activités professionnelles ou sociales habituelles du sujet ou encore à ses relations avec autrui.

DÉPENDANCE — TYPES DE RÉMISSION

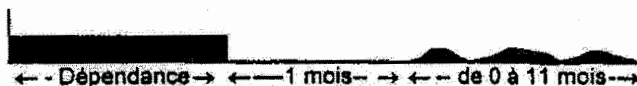
DÉTERMINER LE TYPE DE RÉMISSION UNIQUEMENT SI, À UN MOMENT OU À UN AUTRE DANS LE PASSÉ, LE SUJET N'A RÉPONDU À AUCUN CRITÈRE DE DÉPENDANCE OU D'ABUS PENDANT AU MOINS UN MOIS.

Remarque : On ne doit pas préciser le type de rémission si le sujet suit un traitement de substitution ou s'il vit en milieu supervisé (voir la définition de ces termes en page E.8).

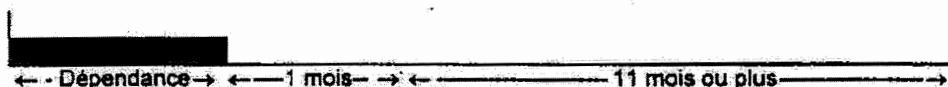
- 1 Rémission complète au stade précoce : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois.



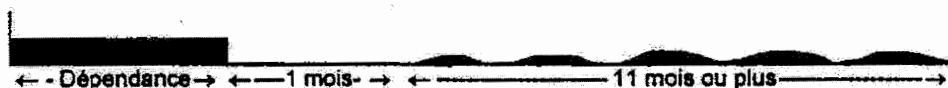
- 2 Rémission partielle au stade précoce : Le sujet a répondu à au moins un critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois (sans répondre au nombre de critères nécessaires pour poser un diagnostic de dépendance).



- 3 Rémission complète et soutenue : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ni d'abus pendant une période de 12 mois ou plus.



- 4 Rémission partielle et soutenue : Pendant une période de 12 mois ou plus, le sujet n'a pas répondu au nombre de critères requis pour poser un diagnostic de dépendance ou d'abus; cependant, il a répondu à au moins un de ces critères.



PRÉCISER LE TYPE DE RÉMISSION AU MOYEN DE L'ÉCHELLE CI-DESSOUS.

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
Rémission complète au stade précoce :	1	1	1	1	1	1	1	1
Rémission partielle au stade précoce :	2	2	2	2	2	2	2	2
Rémission complète et soutenue :	3	3	3	3	3	3	3	3
Rémission partielle et soutenue :	4	4	4	4	4	4	4	4
Cocher si le sujet suit un traitement de substitution (prise d'un agoniste) :	—	—	—	—	—	—	—	—
Cocher si le sujet vit dans un milieu supervisé :	—	—	—	—	—	—	—	—
	E140	E141	E142	E143	E144	E145	E146	E147

ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT)

- ⇒ POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPES COTÉE "2" À LA PAGE E.10 (C'EST-À-DIRE, POUR LES SUBSTANCES CONSOMMÉES MOINS DE 10 FOIS PAR MOIS), COMMENCER LA PRÉSENTE SECTION PAR LA PHRASE SUIVANTE :

Maintenant, je vais vous poser quelques questions précises concernant vos habitudes de consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "2").

- ⇒ POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPES COTÉE "3" À LA PAGE E.17, POUR LAQUELLE LE SUJET N'A PAS RÉPONDU AUX CRITÈRES DE DÉPENDANCE :

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions additionnelles concernant vos habitudes de consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "3" POUR LESQUELLES LE SUJET N'A PAS RÉPONDU AUX CRITÈRES DE DÉPENDANCE).

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Des habitudes de consommation de psychotropes inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoigne au moins un des symptômes suivants, survenu durant une période de 12 mois :

Après avoir pris (NOMMER LA SUBSTANCE), vous est-il souvent arrivé d'être intoxiqué(e) ou dans un état euphorique ou encore, en train de vous remettre d'une intoxication, à un moment où vous deviez vous occuper de choses importantes, par exemple lorsque vous étiez au travail ou à l'école ou que vous deviez prendre soin d'un enfant ?

SINON : Vous est-il arrivé de manquer quelque chose d'important, par exemple, le travail, l'école ou un rendez-vous parce que vous étiez intoxiqué(e) ou dans un état euphorique ou encore, en train de vous remettre d'une intoxication ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI AUX DEUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

(1) consommation répétée d'un psychotrope rendant le sujet incapable de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison (p. ex., absences répétées du travail ou rendement médiocre lié à la consommation d'un psychotrope; absences, suspensions ou expulsions de l'école liées à la consommation d'un psychotrope; négligence dans la garde des enfants ou les soins du ménage).	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E148	E149	E150	E151	E152	E153	E154	E155

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Vous est-il déjà arrivé de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) à un moment où il était dangereux de le faire ? (Vous est-il arrivé de conduire après avoir pris (NOMMER LA SUBSTANCE), lorsque vous étiez dans un tel état euphorique que cela comportait certains risques ?)

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTR
(2) consommation répétée d'un psychotrope dans des situations où celle-ci pourrait s'avérer dangereuse (p.ex., conduite d'un véhicule ou d'une machine)	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E156	E157	E158	E159	E160	E161	E162	E163

Avez-vous eu des ennuis avec la justice à cause de votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTR
(3) difficultés répétées avec la justice, liées à la consommation d'un psychotrope (p.ex., arrestations pour conduite liée à la consommation d'une substance).	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E164	E165	E166	E167	E168	E169	E170	E171

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous eu des difficultés avec les autres parce que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE), p.ex., avec des membres de votre famille, des amis, ou des collègues de travail ? (En êtes-vous venu(e) aux coups ou encore, avez-vous eu de violentes querelles verbales concernant le fait que vous preniez de la drogue ?)

SI OUI : Avez-vous quand même continué à prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(4) poursuite de la consommation du psychotrope malgré les problèmes sociaux ou personnels persistants ou fréquents causés ou exacerbés par la substance (p.ex., querelles avec le conjoint au sujet des conséquences de l'intoxication, violence physique)	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E172	E173	E174	E175	E176	E177	E178	E179

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT):	3	3	3	3	3	3	3	3
Au moins un des items de "A" est coté "3".	1	1	1	1	1	1	1	1
	E180	E181	E182	E183	E184	E185	E186	E187

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
POUR LES CLASSES DE PSYCHOTROPES AYANT FAIT L'OBJET D'UN ABUS PASSÉ OU PRÉSENT (C'EST-À-DIRE COTÉES "3" À LA QUESTION PRÉCÉDENTE):								
Le sujet a éprouvé des symptômes d'abus de la substance au cours des trente derniers jours.	3	3	3	3	3	3	3	3
	1	1	1	1	1	1	1	1
DANS LE DOUTE : À quand remontent les dernières difficultés éprouvées en ce qui concerne votre prise de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?	E188	E189	E190	E191	E192	E193	E194	E195

7 = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminal

3 = VRAI ou
présence du symptôme

F. TROUBLES ANXIEUX

TROUBLE PANIQUE

CRITÈRES
DIAGNOSTIQUES

Vous est-il déjà arrivé d'avoir une attaque de panique, de vous sentir, tout à coup, saisi(e) de frayeur ou d'anxiété ou d'éprouver de nombreux symptômes? (*Crise de panique : être subitement envahi(e) d'une peur extrême, ressentir des sensations physiques inconfortables et des pensées désagréables*)

SI OUI: Ces attaques sont-elles survenues soudainement, vous prenant par surprise dans des situations où vous ne vous attendiez pas à vous sentir nerveux(se) ou mal à l'aise?

(*Imprévisibles : pouvant se déclencher dans des situations sans danger ou menace réelle*)

DANS LE DOUTE : Combien d'attaques de ce genre avez-vous déjà eues? (Au moins deux?)

A. (1) Attaques de panique imprévues et récurrentes

? 1 2 3 F₁

PASSER À LA
PAGE F 8
(ASATP)

Après ce genre d'attaque...

Vous êtes-vous inquiété(e) à l'idée qu'il y avait peut-être quelque chose de grave qui clochait avec vous? Par exemple :

- que vous aviez une crise cardiaque?
- ou que vous étiez en train de devenir fou (folle)?

Combien de temps vous êtes-vous inquiété(e)?
Au moins un mois?

SI NON : Aviez-vous très peur d'être victime d'une autre attaque?

Combien de temps vous êtes-vous inquiété(e)?
Au moins un mois?

SI NON : Avez-vous changé vos habitudes en raison de ces attaques ? Par exemple:

- Avez-vous évité de sortir seul(e) ou d'aller à certains endroits? Besoin d'être accompagné?
- Avez-vous fuit certaines activités, comme l'exercice?
- Avez-vous fait en sorte d'être toujours proche d'une salle de bain ou d'une sortie?
- Avez-vous besoin d'objets sécurisants? (p.ex., gomme, médicaments, bouteille d'eau, cellulaire)

(2) Au moins une des attaques a été suivie pendant un mois (ou plus) de l'un des comportements suivants :

? 1 2 3 F₂

(b) inquiétude concernant les causes possibles de l'attaque ou ses conséquences (p.ex., perdre la maîtrise de soi, être victime d'une crise cardiaque, « devenir fou »);

(a) peur persistante d'être victime d'autres attaques;

(c) changement marqué du comportement par peur d'une autre attaque

PASSER À LA
PAGE F 8
(ASATP)

VÉRIFIER SI LES SYMPTÔMES DU SUJET CORRESPONDENT
AUX CRITÈRES D'UNE ATTAQUE DE PANIQUE.

À quand remonte votre dernière attaque grave?
(plus de 4 symptômes)
Qu'avez-vous remarqué en premier?
Que s'est-il passé ensuite?

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Les symptômes sont-ils apparus tout à coup?
(i.e., que les sensations physiques inconfortables
surviennent brusquement, soudainement)

SI OUI : Quel intervalle s'est écoulé entre le début
des symptômes et le moment où l'attaque est
devenue vraiment très grave? (i.e. la crise est
devenue intolérable, atteignant un sommet beaucoup
plus intense). (Moins de 10 minutes?)

Lors de la dernière attaque grave :
(avec symptômes intenses)

Votre cœur battait-il très vite, très fort ou de
façon irrégulière?

Avez-vous transpiré?

Vous êtes-vous mis(e) à trembler ou avez-vous
été pris(e) de brusques secousses?

Étiez-vous essoufflé(e)? (aviez-vous de la
difficulté à reprendre votre souffle?) (souffle
court)

Avez-vous eu l'impression que vous alliez
étouffer ou suffoquer? (sensation d'étrangle-
ment)

Avez-vous ressenti des douleurs ou une
certaine gêne (inconfort) dans la poitrine?

Avez-vous eu des nausées, mal au cœur, mal au
ventre ou l'impression que vous alliez avoir la
diarrhée?

Vous êtes-vous senti(e) étourdi(e) ou étiez-vous
sur le point de perdre l'équilibre ou de vous
évanouir? (vertiges, peur de perdre connaissance
ou de tomber)

B. Les symptômes sont survenus
brusquement et ont atteint leur
paroxysme en moins de 10 minutes

? 1 2 3 F3

PASSER À LA
PAGE F 8
(ASATP)

(1) Palpitations ou accélération du
rythme cardiaque (tachycardie);

? 1 2 3 F4

(2) Transpiration;

? 1 2 3 F5

(3) Tremblements ou secousses
musculaires;

? 1 2 3 F6

(4) Dyspnée ou sensation
d'essoufflement;

? 1 2 3 F7

(5) Sensation d'étouffement ou de
suffocation;

? 1 2 3 F8

(6) Douleur ou gêne thoracique;

? 1 2 3 F9

(7) Nausée ou gêne abdominale;

? 1 2 3 F10

(8) Étourdissements ou impression
de perdre l'équilibre ou d'être
sur le point de s'évanouir;

? 1 2 3 F11

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

Les choses qui vous entouraient vous ont-elles semblé irréelles ou vous êtes-vous senti(e) détaché(e) de ce qui vous entourait ou d'une partie de vous-même? (*déconnecté*)

(9) Dépersonnalisation ou
Déréalisation;

? 1 2 3 F12

Avez-vous eu peur de devenir fou (folle) ou de perdre la tête (ou peur de perdre le contrôle) et de commettre un acte irréfléchi?

(10) Peur de perdre la tête ou de
sombrier dans la folie;

? 1 2 3 F13

Avez-vous eu peur de mourir?

(11) Peur de mourir;

? 1 2 3 F14

Avez-vous ressenti des picotements ou un engourdissement dans certaines parties du corps?

(12) Paresthésie
(sensations d'engourdissement
ou de picotements);

? 1 2 3 F15

Avez-vous eu des bouffées de chaleur ou des frissons?

(13) Bouffées de chaleur ou frissons

? 1 2 3 F16

AU MOINS 4 DES SYMPTÔMES
SONT COTÉS '3'

? 1 3 F17

PASSER À LA
PAGE F 8
(ASATP)

Quelque temps avant la survenue de vos premières attaques de panique, preniez-vous :

- des médicaments?
- de la drogue?
- des stimulants? (caféine, pilules pour maigrir)

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommiez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez eu vos attaques de panique, souffriez-vous d'une maladie physique?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin?

- C. Les attaques de panique ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

Exemples de maladies physiques :

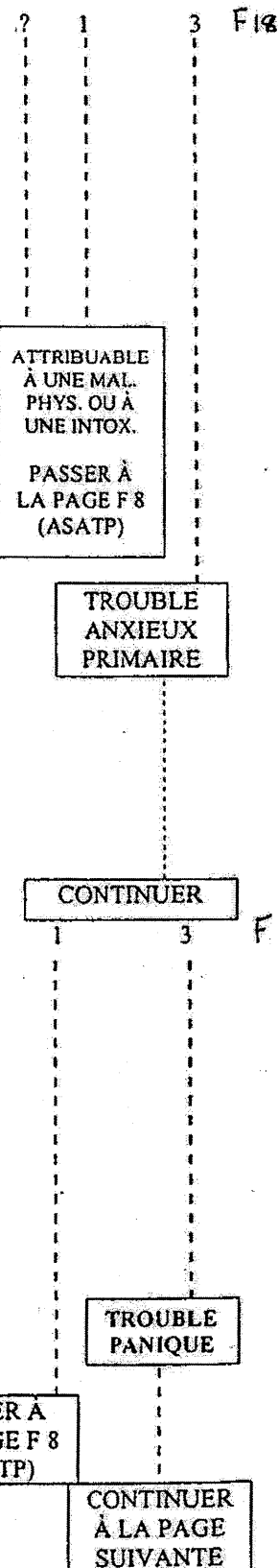
- hyperthyroïdie
- hyperparathyroïdie
- phéochromocytome
- troubles vestibulaires
- épilepsie
- troubles cardiaques (p.ex., arythmie, tachycardie)

Par intoxication, on entend :

l'intoxication par le cannabis ou par un psychotonique (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépresseur du système nerveux central (alcool ou barbiturique).

- D On peut écarter les troubles mentaux suivants comme causes possibles des attaques de panique :

- trouble obsessionnel-compulsif (ex., peur de la contamination),
- état de stress post-traumatique (ex. réaction à des stimuli associés à un grave facteur de stress),
- angoisse de séparation
- phobie sociale (peur du jugement d'autrui)
- trouble d'anxiété généralisée
- phobie spécifique



TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE

SI L'EXAMEN GÉNÉRAL NE FAIT PAS RESSORTIR LA PRÉSENCE D'AGORAPHOBIE : Y'a-t-il certaines situations (ou endroits) qui vous rendent nerveux(se) parce que vous avez peur d'avoir une attaque de panique?

Décrivez ce genre de situations :

SI LE SUJET NE PEUT FOURNIR D'EXEMPLE : Par exemple, est-ce que ça vous rend nerveux(se) (vous sentez-vous inconfortable) :

- d'être à plus d'une certaine distance de votre domicile?
- de vous trouver dans des endroits pleins de monde? (magasin bondé, cinéma, théâtre, restaurant, etc.)
- d'être dans une file d'attente ?
- d'être sur un pont ?
- d'utiliser les transports en commun? (autobus, train ou métro)
- ou de conduire ?

Évitez-vous ce genre de situations?

SI NON : Dans ce genre de situations, vous sentez-vous mal à l'aise ou avez-vous l'impression que vous allez avoir une attaque de panique (détresse ou peur marquée)?

(Devez-vous être accompagné(e) d'une personne que vous connaissez pour affronter ce genre de situations ?)

B. Présence d'agoraphobie :

(1) Peur de se trouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels le sujet pourrait ne pas trouver de secours en cas de panique inattendue ou provoquée par la situation.

Les peurs agoraphobiques correspondent habituellement à un ensemble de situations caractéristiques, comme le fait de se trouver seul hors de chez soi, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

(2) Le sujet évite les situations agoraphobiques (p. ex. limite ses déplacements) ou bien les subit avec un sentiment de détresse marquée ou avec la peur d'avoir une attaque de panique ou encore, il a besoin d'être accompagné.

? 1 2 3 F20

TROUBLE PANIQUE
SANS
AGORAPHOBIE

PASSER A LA
PAGE F7
(CHRONOLOGIE)

? 1 2 3 F21

TROUBLE PANIQUE
SANS
AGORAPHOBIE

PASSER A LA
PAGE F7
(CHRONOLOGIE)

REMARQUE : ENVISAGER UNE PHOBIE SPÉCIFIQUE SI LA PEUR SE LIMITE À UNE OU À QUELQUES SITUATIONS PRÉCISES, OU UNE PHOBIE SOCIALE SI LA PEUR SE LIMITE AUX SITUATIONS SOCIALES

(3) On peut écarter les autres troubles mentaux suivants comme causes possibles de l'anxiété ou de l'évitement phobique :

- phobie sociale (p.ex., évite certaines situations sociales par peur d'être mal à l'aise),
- phobie spécifique (p.ex., évite des situations précises, comme l'utilisation d'un ascenseur),
- trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., évite la saleté par peur de la contamination),
- l'état de stress post-traumatique (p.ex., évite des stimuli associés à un grave facteur de stress)
- l'angoisse de séparation (p.ex., évite de quitter la maison ou ses proches)

?

1

2

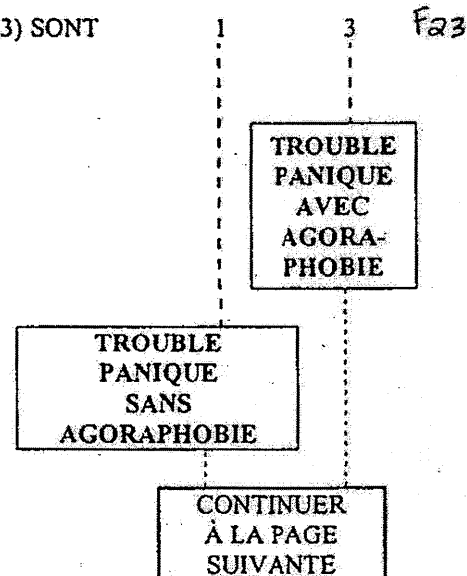
3

Fa2

TROUBLE PANIQUE
SANS
AGORAPHOBIE

PASSER A LA
PAGE F7
(CHRONOLOGIE)

LES CRITÈRES B(1), B(2) ET B(3) SONT COTÉS '3'



CHRONOLOGIE DU TROUBLE PANIQUE

DANS LE DOUTE : Combien d'attaques de panique avez-vous eues au cours des 6 derniers mois?

Le sujet a répondu aux critères du trouble panique au cours du dernier mois, c'est-à-dire qu'il a eu des attaques de panique soudaines et répétées.

? 1 3

Fa4

Trouble
actuel

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

F25

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DU TROUBLE PANIQUE DANS LES 6 DERNIERS MOIS (F24) :

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble panique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble. - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble panique, mais prenant des antidépresseurs et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. Antécédents de trouble panique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DU TROUBLE PANIQUE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes du trouble panique : _____

F27

ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE PANIQUE

Quel âge aviez-vous lors de votre première attaque de panique?

Âge de survenue du trouble panique : _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

F28

PASSER À LA
PAGE F.13
(PHOBIE SOCIALE)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE (ASATP)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Présence d'agoraphobie :

? 1 2 3 F29

Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur :

- De sortir seul(e),
- d'être dans une foule ou une file d'attente,
- de prendre l'autobus ou le train?

Que craigniez-vous?

(1) Peur de se trouver dans des endroits ou des situations d'ou il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels le sujet pourrait ne pas trouver de secours en cas de symptômes rappelant ceux d'une attaque de panique (p.ex., étourdissements, diarrhée). Les peurs agoraphobiques correspondent habituellement à un ensemble de situations caractéristiques, comme le fait de se trouver seul hors de chez soi, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

PASSER À LA
PAGE F 13
(PHOBIE SOCIALE)

COCHER LES SYMPTÔMES QUE LE SUJET REDOUTE :

- Une crise de panique (avec moins de 4 symptômes): _____ F30
- Étourdissement ou chute : _____ F31
- Dépersonnalisation ou déréalisation : _____ F32
- Perte de la maîtrise sphinctérienne, vésicale ou intestinale _____ F33
- Vomissement : _____ F34
- Peur d'avoir une crise cardiaque : _____ F35
- Autre (préciser) : _____ F36

Quelque temps avant la survenue de ce genre de peurs, preniez-vous :

- des médicaments?
- de la caféine?
- des pilules pour maigrir?
- ou de la drogue?

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommiez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de peurs, souffriez-vous d'une maladie physique?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin?

- C. Les peurs ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

Par intoxication, on entend :

l'intoxication par le cannabis, par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotonique (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépresseur du S.N.C. (alcool, sédatif ou hypnotique).

Exemples de maladies physiques :

- hyperthyroïdie, hypothyroïdie
- hyperparathyroïdie, hypoglycémie, phéochromocytome,
- insuffisance cardiaque, arythmies,
- embolie pulmonaire,
- bronchopneumopathie chronique obstructive,
- pneumonie, hyperventilation,
- carence en vitamine B12,
- porphyrie, tumeurs du S.N.C.,
- troubles vestibulaires, encéphalite.

- D. S'il existe une maladie physique concomitante, les peurs décrites en A sont de toute évidence plus prononcées que celles habituellement associées à cette maladie.

? 1 3

ATTRIBUABLE
À UNE MAL.
PHYS. OU À
UNE INTOX.

PASSER À
LA PAGE F13
(PHOBIE
SOCIALE)

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

PASSER À LA
PAGE F 13.
(PHOBIE
SOCIALE)

AGORAPHOBIE
SANS
ANTÉCÉDENT
DE TROUBLE
PANIQUE

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

CHRONOLOGIE DE L'AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE

DANS LE DOUTE : Au cours des 6 derniers mois avez-vous évité...? (NOMMER LES SITUATIONS PHOBOGÈNES).

Les symptômes éprouvés par le sujet au cours du dernier mois satisfont aux critères de l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique

? 1 3 F43

Trouble actuel

INDIQUER LE DÉGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES D'AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE :

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères d'agoraphobie sans antécédent de trouble panique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes d'agoraphobie sans antécédent de trouble panique, mais prenant des antidépresseurs et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. Antécédents d'agoraphobie sans antécédent de trouble panique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES ASATP) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'agoraphobie sans antécédent de trouble panique : _____

ÂGE DE SURVENUE DE L'AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à ...? (symptômes ASATP)

Âge de survenue de l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique: _____ (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

PHOBIE SOCIALE**CRITÈRES
DIAGNOSTIQUES**

Y'a-t-il des choses que vous avez peur de faire en public ou que vous n'osez pas faire comme parler, manger ou écrire?

Pourriez-vous me décrire ce genre de situations?

Qu'est-ce qui vous faisait peur quand ...?

SI LE SUJET A SEULEMENT PEUR DE PARLER EN PUBLIC: Pensez-vous que vous êtes plus mal à l'aise que la plupart des gens dans une telle situation?

- A. Peur marquée et persistante d'une ou de plusieurs situations publiques ou sociales dans lesquelles le sujet est en contact avec des gens qu'il ne connaît pas ou est exposé à l'éventuelle attention d'autrui, et dans lesquelles il craint d'agir de façon humiliante ou embarrassante (ou de montrer des signes d'anxiété).

SITUATIONS PHOBOGÈNES :

(Cocher)

Parler en public : _____

Manger en présence d'autrui : _____

Écrire en présence d'autrui : _____

Général (la plupart des situations sociales) : _____

Autres (préciser): _____

Remarque: Les adolescents doivent pouvoir entretenir des relations sociales avec leurs proches: l'anxiété doit se manifester non seulement en présence d'adultes, mais aussi en présence de jeunes du même âge.

? 1 2 3

F47

F48

F49

F50

F51

F52

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

Avez-vous toujours éprouvé de l'anxiété lorsque vous deviez ...? (NOMMER LA SITUATION PHOBOGÈNE)

- B. L'exposition au(x) stimulus(li) phobogène(s) provoque presque toujours de l'anxiété; celle-ci peut prendre l'aspect d'une attaque de panique provoquée ou favorisée par une situation donnée.

Remarque: Chez l'enfant, l'anxiété peut se manifester par des pleurs, des crises, une attitude figée ou la fuite.

? 1 2 3

F53

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

Pensez-vous que votre peur était exagérée ou injustifiée?

C. Le sujet reconnaît la nature excessive ou irrationnelle de sa peur.

? 1 2 3

F54

Remarque : Cette caractéristique peut être absente chez les enfants.

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI LA RÉPONSE N'EST PAS CLAIRE :

Faisiez-vous des efforts particuliers pour éviter ... ?

D. La ou les situations phobogènes sont évitées; sinon, elles sont vécues avec une grande anxiété.

? 1 2 3

F55

SI NON: Quelle difficulté cela représentait-il pour vous de ...? (PHOBIE SOCIALE)

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI L'IMPORTANCE DES PEURS N'EST PAS ÉVIDENTE: À quel point cette peur vous empêchait-elle de vivre une vie normale?

E. La conduite d'évitement, la peur anticipée ou la détresse éprouvée au cours des situations phobogènes interfèrent de façon marquée avec les activités habituelles du sujet ou avec son rendement professionnel (ou scolaire), ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou il existe un sentiment important de détresse à l'idée d'avoir ce genre de peurs.

? 1 2 3

F56

SI LE SUJET PEUT QUAND MÊME VIVRE UNE VIE NORMALE: À quel point cela vous a-t-il dérangé(e) d'avoir ce genre de peurs?

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI LE SUJET EST ÂGÉ DE MOINS DE 18 ANS: Depuis combien de temps éprouvez-vous ce genre de peurs?

F. Sujets de moins de 18 ans: les peurs existent depuis au moins 6 mois.

? 1 2 3

F57

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

Quelque temps avant l'apparition de ce genre de peurs, preniez-vous :

- des médicaments?
- de la caféine?
- des pilules pour maigrir?
- ou de la drogue?

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommiez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de peurs, souffriez-vous d'une maladie physique?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin?

- C. Les peurs ou la conduite d'évitement ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

Par intoxication, on entend :

l'intoxication par le cannabis, par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépresseur du S.N.C. (alcool, sédatif ou hypnotique).

Exemples de maladies physiques :

- hyperthyroïdie, hypothyroïdie,
- hypoglycémie,
- hyperparathyroïdie,
- phéochromocytome,
- insuffisance cardiaque, arythmies,
- embolie pulmonaire,
- bronchopneumopathie chronique obstructive,
- pneumonie, hyperventilation,
- carence en vitamine B12,
- porphyrie, tumeurs du S.N.C.,
- troubles vestibulaires
- encéphalite.

De plus, on peut écarter les troubles mentaux suivants comme causes possibles des peurs éprouvées :

- trouble panique sans antécédent d'agoraphobie,
- angoisse de séparation,
- peur de dysmorphie corporelle,
- troubles envahissant du développement
- personnalité schizoïde

? 1 3

ATTRIBU-
ABLE À UNE
MAL. PHYS.
OU À UNE
INTOX.

PASSER À
LA PAGE F18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

CONTINUER

? 1 3

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE
ÉVIDENT : REVENIR À LA PRÉSENTE
SECTION UNE FOIS L'INTERROGA-
TOIRE TERMINÉ

- H. S'il existe une maladie physique ou un autre trouble mental, la peur décrite en A n'y est pas reliée, p.ex. il ne s'agit pas de:
- la peur de bégayer ou de trembler (chez un sujet atteint de la maladie de Parkinson)
 - la peur de révéler un comportement alimentaire anormal (chez les sujets atteints d'anorexie mentale ou de boulimie)

? 1 2 3 F

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F, G
ET H DE LA PHOBIE SOCIALE
SONT COTÉS «3».

1 3 F

PHOBIE
SOCIALE

PASSER À LA
PAGE F. 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

CHRONOLOGIE DE LA PHOBIE SOCIALE

DANS LE DOUTE : Au cours des 6 derniers mois est-ce que cela vous a dérangé de devoir (SITUATIONS PHOBOGÈNES).

Le sujet a répondu aux critères diagnostiques de la phobie sociale au cours du dernier mois.

? 1

3

F62

Trouble actuel

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

F63

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE PHOBIE SOCIALE :

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de la phobie sociale mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de phobie sociale dans le passé, mais prenant un anxiolytique et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. Antécédents de phobie sociale : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE PHOBIE SOCIALE) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de la phobie sociale : _____

F64

F65

ÂGE DE SURVENUE DE LA PHOBIE SOCIALE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à ...? (SYMPTÔMES DE PHOBIE SOCIALE)

Âge de survenue de la phobie sociale: _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

F66

CONTINUER
À LA PAGE F.18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

PHOBIE SPÉCIFIQUE**CRITÈRES
DIAGNOSTIQUES**

Y'a-t-il des choses qui vous ont effrayé(e) ou qui vous effraient particulièrement, comme :

- les voyages en avion?
- la vue du sang?
- les piqûres?
- les hauteurs?
- les espaces clos?
- ou certains animaux ou insectes?

Expliquez-moi en quoi consistent vos peurs.

Que craignez-vous qu'il se produise quand vous ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

Avez-vous toujours ressenti de la peur quand ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

Pensez-vous que votre peur était exagérée ou injustifiée?

- A. Le sujet éprouve une peur marquée et persistante, excessive et irrationnelle, suscitée par la vue d'un objet ou l'anticipation d'une situation en particulier (p.ex., déplacements en avion, hauteurs, animaux, injections, vue du sang)

? 1 2 3

F67

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

- B. L'exposition aux stimuli phobogènes provoque, de façon quasi systématique, une réaction anxieuse immédiate, qui peut prendre la forme d'une attaque de panique provoquée ou favorisée par une situation dans laquelle se trouve le sujet.

? 1 2 3

F68

Remarque : Chez l'enfant, l'anxiété peut se manifester par des pleurs, des crises, une attitude figée ou l'enfant peut avoir tendance à s'accrocher à quelqu'un d'autre.

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

- C. Le sujet reconnaît la nature excessive ou irrationnelle de sa peur.

? 1 2 3

F69

Remarque : Cette caractéristique peut être absente chez l'enfant.

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

Faisiez-vous des efforts particuliers pour éviter ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

(Y'a-t-il des choses que vous évitiez de faire mais que vous auriez faites, n'eût été de cette peur?)

SI NON: À quel point éprouvez-vous (ou avez-vous éprouvé) de la difficulté à ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

SI L'IMPORTANCE DE LA PEUR N'EST PAS ÉVIDENTE: À quel point ... (LA PHOBIE) vous a-t-elle empêché de vivre une vie normale?

(Y'a-t-il des choses que vous avez évitées parce que vous aviez peur de ... ?) (SITUATION PHOBOGÈNE)

SI LE SUJET PEUT QUAND MÊME VIVRE UNE VIE NORMALE: Dans quelle mesure cela vous a-t-il dérangé(e) d'avoir peur de ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

SI LE SUJET A MOINS DE 18 ANS: Depuis combien de temps éprouvez-vous ce genre de peurs?

D. L'objet ou la situation phobogène sont évités ou vécus avec beaucoup d'anxiété ou de détresse.

? 1 2 3 F70

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

E. La conduite d'évitement, la peur anticipée ou la détresse éprouvée au cours des situations phobogènes interfèrent de façon marquée avec les activités habituelles du sujet ou avec son rendement professionnel (ou scolaire), ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou il existe un sentiment important de détresse à l'idée d'avoir ce genre de peurs.

? 1 2 3 F71

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

F. Sujets de moins de 18 ans: les peurs existent depuis 6 mois au moins..

? 1 2 3 F72

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT, REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION APRÈS AVOIR TERMINÉ LES SECTIONS SUR L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET SUR LE TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF

- G. On peut écarter les autres troubles mentaux comme causes possibles de l'anxiété, des attaques panique ou de l'évitement phobique associés à un objet ou à une situation en particulier, soit :
- le trouble obsessionnel-compulsif,
 - l'état de stress post-traumatique
 - l'angoisse de séparation
 - la phobie sociale
 - le trouble panique avec agoraphobie
 - ou l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique.

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F ET G DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE SONT COTÉS 3.

PHOBIE
SPÉCIFIQUE

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

CONTINUER

COCHER LE TYPE DE PHOBIE :
(Cocher tous ceux qui s'appliquent)

- Phobie de certains animaux (y compris les insectes) _____ F 7
- Phobie liée à l'environnement (orages, hauteurs, eau) _____ F 70
- Phobie liée au sang, aux plaies ou aux piqûres (y compris la vue du sang ou d'une plaie ou la peur des injections ou des interventions invasives) _____ F 71
- Phobie liée à une situation spécifique (transports en commun, tunnels, ponts, ascenseurs, voyages en avion, conduite automobile, espaces clos) _____ F 72
- Autres types de phobie (p.ex., peur de situations au cours desquelles le sujet pourrait s'étouffer, vomir ou contracter une maladie) _____ F 73
- Préciser : _____

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

CHRONOLOGIE DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE

DANS LE DOUTE : Au cours des 6 derniers mois, la peur de ... (PHOBIE) vous a-t-elle dérangé(e) ?

Le sujet a répondu aux critères diagnostiques de la phobie spécifique au cours du dernier mois.

? 1 3 F8
 Trouble actuel

INDIQUER LE DÉGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE :

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de la phobie spécifique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de phobie spécifique dans le passé, mais prenant un anxiolytique et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. Antécédents de phobie spécifique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DE PHOBIE SPÉCIFIQUE) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de phobie spécifique : _____

ÂGE DE SURVENUE DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à ...? (PHOBIE)

Âge de survenue de la phobie spécifique : _____
 (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

CONTINUER À
 LA PAGE F 22
 (TROUBLE
 OBSESSIF-
 COMPULSIF)

TROUBLE OBSESSIF- COMPULSIF (TOC)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Soit des obsessions ou des compulsions.

Obsessions, définies par les critères (1), (2), (3) et (4) :

Vous est-il déjà arrivé d'avoir des pensées absurdes qui vous revenaient sans cesse à l'esprit même si vous essayiez de les chasser?
(p.ex. images, scénarios, verbalisations internes qui sont envahissantes, ne font pas de sens et qui sont difficiles à contrôler)

(Quelles sortes de pensées ?)

SI LE SUJET N'EST PAS CERTAIN D'AVOIR COMPRIS LA QUESTION : Par exemple :

- avoir l'idée de faire du mal à quelqu'un sans le vouloir vraiment
- être obsédé par la peur des microbes ou de la saleté.

Quand vous aviez ces pensées, vous efforiez-vous de les chasser de votre esprit?

(Comment faisiez-vous?)

DANS LE DOUTE : D'où vous venaient ces pensées obsédantes, à votre avis?

(1) Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes, qui à un moment ou à un autre sont ressenties comme faisant intrusion dans la conscience du sujet, sont éprouvées comme étant absurdes et lui causent beaucoup d'anxiété et de détresse.

(2) Les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des inquiétudes excessives concernant des difficultés réelles.

(3) Le sujet essaie d'ignorer ou de réprimer ces pensées ou de les neutraliser par d'autres pensées ou d'autres actions.

(4) Le sujet reconnaît que les pensées, les impulsions ou les représentations obsédantes sont le produit de ses propres pensées, qu'elles ne lui sont pas imposées de l'extérieur, comme dans certaines idées délirantes.

? 1 2 3 F85

? 1 2 3 F86

? 1 2 3 F87

? 1 2 3 F88

OBSESSIONS

PAS D'OBSESSIONS
PASSER À LA PAGE
SUIVANTE

INDIQUER EN QUOI CONSISTENT LA OU LES OBSESSIONS :

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

COMPULSIONS

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Vous est-il déjà arrivé de vous sentir obligé(e) d'accomplir sans cesse les mêmes gestes, et/ou exercices mentaux comme :

- vous laver les mains à plusieurs reprises?
- compter jusqu'à un certain nombre?
- ou vérifier la même chose encore et encore pour vous assurer que vous l'aviez bien faite?
- autres?

Vous sentiez-vous obligé(e) de le faire?

DANS LE DOUTE : pourquoi vous sentiez-vous obligé(e) de ...? (GESTE COMPULSIF)

Quelles auraient été les conséquences si vous n'aviez pas pu le faire?

DANS LE DOUTE : Combien de fois faites-vous ou faisiez-vous ...? (COMPULSION)

Combien de temps par jour y consacriez-vous?

Compulsions, définies par les critères (1) et (2) :

(1) Des gestes (p.ex., se laver les mains, remettre en place certains objets, vérifier quelque chose) ou des exercices mentaux répétitifs (p.ex., prier, compter, répéter certains mots mentalement) que le sujet se sent obligé de faire en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être observées à la lettre.

(2) Les gestes ou les exercices mentaux en question visent à prévenir ou réduire un sentiment de détresse ou à prévenir un événement ou une situation redoutés; pourtant ils ne sont pas liés de façon réaliste à ce qu'ils sont présumés neutraliser ou prévenir ou bien ils sont manifestement excessifs.

? 1 2 3 F8'

? 1 2 3 F9C

COMPULSIONS

PASSER A LA PAGE F.24

DÉCRIRE LA OU LES COMPULSIONS :

CONFIRMATION DES OBSESSIONS OU DES COMPULSIONS

SI LE SUJET NE SOUFFRE NI D'OBSESSIONS, NI DE COMPULSIONS, COCHER DANS L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F. 28 (ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE).

F91

SI LE SUJET SOUFFRE D'OBSESSIONS, DE COMPULSIONS OU DES DEUX À LA FOIS, CONTINUER CI-DESSOUS.

Avez-vous pensé à (L'IDÉE OBSÉDANTE) et/ou fait ... (L'ACTIVITÉ COMPULSIVE) plus que vous ne l'auriez dû ou plus qu'il ne vous paraissait raisonnable?

B. À un moment ou à un autre pendant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que son comportement était excessif ou absurde.

? 1 2 3

F92

SI NON: Au début, quand vous avez commencé à avoir ce genre de comportement, est-ce que ça vous a paru excessif ou absurde? (i.e. insensé et/ou répété de façon exagérée)

Cocher ici — si le sujet fait preuve de peu de discernement, c'est-à-dire si, la plupart du temps, pendant le présent épisode, il ne reconnaît pas que ses obsessions ou que ses compulsions sont excessives ou absurdes.

F93

PASSER À LA
PAGE F 28
(ÉTAT DE
STRESS POST-
TRAUMATIQUE)

Quelles ont été les répercussions de ... (OBSESSION OU COMPULSION) dans votre vie?

C. Les obsessions ou compulsions :

? 1 2 3

F94

Est-ce que ça vous a beaucoup importuné(e) de ...? (OBSESSION OU COMPULSION)

- causent des sentiments marqués de détresse,
- occasionnent une perte de temps considérable (plus d'une heure par jour)
- ou interfèrent de façon significative avec les activités quotidiennes du sujet (fonctionnement professionnel, activités ou relations sociales habituelles).

Combien de temps passez-vous à ...? (OBSESSION OU COMPULSION)

PASSER À LA
PAGE F 28
(ÉTAT DE
STRESS POST-
TRAUMATIQUE)

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT, REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION UNE FOIS L'ENTREVUE TERMINÉE

- D. En présence d'un autre trouble de l'axe I, le contenu de l'obsession ou de la compulsion ne se résume pas à celui de l'autre trouble, par exemple
- obsession de la nourriture en cas de trouble de l'alimentation;
 - obsession de la drogue en cas de trouble lié à l'utilisation de psychotropes;
 - obsessions concernant l'apparence en cas de dysmorphophobie;
 - peur obsédante d'avoir une maladie grave en cas d'hypochondrie;
 - sentiment de culpabilité obsédant en cas d'épisode dépressif majeur;
 - compulsion à s'arracher les cheveux en cas de trichotillomanie

? 1 2 3

F95

PASSER À LA
PAGE F 28
(ÉTAT DE
STRESS POST-
TRAUMATIQUE)

Lorsque votre ... (OBSESSION OU COMPULSION) a commencé, preniez-vous des médicaments ou de la drogue ?

- E. L'obsession ou la compulsion n'est pas directement attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique

? 1 3

F96

Lorsque votre ... (OBSESSION OU COMPULSION) a commencé, souffriez-vous d'une maladie physique ?

ATTRIBU-
ABLE À UNE
MAL. PHYS.
OU À UNE
INTOX.

SI OUI : Qu'a dit le médecin ?

Exemples de maladies physiques :
certaines tumeurs du S.N.C

PASSER À LA
PAGE F 28
(ESPT)

Par intoxication, on entend :
l'intoxication par un psychotonique
(cocaïne, amphétamines).

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

LES CRITÈRES A, B, C, D et E DU TROUBLE
OBSESSIF-COMPULSIF SONT COTÉS 3.

1

3

F97

TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF

PASSER À
LA PAGE
F.28 (ESPT)

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

CHRONOLOGIE DU TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF

DANS LE DOUTE : Durant les 6 derniers mois, le fait de ... (OBSESSION OU COMPULSION) a-t-il eu des répercussions dans votre vie ou vous a-t-il beaucoup importuné(e) ?

Les symptômes éprouvés par le sujet au cours du dernier mois satisfont aux critères du trouble obsessionnel-compulsif.

? 1 3

F9

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

F9c

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DU TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF:

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble obsessionnel-compulsif mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble obsessionnel-compulsif dans le passé, mais prenant un ISRS et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. Antécédents de trouble obsessionnel-compulsif : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

F100

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DU TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes du trouble obsessionnel-compulsif : _____

F101

ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à ...? (OBSESSION OU COMPULSION)

Âge de survenue du trouble obsessionnel-compulsif : _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

F102

CONTINUER À
LA PAGE F.28
(ESPT)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE **(TROUBLE ACTUEL SEULEMENT)**

CRITÈRES **DIAGNOSTIQUES**

Au cours des derniers mois, avez-vous ressenti beaucoup de nervosité ou d'anxiété ?

Vous inquiétez-vous beaucoup au sujet d'événements fâcheux qui pourraient survenir ?

SI OUI : De quoi vous inquiétez-vous ?
(À quel point ?)

Pendant les six derniers mois, diriez-vous que vous vous êtes fait du mauvais sang plus d'un jour sur deux ?

- A. Anxiété et soucis excessifs (appréhension) pendant six mois ou plus et plus d'une journée sur deux, concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (comme le travail ou le rendement scolaire)

? 1 2 3 F13

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

Quand vous vous inquiétez de la sorte, trouvez-vous difficile de vous arrêter ?

- B. Le sujet a de la difficulté à maîtriser son inquiétude.

? 1 2 3 F1

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

Quand avez-vous commencé à vous inquiéter ?

- F. (2) Ne survient pas exclusivement durant l'évolution d'un trouble thymique, d'un trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement

? 1 2 3 F1

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

Je vais maintenant vous poser quelques questions concernant des symptômes qui accompagnent souvent la nervosité.

Lorsque vous avez ressenti de la nervosité ou de l'anxiété, au cours des 6 derniers mois :

- vous sentiez-vous souvent agité(e) ?
- aviez-vous de la difficulté à rester en place ?
- vous sentiez-vous survolté(e) ou à bout ?
- vous fatiguiez-vous facilement ?
- aviez-vous de la difficulté à vous concentrer ou aviez-vous des trous de mémoire ?
- étiez-vous souvent irritable ?
- aviez-vous souvent les muscles tendus ?
- aviez-vous souvent de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e) ?

C. L'anxiété et la nervosité s'accompagnent d'au moins trois des six symptômes suivants (certains symptômes s'étant manifestés plus d'un jour sur deux au cours des six derniers mois) :

(1) agitation ou impression d'être survolté ou à bout;

(2) fatigabilité;

(3) difficultés de concentration ou trous de mémoire;

(4) irritabilité;

(5) tension musculaire;

(6) troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, sommeil interrompu ou agité et non réparateur).

AU MOINS 3 DES SYMPTÔMES DÉCRITS EN « C » SONT COTÉS « 3 ».

? 1 2 3 F1

? 1 2 3 F1

? 1 2 3 F1

? 1 2 3 F1

? 1 2 3 F1

? 1 2 3 F1

? 1 2 3 F14

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

COTER À PARTIR DE L'INFORMATION RECUEILLIE PRÉCÉDEMMENT.

D. L'anxiété ou les soucis ne portent pas uniquement sur des éléments liés à un autre trouble de l'axe I, p.ex. :

- peur d'être embarrassé en public (phobie sociale),
- peur de la contamination (TOC),
- peur de s'éloigner de la maison ou de sa famille (angoisse de séparation),
- peur de prendre du poids (anorexie)
- peur d'être atteint d'une maladie grave (hypocondrie),

et ils ne sont pas associés à un état de stress post-traumatique.

? 1 2 3 F14

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

DANS LE DOUTE : Quels ont été les effets de votre anxiété, de vos soucis ou de vos ... (SYMPTOMES PHYSIQUES ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) sur votre vie?

(Avez-vous eu plus de difficulté à faire votre travail ou à rencontrer vos amis ?)

E. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques éprouvés par le sujet entraînent une détresse marquée ou un handicap notables sur les plans social ou professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie du sujet.

? 1 2 3 F14

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

Lorsque vous avez commencé à souffrir de ce genre d'anxiété, preniez-vous des médicaments, de la caféine, des pilules pour maigrir ou de la drogue ?

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommiez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de difficultés, souffriez-vous d'une maladie physique?

F. L'anxiété n'est pas directement attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3 F14

Par intoxication, on entend : l'intoxication par le cannabis ou par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépresseur du S.N.C. (alcool, sédatif, ou hypnotique).

ATTRIBUABLE
À UNE MAL.
PHYS. OU À
UNE INTOX.

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

SI OUI : Qu'a dit votre médecin?

Exemples de maladies physiques :

- hyperthyroïdie, hypothyroïdie
- hyperparathyroïdie, hypoglycémie, phéochromocytome,
- insuffisance cardiaque, arythmies,
- embolie pulmonaire,
- bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie,
- hyperventilation,
- carence en vitamine B-12,
- porphyrie, tumeur du S.N.C.,
- troubles vestibulaires, encéphalite.

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

LES CRITÈRES A, B, C, D, E et F DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE SONT COTÉS 3.

1 3 F148

ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE : _____ F149

- 1 Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

ÂGE DE SURVENUE DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à ...? (SYMPTÔMES ÉPROUVÉS PAR LE SUJET)

Âge de survenue de
l'anxiété généralisée : _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

PASSER AU MODULE SUIVANT

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

APPENDICE E

QUESTIONNAIRE SUR LES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Facteurs de risque associés à l'état de stress post-traumatique chez la population blessée médullaire

Code confidentiel : _____

Date de l'entrevue : _____

Évaluateur : _____

QUESTIONNAIRE SUR LES DONNÉES SOCIO- DÉMOGRAPHIQUES

203

Code confidentiel : _____ Institution : _____

Date : _____ Date de naissance : _____

Date de la lésion : _____ Délai post-traumatique _____

Cause de la lésion : _____

Homme ☐ Femme ☐

Niveau d'éducation :

Secondaire ☐

Professionnel ☐

Collégial ☐

Universitaire ☐

Autre : _____

Vivez-vous seul? Oui Non

Conjoint ☐ Parent ☐ Enfant ☐ Colocataire ☐

Êtes-vous en couple présentement? _____

Depuis combien de temps? _____

Avez-vous des enfants? _____

Est-ce qu'un ou des membres de votre famille a déjà éprouvé des difficultés

psychologiques? _____

Travaillez-vous présentement?

Spécifiez : _____

Si oui, occupez-vous le même emploi qu'avant votre lésion? _____

Si non, quel emploi occupiez-vous avant votre lésion? _____

Avez-vous recours à des assurances? : _____

Spécifiez : _____

Quel est votre revenu annuel? _____

Est-ce que votre domicile a été adapté à la suite de votre lésion? _____

Recevez-vous des soins infirmiers à domicile? _____

À quelle fréquence? _____

Avez-vous reçu des services psychologiques à la suite de votre lésion?

Si oui, décrivez :

Avez-vous été satisfait des services psychologiques offerts en réadaptation?

☐
pas du tout

☐
un peu

☐
passablement

☐
beaucoup

☐
énormément

Données médicales**Médicaments :**

Ex. Lioresal, Clonidine, Ditropan, Hytrin etc..

Sur le plan urinaire, quel est votre mode de miction? (comment urinez-vous?)

Cathétérismes intermittents, sonde à demeure, stent, mictions normales, poussées, percussions, etc.

Pouvez-vous contrôler vos besoins? (Contrôle sphinctérien)

Besoin urinaire? _____

Besoin fécal? _____

Avez-vous des spasmes? Quel est votre niveau de spasticité?**SPASMES :**

Ponctuels, en extension, en flexion, clonus Fréquence, niveau d'inconfort associé

Avez-vous subi des interventions pour la douleur?**Prenez-vous des médicaments spécifiquement pour la douleur?**

Évaluation ASIA de la lésion : _____

Score à la mesure d'indépendance fonctionnelle (FIM) : _____

Score à la SCIM : _____

Combien de temps avez-vous passé en réadaptation? _____

APPENDICE F

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES PSYCHOPATHOLOGIES

LE TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR (APA, 2004)

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 (APA, 2004)

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 (APA, 2004)

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 affection 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(APA, 2004)

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 (APA, 2004)

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 (APA, 2004)

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 (APA, 2004)

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.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Adams, M. M. et Hicks, A.L. (2005). Spasticity after spinal cord injury. *Spinal Cord*, 43, 577-586.
- Agaibi, C. E. et Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 6(3), 195-216.
- Aldwin, C., Folkman, S., Shaefer, C., Coyne, J. et Lazarus, R. (1980). Ways of coping checklist: A process measure. *American Psychological Association Meetings*. Colloque de Montréal mai 1980.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association's Psychology Help Center. (2009). *The road to resilience*. Récupéré de <http://www.apahelpcenter.org/featuredtopics/feature.php?id=6>
- Anaut, M. (2004). La résilience en situations de soins: approche théorico-clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 77, 9-19.
- Anderson, N. B., et Anderson, P. E. (2003). *Emotional longevity*. New York: Penguin.
- Anderson, C. J., Vogel, L. C., Chan, K. M. et Betz, R. R. (2008). Coping with spinal cord injury: Strategies used by adults who sustained their injuries as children or adolescents. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 31(3), 290-296.
- Atkinson, P. A., Martin, C. R. et Rankin, J. (2009). Resilience revisited. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 137-145.
- Basco, M. R., Bostic, J. Q., Davies, D., Rush, A. J., Witte, B., Hendrickse et Barnett, V. (2000). Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1599-1605.
- Belciug, M. P. (2001). Coping responses in patients with spinal cord injury and adjustment difficulties. *International Journal of Rehabilitation and Research*, 24, 157-159.

- Ben-Zur, H. (2009). Coping styles and Affect. *International Journal of Stress Management*, 16(2), 87-101.
- Bérubé, M. et Loisel, C., (2003). L'incertitude, le coping et l'espoir chez les blessés médullaires. *L'infirmière du Québec, Mars/Avril*, 16-24.
- Bombardier, C. H., Ehde, D. M., Stoelb, B. et Molton, I. R. (2010). The relationship of age-related factors to psychological functioning among people with disabilities. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 21, 281-297.
- Bombardier, C. H., Richards, S., Krause, J., Tulskey, D. et Tate, D. (2004). Symptoms of major depression in people with spinal cord injury: Implications for screening. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1749-1756.
- Bonanno, G. A. (2004). Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Bonanno, G. A. (2005a). Clarifying and extending the construct of resilience. *American Psychologist*, 60(3), 265-267.
- Bonanno, G. A. (2005b). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 135-138.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Buicciarelli, A. et Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York city in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3), 181-186.
- Bonanno, G. A., Kennedy, P., Galatzer-Levy, I. R. et Elfström, M. L. (2012). Trajectories of resilience, depression, and anxiety following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 57(3), 236-247.
- Bonanno, G. A., Moskowitz, J. T., Papa, A. et Folkman, S. (2005). Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(5), 827-843.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D. et Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of personality and social psychology*, 83(5), 1150-1164.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C, et Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives General Psychiatry*, 55(7), 626-632.

Buckelew, S. P., Baumstark, K. E., Frank, R. G. et Hewett, J. E. (1990). Adjustment following spinal cord injury, *Rehabilitation psychology*, 35(2), 101-109.

Cairns D. M., Adkins R. H., Scott, M., D. (1996). Pain and depression in acute traumatic spinal cord injury: Origins of chronic problematic pain? *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 77(4), 329-335.

Campbell-Sills, L., Cohan, S. L. et Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 585-599.

Carver, C. S. et Scheier, M. F. (1997). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.

Carver, C. S., Scheier, M. F. et Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A theoretically approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

Catalano, D., Chan, F., Wilson, L., Chiu C.-Y. et Muller, V. R. (2011). The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury: A structural equation model. *Rehabilitation Psychology*, 56(3), 200-211.

Catz, A., Itzkovich, M., Tesio, L., Biering-Sorensen, F., Weeks, C., Laramée, M.-T., Craven, B. C., Tonack, M., Hitzig, S. L., Glaser, E., Zeilig, G., Aito, S., Scivoletto, G., Mecci, M., Chadwick, R. J., El Masry, W. S., Osman, A., Glass, C. A., Silva, P., Soni, B. M., Gardner, B. P., Savic, G., Bergström, M., Bluvstein, V. et Ronen, J. (2007). A multicenter international study on the Spinal Cord Independence Measure, version III: Rasch psychometric validation. *Spinal Cord*, 45, 275-291. DOI:10.1038/sj.sc.3101960

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*, 22(11), 501-507.

Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry*, 161, 195-216.

Chaudieu, I., Norton, J., Gandubert, C., Plante, V. et Ritchie, K. (2001). *L'Échelle de résilience de Connor et Davidson - traduction/rétrotraduction*. [Document non publié]. Inserm E361.

Chevalier, Z., Kennedy, P. et Sherlock, O. (2009). Spinal cord injury, coping and psychological adjustment: a literature review. *Spinal Cord*, 47, 778-782.

- Chung, M. C., Preveza, E., Papandreou, K. et Prevezas, N. (2006). The relationship between posttraumatic stress disorder following spinal cord injury and locus of control. *Journal of Affective Disorders*, 93, 229-232.
- Cicchetti, D. et Garmezy, N. (1993). Prospects and promises in the study of resilience. *Development and Psychopathology*, 5, 497-502.
- Connor, K. M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(2), 46-49.
- Connor, K. M. et Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Connor, K. M. et Davidson, J. R. T. et Lee, L.-C. (2003). Spirituality, resilience and anger in survivors of violent trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 487-494.
- Craig, A. (2012). Resilience in people with physical disabilities. Dans P. Kennedy (dir.), *The Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology* (p. 474-491). New York: Oxford University Press.
- Craig, A. R., Hancock, K. M. et Dickson H. G. (1994). A longitudinal investigation into anxiety and depression in the first 2 years following a spinal cord injury. *Paraplegia*, 32, 675-679.
- Craig, A., Tran, Y. et Middleton, J. (2009). Psychological morbidity and spinal cord injury : a systematic review. *Spinal Cord*, 47, 108-114.
- Cuff, L., Fann, J., R, Bombardier, C. H., Graves, D. E. et Zalpajian, C. Z. (2014). Depression, pain intensity, and interference in acute spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20(1), 32-39.
- Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris: Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2003). *Le murmure des fantômes*. Paris: Odile Jacob.
- Davey, M., Eaker Goettler, D. et Henley Walters, L. (2003). Resilience Processes in Adolescents: Personality Profiles, Self-Worth, and Coping. *Journal of Adolescent Research*, 18(4), 347-362.

Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30, 479-495.

deRoos-Cassini, T. A., de St. Aubin, E., Valvano, A., Hastings, J. et Horn, P. (2009). Psychological well-being after spinal cord injury : Perception of loss and meaning making. *Rehabilitation Psychology*, 54(3), 306-314.

deRoos-Cassini, T. A., Mancini, A. D., Rusch, M. D. et Bonanno, G. A. (2010). Psychopathology and resilience following traumatic injury : A latent growth mixture model analysis. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 1-11.

Dryden, D. M., Saunders, L. D., Rowe, B. H., May, L. A., Yiannakoulis, N., Svenson, L. W., Schopflocher, D. P et Voaklander, D. C. (2003). The epidemiology of traumatic spinal cord injury in Alberta, Canada. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 30(2), 113-121.

Elfström, M. L., Kreuter, M., Ryden, A., Persson, L.-O. et Sullivan, M. (2002). Effects of coping on psychosocial outcome when controlling for background variables: a study of traumatically spinal cord lesioned persons. *Spinal Cord*, 40, 408-415.

Elfström, M., L., Ryden, A., Kreuter, M., Persson, L.-O. et Sullivan, M. (2002). Linkages between coping and psychological outcome in the spinal cord lesioned: development of SCL-related measured. *Spinal Cord*, 40, 23-29.

Elfström, M., L., Ryden, A., Kreuter, M., Taft, C. et Sullivan, M. (2005). Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 9-16.

Elliot, T. R. et Frank, R. G. (1996). Depression following Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 816-823.

Elliott, T., Kurylo, M. et Rivera, P. (2002). Positive growth following acquired disability. In C. R. Snyder et S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 687-699). New York: Oxford University Press.

El Masri(y), W. S. et Short, D. J. (1997). Current concepts : spinal injuries and rehabilitation. *Current Opinion in Neurology*, 10(6), 484-492.

Fann, J. R., Bombardier, C. H., Richards, S., Tate, D. G., Wilson, C., S., et Temkins, C. (2011). Depression after spinal cord injury: comorbidities, mental health service use, and adequacy of treatment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(3), 352-360.

Farry, A. et Baxter, D. (2010). *The incidence and prevalence of spinal cord injury in Canada*. Vancouver: Urban Futures Institute & Rick Hansen Institute. Récupéré de <http://www.urbanfutures.com/reports/Report%2080.pdf>

Felton, B. J. et Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(3), 343-353.

Felton, B. J. et Revenson, T. A. et Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science and Medicine*, 18(10), 889-898.

Filion, L. et Desbiens, J.-F. (2008). COPE, version française [Document non publié]. Université Laval.

Fletcher, D. et Sarkar, M. (2013). Psychological resilience. A review and critiques of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), p. 12-23.

Folkman, S. et Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process : study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. et Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. et DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.

Frank, R. G., Umlauf, R. L., Wonderlich, S. A., Askanazi, G. S., Buckelew, S. P., et Elliott, T. R. (1987). Differences in coping styles among persons with spinal cord injury: a cluster analysis approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(5), 727-731.

Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosevinge, J. H. et Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(1), 29-42.

Furlan, J. C., Krassioukov, A., Miller, W. C., Trenaman, L. M. (2014). Epidemiology of traumatic spinal cord injury. Dans Eng, J. J., Teasell, R. W., Miller, W. C., Wolfe, D. L., Townson, A. F., Hsieh, J. T. C., Connolly, S. J. Noonan, V. K., Loh, E.,

McIntyre, A. (dir.) *Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence. (Version 5.0, 1-121)*. Vancouver. Récupéré de <http://www.scireproject.com/book/export/html/10>

Galvin, L. R. et Godfrey, H. P. D. (2001). The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spinal Cord*, 39, 615-627.

Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environment. *Pediatrics*, 20, 459-466.

Gillepsie, B. M., Chaboyer, W. et Wallis, M. (2007). Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemporary Nurse*, 25, 125-145.

Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J. et Tarrier, N. (2011). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 262-270.

Hamelin, A. et Jourdan-Ionescu, C. (2011). Les instruments d'évaluation du processus de résilience. *Développement humain, handicap et changement social*, 19(1), 75-83.

Hoffman, J. M., Bombardier, C. H., Graves, D. E., Kalpakjian, C. Z. et Krause, J. S. (2011). A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after spinal cord injury. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 92(3), 411-418.

Huang, M. F. (2009). *Resilience in chronic disease: The relationship among risk factors, protective factors, adaptive outcomes, and the level of resilience in adults with diabetes*. (Thèse de philosophie). Queensland University of Technology. Récupéré de http://eprints.qut.edu.au/30313/1/Min-Feng_Huang_Thesis.pdf

Ionescu, S. (2011). Le domaine de la résilience assistée. Dans S. Ionescu (dir.), *Traité de résilience assistée (3-18)*. Paris: Presses Universitaires de France.

Ionescu, S. et Jourdan-Ionescu, C. (2011). Évaluation de la résilience. Dans S. Ionescu (dir.), *Traité de résilience assistée (61-135)*. Paris: Presses Universitaires de France.

Jacelon, C. (1997). Trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 123-129.

Jalowiec, A. (1991). *Psychometrics Results on the 1987 Jalowiec Coping Scale*. [Document non publié Chicago]. Loyola University.

- Janoff Bulman, R. et Wortman, C. B. (1977). Attributions of blame and coping in the "real world" : severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(5), 351-363.
- Kennedy, P. Duff, J. (2001). Post traumatic stress disorder and spinal cord injuries. *Spinal Cord*, 39(1), 1-10.
- Kennedy, P. Duff, J., Evans, M. et Beedie, A. (2003). Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following spinal cord injuries. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(1), 41-52.
- Kennedy, P., Lowe, R., Grey, N. et Short, E. (1995). Traumatic spinal cord injury and psychological impact: a cross-sectional analysis of coping strategies. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 627-639.
- Kennedy P., Lude P. et Taylor N. (2006). Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord*, 44, 95-105.
- Kennedy, P. Marsh, N., Lowe, R., Grey, N., Short, E. et Rogers, B. (2000). A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. *British Journal of Health Psychology*, 5, 157-172.
- Kennedy P. et Rogers, B. A. (2000). Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 932-937.
- Kennedy, P. et Smithson, E. F. (2012). *The Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology*. Oxford : Kindle.
- Kessler, R. C., Berglund, P., DernIer, O., Jin, R., Merikangas, K. R. et Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Dernler, O., Merikangas, K. R. et Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kilic, S. A., Dorstyn, D. S. et Guiver, N. G. (2012). Examining factors that contribute to the process of resilience following spinal cord injury. *Spinal Cord*, 51, 553-557.

- Kishi, Y., Robinson, R. G. et Kosier, J. T. (2001). Suicidal ideation among patients with acute life threatening physical illness: patients with stroke, traumatic brain injury, myocardial infarction, and spinal cord injury. *Psychosomatics*, 42(5), 382-390.
- Krause, J. S., Carter, R. E., Pickelsimer, E. E. et Wilson, D. (2008). A prospective study of health and risk mortality after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(8), 1482-1491.
- Krause, J. S. et Dawis, R. (1992). Prediction of life satisfaction after spinal cord injury: A four-year longitudinal approach. *Rehabilitation Psychology*, 37, 49-59.
- Krause, J. S., Saunders, L. L. et Newman, S. (2010). Posttraumatic stress disorder and spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 1182-1187.
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., Taillefer, S. et Helzer, J. (1995). *Development of a Structured Diagnostic Interview for Functional Somatic Syndromes (Working Paper No. 5)*. Culture & Mental Health Research Unit, Department of Psychiatry, Sir Mortimer B. Davis—Jewish General Hospital, Montréal.
- Kirshblum, S. et Campagnolo, D. I. (dir.) (2011). *Spinal cord medicine* (2^e éd). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Knibb, R. C. et Horton, S. B. (2008). Can illness perceptions and coping predict psychological distress amongst allergy sufferers? *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 103-119.
- Krueger, H., Noonan, V. K., Trenaman, L. M., Joshi, P. et Rivers, C. S. (2013). *The economic burden of traumatic spinal cord injury in Canada*. *Chronic Disease and Injuries in Canada*, 33(3). Préparé pour l'Institut Rick Hansen. Delta: Krueger & Associates. Récupéré de <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcbc/33-3/ar-01-eng.php>
- Iova, S., Popescu, C. A., Iova, A., Camelia, D., Mihancea, P. et Buzoianu, A. D. (2014). Personality traits in multiple sclerosis : association with mood and anxiety disorders in a Romanian patients sample. *Human & Veterinary Medicine Bioflux*, 6(4), 164-168.
- Jourdan-Ionescu, C. (2001). Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience. *Revue québécoise de psychologie*, 22(1), 163-186.
- Landis, J. R. et Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.

- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York : Springer Publishing Company.
- Lecomte, J. (2002). Qu'est-ce que la resilience? Question faussement simple. Réponse nécessairement complexe. *Pratiques psychologiques*, 1, 7-14.
- Lefebvre, H. et Michallet, B. (2011). Editorial. *Développement humain, handicap et changement social*, 19(1), 5-6.
- Levin, F.R., Evans, S.M. et Kebler, H.D. (1998). Prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 52(1), 15-25.
- Lidal, I. B., Huynh, T. K., Bieiring-Sørensen, F. (2007). Return to work following spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 29(17), 1341-1375.
- Linley, A. et Joseph, S. (2005). The human capacity for growth through adversity. *American Psychologist*, 60(3), 262-264.
- Litz, B. T. (2005). Has resilience to severe trauma been underestimated? *American Psychologist*, 60(3), 262-262.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience : Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. et Bronwyn, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Luthar, S. S. et Zigler, E. (1991). Intelligence and social competence among high-risk adolescents. *Development and Psychopathology*, 4, 287-299.
- Manciaux, M. R., Vanistendael, S., Lecomte, M. et Cyrulnik, B. (2001). La résilience aujourd'hui. Dans Manciaux, M. (dir.), *La résilience : résister et se construire*. Genève : Éditions Médecine et Hygiène, Collection Cahiers Médicaux Sociaux.
- Mancini, A. D. et Bonanno, G. A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: clinical Practices and illustrations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(8), 971-985.
- Martz, E., Livneh, H. (2007). *Coping with Chronic Illness and Disability Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects*. New York: Springer.

Martz, E., Livneh, H., Priebe, M., Wuermsier, L. A. et Ottomanelli, L. (2005). Predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury or disorder. *Archive of Physical Medicine and rehabilitation*, 86, 1182-1192.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.

Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems : Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921-930.

Masten, A., Best, K. et Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.

Marziali, E., McDonald, L. et Donahue, P. (2008). The role of coping humor in the physical and mental health of older adults. *Aging & Mental Health*, 12(6), 713-718. doi: 10.1080/13607860802154374

Michallet, B. (2009-2010). Résilience: perspective historique, défis théoriques et enjeux cliniques. *Frontières; résilience et deuil*, 22(1-2), 10-18. DOI: 10.7202/045021ar

Miller, E. (2003). Reconceptualizing the role of resiliency in coping and therapy. *Journal of loss and trauma*, 8, 239-246.

Moore, A. D., Bombardier, C. H., Brown, P. B. et Patterson, D. R. (1994). Coping and emotional attributions following spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation and Research*, 17, 39-48.

Nagase, Y., Uchiyama, M., Kaneita, Y., Li, L., Kaji, T., Takahashi, S., Konno, M., Mishima, K., Nishikawa, T. et Ohida, T. (2009). Coping strategies and their correlates with depression in the Japanese general population. *Psychiatry Research*, 168(1) 57-66. doi: 10.1016/j.psychres.2008.03.024.

Nagase Y1, Uchiyama M, Kaneita Y, Li L, Kaji T, Takahashi S, Konno M, Mishima K, Nishikawa T, Ohida T.

National Spinal Cord Injury Statistical Center. (2006). Récupéré de <http://www.spinalcord.uab.edu>

National Spinal Cord Injury Statistical Center. (2013). *Facts and figures at a glance*. Récupéré de <http://www.spinalcord.uab.edu>

Newman, R. (2005). APA's resilience initiative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(3), 227-229.

Nielsen, M. S. (2003a). Prevalence of posttraumatic stress disorder in persons with spinal cord injuries: the mediating effect of social support. *Rehabilitation psychology*, 48, 289-295.

Nielsen, M. S. (2003b). Crisis support and coping as mediators of well-being in persons with spinal cord lesion. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10(2), 91-99.

Noonan, V. K., Fingas, M., Farry, A., Baxter, D., Singh, A., Fehlings, M. G. et Dvorak, M. F. (2012). Incidence and Prevalence of Spinal Cord Injury in Canada: A National Perspective. *Neuroepidemiology*, 38, 219-226.

North, N. T. (1999). The psychological effects of spinal cord injury: a review. *Spinal Cord*, 37, 671-679.

Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409-418.

Norris, F. H., Tracy, M. et Galea, S. (2009). Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories to stress. *Social Science & Medicine*, 68, 2190-2198.

O'Donnell, M. L., Creamer, M., Bryant, R. A., Schnyder, D. et Shalev, A. (2003). Posttraumatic disorders following injury: an empirical and methodological review. *Clinical Psychology Review*, 23, 587-603.

O'Dougherty Wright, M., Masten, A., S. et Narayan, A. J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. Dans S. Goldstein et R. B. (dir.), *Handbook of resilience in children* (p. 17-37). New York: Springer Science+Business Media. DOI 10.1007/978-1-4614-3661-4_2

Otis, C., Marchand, A. et Courtois, F. (2012). Peritraumatic dissociation as a mediator of peritraumatic distress and PTSD: A retrospective, cross-sectional study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13, 469-477.

Ottensbacher, K.J., Hsu, Y., Granger, C.V. et Fieldler, R.C. (1996). The reliability of the Functional Independence Measure: A quantitative review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 1226-1232.

Pandyan, A. D., Gregoric, M., Barnes, M. P. et al. (2005). Spasticity: clinical perceptions, neurological realities and meaningful measurement. *Disability and Rehabilitation*, 27, 2-6.

Papalia, D. E., Olds, S. W., Feldman, R. D. et Gross, D. L. (2009). Psychologie du développement humain. Bruxelles: De Boeck. Récupéré de <http://books.google.ca/>

Pollard, C. et Kennedy, P. (2007). A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury : A 10-year review. *British Journal of Health Psychology*, 12, 347-362.

Quale, A. J. et Schanke, A.-K. (2010). Resilience in the face of coping with a severe physical injury : A study of trajectories of adjustment in a rehabilitation setting. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 12-22.

Quale, A. J., Schanke, A. K., Frøslie, K F. et Røise, O. (2009) Severity of injury does not have any impact on posttraumatic stress symptoms in severely injured patients. *Injury*, 40(5), 498-505.

Radnitz, C. L., Hsu, L., Willard, J., Perez-Strumolo, L., Festa, J, Lillian, L. B., Walczak, S., Tirch, D. D., Schlein, I. S., Binks, M. et Broderick, C. P. (1998). Posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury: trauma related risk factors. *Journal of traumatic stress*, 11(3), 505-520.
DOI: 10.1023/A:1024404729251

Radnitz, C. L., Schlein, L. S., Walcsak, S., Broderick, C. P. Binks, M., Tirch, D. D., Willard , J. Perez-Strumolo , L. Festa , J. Lillian , L. B. Bockian , N. Cytryn , A., Green, L (1995). The prevalence of posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury. *SCI Psychosocial Process*, 8, 145-149.
DOI: 10.1037/0021-843X.107.4.676

Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 307-321.

Richardson, G. E. (2011). The application of the metatheory of resilience and resiliency in rehabilitation and medicine. *Développement humain, handicap et changement social*, 19(1), 35-42.

Richmond T.S., Kauder D. (2000). Predictors of psychological distress following serious injury. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 681-692.

Rioli, L., Savicky, V. et Cepani, A. (2002). Resilience in the face of catastrophe: optimism, personality, and coping in the Kosovo Crisis. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(8), 1604-1627.

Rogers, R. (2001). *Handbook of Diagnostic and Structured Interviewing*. New York, NY: The Guilford Press.

Rogers, D., Jarvis, G. et Najarian, B. (1993). Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality Individual Differences*, 15(6), 619-626.

Roisman, G. I. (2005). Conceptual clarifications in the study of resilience. *American Psychologist*, 60(3), 264-265.

Rousseau, S. (2010). Les facteurs de protection individuels, familiaux et environnementaux qui favorisent la résilience. *Développement humain, handicap et changement social*, 19(1), 61-67.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598- 611.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.

Saunders, L. L., Krause, J. S. et Flocht, K. L. (2012). A longitudinal study of depression in survivors of spinal cord injury. *Spinal Cord*, 50, 72-77.

Schönenberg, M., Reimitz, M., Jusyte, A., Maier, D., Badke, A. et Hautzinger, M. (2014). Depression, posttraumatic stress, and risk factors following spinal cord injury. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(1), 169-176.

Schönherr, M. C., Groothoff, J. W., Mulder, G. A. et Eisma, W. H. (2005). Vocational perspectives after spinal cord injury. *Clinical Rehabilitation*, 19, 200-208.

Schulz, R. et Decker, S. (1985). Long-term adjustment to physical disability: the role of social support, perceived control, and self-blame. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(5), 1162-1172.

Scivoletto, G., Petrelli, A., Di Lucente, L. et Castellano, V. (1997). Psychological investigation of spinal cord injury patients. *Spinal Cord*, 35(8), 516-520.

Seligman, M. E. P. et Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology : An introduction. *American psychologist*, 55(1), 5-14.

Shalev, A. Y. Peri, T., Canetti, L. et Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors : a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153(2), 219-225.

Shin, J.-I., Chae, J.-H., Min, J.-A., Lee, C.-U., Hwang, S.-I., Lee, B.-S., Han, S.-H., Ju, H.-I. et Lee, C.-Y. (2012). Resilience as a possible predictor for psychological distress in chronic spinal cord injured patients living in the community. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 36(6), 815-820.

Siddal, P. J., McClelland, J. M., Rutkowski, S. B. et Cousins M. J. (2002). A longitudinal study of the prevalence and characteristics of pain in the first 5 years following spinal cord injury. *PAIN*, 103(3), 249-257.

Sie, I. et Waters, R. L. (2003). Outcomes following spinal cord injury, Dans W. L. Vernon (dir.), *Spinal Cord Medicine* (p.87-103). New-York: Demos.

Spitzer, M., Gibbon, M. et Williams, J. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders*. New York: Biometrics Research Department.

State University of New York at Buffalo. (1997). *Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation (including the FIM(TM) instrument)*. (Version 5.1). Buffalo, NY.

Stineman, M. G., Shea, J. A., Jette, A., Tassoni, C. J., Ottenbacher, K. J., Fiedler, R. et Granger, C. V. (1996). The Functional Independence Measure: Test of scaling assumptions, structure, and reliability across 20 diverse impairment categories. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 1101-1108.

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.

Tan-Kristanto, S. et Kiropoulos, L. A. (2015). Resilience, self-efficacy, coping styles and depressive and anxiety symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 20(6), 635-645.
doi: 10.1080/13548506.2014.999810.

Tétrault, M. et Courtois, F. (2014). L'usage de substances psychoactives chez les personnes ayant une lésion médullaire: état des connaissances. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*,
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.10.002>

Tisseron, S. (2011). Résilience et empathie : la cause commune des soignants et des soignés. *Développement humain, handicap et changement social*, 19(1), 43-49.

Tugade, M. M. et Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333.

Tugade, M. M., Fredrickson, B. L. et Feldman Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1161-1190.

Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B. et Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14, 171-181.

Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D. et Becker, J. (1985). The ways of coping checklist : Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.

Ventura, J., Liberman, R. P., Green, M. F., Shaner, A. et Mintz, J. (1998). Training and quality assurance with Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I/P). *Psychiatry Research*, 79(2), 163-173.

Waugh, C. E., Fredrickson, B. L. et Taylor, S.F. (2008). Adapting to life's slings and arrows: individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *Journal of Research in Personality*, 42, 1031-1046.

Werner, E. et Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.

Westerkam, D., Saunders, L. L. et Krause, J. S. (2011). Association of spasticity and life satisfaction after spinal cord injury. *Spinal Cord*, 49(9), 990-994.

White, B., Driver, S. et Warren A. M. (2008). Considering resilience in the rehabilitation of the people with traumatic disabilities, *Rehabilitation Psychology*, 53, 9-17.

White, B., Driver, S. et Warren A. M. (2010). Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 23-32.

Windle, G. (2011). What is resilience ? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21, 152-169.

Windle, G., Bennet, K. M. et Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(8), 1-18.

Wineman, M., Durand, E. J., Steiner, R. P. (1994). A comparative analysis of coping behaviors in persons with multiple sclerosis or a spinal cord injury. *Research in Nursing and Health*, 17, 185-194.

Wyndaele, M. et Wyndaele, J.-J. (2006). Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury : what learns a worldwide literature survey? *Spinal Cord*, 44, 523-529.

Yi, J. P., Smith, R. E. et Vitaliano, P. P. (2005). Stress-resilience, illness, and coping: A person focused investigation of young women athletes. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(3), 257-265.

Young, M. E., Rintala, D. H., Rossi, D. et Hart, K. A. (1995). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76(6), 525-532.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F.R. (2001). Attainment and maintenance of reliability of axis I and axis II disorders over the course of a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 42(5), 369-374.

Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L. C., Grilo, C. M., Shea, M. T., McGlashan, T. H. et Gunderson, J. G. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of Axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14, 291-299.

Zatzick, D. F., Kang, S. M., Muller, H. G., Russo, J. E., Rivara, F. P., Katon, W., et al. (2002). Predicting posttraumatic distress in hospitalized trauma survivors with acute injuries. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 941-946.

Zimmerman, M. et Mattia, J. I. (1998). Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: Recognition, prevalence, comorbidity, demographic and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 39(5), 265-270.

LEXIQUE

AIS	American Impairment Scale
APA	American Psychiatric Association
ASIA	American Spinal Injury Association
CD-RISC	Échelle de résilience de Connor et Davidson
CRIR	Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal Métropolitain
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
ESPT	État de stress post-traumatique
SCID	Structured Clinical Interview
SPSS	Statistical Package for the social science