



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine spécialisée

Par

Olivier Volpe
Né le 26 avril 1981 à Vénissieux (69)

le mercredi 28 mars 2012

Étude COPH

Étude descriptive recherchant des co-morbidités psychiatriques
chez des patients porteurs d'un handicap physique.

Président du Jury : Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN

Membres du jury : Monsieur le Professeur Jean PAYSANT
Monsieur le Professeur Bernard KABUTH
Monsieur le Docteur Jérôme LEROND

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Administrateur Provisoire de l'Université de Lorraine : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Asseseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN
Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude
PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT
Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT Colette
VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET
3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,

HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétiq

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT
Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON
Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô
Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN;

Professeur de Psychiatrie d'adulte;
Chef de service du Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
du CHU de Nancy ;

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et d'avoir accepté de la diriger.
Ce travail n'aurait jamais commencé sans votre présence, votre imagination et votre compétence.
Vos qualités professionnelles et humaines sont un exemple pour nous.

Nous souhaitons que vous trouviez dans ce travail le témoignage de notre gratitude et de notre grande estime.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Jean PAYSANT ;

Professeur de Médecine Physique et de Réadaptation ;
Chef de service de l'Institut Régional de Réadaptation (IRR) du CHU de Nancy.

Vous nous faites l'honneur de siéger parmi nos juges et nous avoir accueillis dans votre structure.
Ce travail n'aurait pu aboutir sans vos conseils avisés, votre amabilité et votre disponibilité.
Vos connaissances et votre rigueur scientifique sont pour nous un modèle.

Recevez ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH,

Professeur de Pédopsychiatrie ;
Chef de service du service de Pédopsychiatrie à l'Hôpital d'enfant du CHU de Nancy.

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté d'être présent pour juger ce travail.
Nous vous remercions de nous avoir accordé votre confiance et votre bienveillance.
Vos qualités d'enseignement, votre disponibilité et votre amabilité ont marqué nos esprits.

Soyez assuré de toute notre reconnaissance et de toute notre gratitude.

A MON MAITRE ET JUGE

Monsieur le Docteur Jérôme LEROND,

Docteur en Psychiatrie d'adulte ;

Chef de Pôle du deuxième secteur de psychiatrie générale du Centre Psychothérapeutique de Nancy.

Vous nous faites l'honneur d'évaluer ce travail.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous nous portez en acceptant de faire partie de notre jury.

Vos remarques et vos conseils furent indispensables à la réalisation de ce travail.

Trouvez ici l'expression de nos sincères salutations.

Sincères remerciements...

Au Dr Agrinier Nelly du service Épidémiologie et Évaluation Cliniques du CHU de Nancy.

Merci pour votre aide inestimable, sans vous cette thèse n'aurait jamais abouti.

Aux différents médecins qui m'ont accompagné et formé au cours de mon internat :

Jean-Luc Senninger, Denis Meyer, Bruno Scheifler,
Frédéric Triebisch, Yvon Atamaniuk, Sylviane Lyasse, Mihaela Pacureanu
Jean-Pierre Khan, Philippe Aïm, Pierrette Witkowski,
Anne Dall'Asta, Michelle François, Olivier Scarpa,
Jacques Henri, Elisabeth Carmaux, Élise Rakotoarisoa, Jean-Charles et Sandrine Rouchiche.

Merci de m'avoir donné confiance en moi, de m'avoir transmis l'amour de cette spécialité et de m'avoir permis de partager votre savoir ces dernières années.

A mes collègues qui ont su rendre les études et le travail merveilleux:

Jérôme, Maxime, Djaber, Émilie, Virginie, Joseph, Mickaël, Julien, Cathy, Élodie, Marine, Philippe, Raluca, Estelle, Félix, Assia, Lucie, Sarah, Yann, Salim, Sophie,...

Merci de m'avoir accompagné et d'avoir été là au cours de cette merveilleuse période.

Aux équipes soignantes de Sarreguemines, Metz et Nancy.

Merci pour le bonheur d'avoir pu travailler avec vous au quotidien.

A mon équipe au centre hospitalier d'Erstein.

Merci de m'accueillir pour cette nouvelle aventure qui commence...

Enfin, et surtout...

A ma chère et tendre Virginie, sans qui je n'aurais jamais eu le courage d'aller jusqu'au bout. Merci de m'avoir motivé et surtout supporté.

A ma mère, qui a toujours été d'une patience et d'une gentillesse sans limite. Sans toi, je n'en serais pas là aujourd'hui.

A mon père, qui a toujours été d'une générosité et d'une disponibilité de chaque instant. Merci de m'avoir inculqué le goût du travail et de l'effort.

A Mathieu, mon frère adoré, avec qui j'ai passé de si merveilleux moments. Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites et en espérant te revoir très vite.

A mon grand père Roland, pour son énergie et son dynamisme hors du commun.

A ma grand mère Lydia, toujours présente quoi qu'il arrive.

A mon grand-père François et à ma grand-mère Yvette, j'aurais tant aimé que vous puissiez être présents dans ce grand moment.

A mes amis de toujours et de chaque instant, Alexis, Bruno, Rémi, Yvan, Lucie, Delphine, Frank, Guillaume, Nicolas, Jean, Mickaël, Benjamin, Cédric, Navid, Juliette, Sébastien, Audrey, Clément.

A Maryvonne, pour son accueil, sa gentillesse et sa cuisine...

A Guy et Edmonde, pour avoir participé à mon éducation.

A mes cousins, cousines, oncles et tantes.

A Tom et Polly, pour leurs ronrons quotidiens...

A tout le reste de ma famille... et belle famille.

A tous ceux que j'aurais malheureusement oublié dans l'exercice difficile de l'écriture.

Merci à tous du fond du cœur...

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

table des matières

	Page
I. Introduction.....	1
II. Méthodologie.....	2
2.1. Présentation du type d'étude.....	2
2.2. Population étudiée, lieu et date de recrutement	2
2.3. Critères d'inclusion.....	3
2.3.1. Critère d'age.....	3
2.3.2. Critère de sexe.....	3
2.3.3. Critère juridique.....	3
2.3.4. Critère cognitif.....	3
2.3.5. Critère d'accord.....	3
2.3.6. Critère de délai.....	3
2.3.7. Critère de pathologie.....	4
2.4. Critères d'exclusion.....	5
2.4.1. Critère d'age.....	5
2.4.2. Critère de sexe.....	5
2.4.3. Critère juridique.....	5
2.4.5. Critère d'accord.....	5
2.4.6. Critère de délai.....	5
2.4.7. Critère de pathologie.....	5
2.5. Lettre d'information au patient.....	6
2.6. Méthodologie pratique.....	6

2.7. outil de recueil des mesures.....	7
2.7.1. Renseignements cliniques.....	7
2.7.2. HAD Hospital Anxiety Depression Scale.....	8
2.7.3. Test de Fagerstrom de Dépendance à la Nicotine.....	9
2.7.4. AUDIT Alcohol Use Disorders Identification Test.....	10
2.7.5. CAST Cannabis Abuse Screening Test.....	11
2.7.6. DAST 20 Drug Abuse Screening Test.....	12
2.7.7. Mesure d'indépendance fonctionnelle.....	13
III. Résultats.....	14
3.1. Résultats généraux.....	14
3.1.1. Répartition par sexe.....	14
3.1.2. Répartition par pathologies.....	14
3.1.3. Répartition par age.....	15
3.1.4. Variation du score MIF selon la pathologie.....	16
3.1.5. Ancienneté du traumatisme.....	18
3.1.6. Suivi global par pathologie	19
3.2. Résultats par pathologie.....	21
3.2.1. Dépression.....	21
3.2.2. Anxiété.....	25
3.2.3. Dépendance au tabac.....	28
3.2.4. Dépendance à l'alcool.....	31
3.2.5. Dépendance au Cannabis.....	34
3.2.6. Dépendance aux drogues.....	37
IV. Discussion.....	40
4.1. Biais de sélection.....	40
4.2. Biais d'interrogatoire ou d'information.....	41
4.3. Biais de confusion.....	42
V. Conclusion.....	43
Annexes.....	44
Bibliographie.....	55

Introduction

Problématique

Un traumatisme physique grave est une épreuve difficile pour un sujet. En plus des séquelles physiques « visibles », parfois définitives, différentes co-morbidités psychiatriques souvent insidieuses, leur seront fréquemment associées.(1) (2) Or, ces répercussions psychiques peuvent avoir un rôle prépondérant dans la prise en charge du patient en terme de qualité des soins, de coût financier et de pronostic.(3)

Selon l'OMS, le handicap résulte pour un individu donné d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels.(4)

Au niveau légal, constitue un handicap « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (5)

Il y aurait environ cinq millions de personnes handicapées en France, dont 2 millions de personnes à mobilité réduite et environ trente pour cent des déficiences motrices seraient d'origine accidentelle. (6)

Néanmoins, entre l'absence d'accord d'une part sur des définitions communes sur le handicap, la dispersion et l'aspect fragmentaire des données et l'absence de données fiables et exhaustives sur le sujet d'autre part, les données épidémiologiques sur le handicap restent floues, souvent extrapolées.

Objectifs :

L'objectif principal de ce travail de thèse de doctorat est de décrire la fréquence de plusieurs co-morbidités psychiatriques (dépression, anxiété, dépendance au tabac, à l'alcool, au cannabis, aux drogues et aux médicaments) dans une population de patients porteurs d'un handicap physique acquis séquellaire (paraplégie, tétraplégie, syndrome de la queue de cheval, amputation et polytraumatisme). L'objectif secondaire est de déterminer si la sévérité du handicap est un facteur de risque de présence et d'intensité des co-morbidités psychiatriques potentiellement associées au handicap.

Dans un premier temps, il sera fait une description de la méthodologie employée dans cette étude.

Dans une deuxième partie, les résultats de l'étude seront décrits, analysés et discutés.

L'ensemble de ce travail sera conclu et discuté dans une dernière partie.

II. Méthodologie

2.1. Présentation du type d'étude

L'étude COPH (Co-morbidités Psychiatriques et Handicap) est une étude descriptive recherchant des co-morbidités psychiatriques (dépression, anxiété, dépendance à l'alcool, tabac, cannabis, médicament et drogues) dans une population de patient porteur d'un handicap physique (paraplégie, tétraplégie, syndrome de la queue de cheval, polytraumatisme et amputation).

L'étude recherche également si un lien existe entre la sévérité d'un handicap et l'intensité des co-morbidités psychiatriques associées.

Les études descriptives étudient la morbidité ou la mortalité dans la population, et leur occurrence et leur répartition au sein des groupes de population.(4)

Ce type d'étude est basé sur les constatations relatives à une série de cas d'une pathologie donnée ou à une série de cas traités, sans désignation spécifique d'un groupe témoin.

Le nombre de cas de la maladie constitue le numérateur dans l'étude, donc celle-ci ne doit pas servir pour faire une évaluation de risques. (4)

2.2. Population étudiée, lieu et date de recrutement

Le recrutement de l'étude s'est déroulé à l'Institut Régional de Médecine Physique et de Réadaptation (IRR) de Nancy entre octobre et novembre 2011.

Le recrutement des patients amputés et polytraumatisés s'est déroulé dans la structure de l'IRR Lobeau.

Le recrutement des patients traumatisés médullaires (paraplégiques, tétraplégique et patient souffrant d'un syndrome de la queue de cheval) s'est déroulé dans la structure de l'IRR Lay-Saint-Christophe.

2.3. Critères d'inclusion

2.3.1. Critère d'age

Le recrutement concernait des patient adultes de 18 à 65 ans.

Le recrutement des patients mineurs nécessitant des autorisations spéciales, celui ci n'a pas été effectué.

Les patients de plus de 65 ans étant rares dans ce type de structure, ils n'ont pas été recrutés.

2.3.2. Critère de sexe

Le recrutement concernait aussi bien les patients de genre féminin ou masculin.

2.3.3. Critère juridique

Le recrutement concernait des patients capables majeurs à la date du recrutement.

C'est à dire que le patient recruté de devait pas bénéficier de mesure de protection juridique de type curatelle ou tutelle.

2.3.4. Critère cognitif

Le recrutement concernait des patients en capacité intellectuelle de tenir un entretien d'évaluation.

Le patient devait donc être en capacité de comprendre et remplir le questionnaire.

Dans le cas d'un patient avec les capacités cognitives suffisantes mais ne savant pas lire, une aide était proposée pour remplir le questionnaire.

2.3.5. Critère d'accord

Le recrutement concernait des patients acceptant de manière franche et totale la participation à l'étude. Le recrutement ne se faisait pas au moindre doute ou à la moindre réticence du patient.

2.3.6. Critère de délai

Le recrutement d'un patient nécessitait que le traumatisme responsable de la pathologie somatique décrite en 2.3.7. se situe dans un délai supérieur à 1 mois à la date du recrutement, ceci afin d'éviter que le patient ne se trouve encore dans un état de choc aigu pouvant biaiser les résultats.

2.3.7. Critère de pathologie.

Le recrutement concernait des patients porteurs d'une des pathologies somatiques décrites ci-dessous.

2.3.7.1. Paraplégie

La paraplégie se définit comme une paralysie du corps au niveau de la lésion de la moelle épinière dorso-lombaire se traduisant par une atteinte motrice et/ou sensitive des membres inférieurs et de la sangle abdominale.

2.3.7.2. Tétraplégie

La tétraplégie se définit comme une paralysie motrice et/ou sensitive des quatre membres et du tronc due à une lésion de la moelle épinière cervicale (au niveau du cou).

2.3.7.3. Amputation

L'amputation est un geste chirurgical au cours de laquelle s'effectue l'ablation d'un membre, d'une partie d'un membre ou d'une partie saillante.

2.3.7.4. Polytraumatisme

Le polytraumatisé est un blessé atteint de plusieurs lésions, dont le pronostic vital est mis en jeu à court ou à moyen terme par au moins l'une d'entre elles.

Le terme de polytraumatisé est un abus de langage pour une partie des patients recrutés dans notre étude où l'on devrait plutôt utiliser le terme de polyfracturé.

Le critère d'inclusion pour un polytraumatisme pour l'étude était de trois fractures se situant au minimum sur deux membres distincts.

2.3.7.5. Syndrome de la queue de cheval

Le syndrome de la queue de cheval est un syndrome neurologique correspondant à l'atteinte des racines de la queue de cheval, se traduisant par une atteinte neurologique pluriradiculaire du périnée et des membres inférieurs sans atteinte médullaire.

2.3.7.6. Critères annexes de pathologie

Pour les patients présentant une paraplégie, une tétraplégie, un syndrome de la queue de cheval et les polytraumatisés, le handicap devait être lié à un traumatisme aigu acquis. Sont donc exclues les origines tumorales, infectieuses et les étiologies congénitales.

Pour les amputés : la cause de l'amputation pouvait être diverse mais ne devait pas être en lien avec un processus tumoral évolutif. Ces critères ont été décidés pour éliminer toute pathologie pouvant être encore évolutive, l'étude s'orientant avec un critère de deuil d'une fonction perdue.

2.4. Critères d'exclusion

Était exclu du recrutement tout patient ne correspondant pas à tous les critères d'inclusion.

2.4.1. Critère d'âge

Les patients mineurs et les patients de plus de 65 ans n'étaient pas recrutés.

2.4.2. Critère de sexe

Pas de critère d'exclusion par rapport au sexe.

2.4.3. Critères juridiques

Les patients sous mesure de protection juridique de type tutelle ou curatelle n'étaient pas recrutés.

2.4.4. Critères cognitifs

Les patients présentant des troubles cognitifs ou des troubles de compréhension rendant la tenue d'un entretien et de la passation d'un questionnaire n'étaient pas recrutés.

2.4.5. Critère d'accord

Les patients refusant de participer à l'étude n'étaient pas recrutés.

Les patients présentant une réticence ou un doute n'étaient pas non plus recrutés.

2.4.6. Critère de délai

Les patients dont le traumatisme remontait à moins d'un mois à la date d'évaluation n'étaient pas recrutés.

2.4.7. Critères de pathologie

Patients ne répondant pas favorablement aux critères d'inclusions de pathologie déjà énoncés

2.5. Lettre d'information au patient

Afin de garantir une bonne compréhension et afin de pouvoir laisser au patient (et à ses proches) la possibilité de demander ultérieurement des informations complémentaires, ou pour laisser au patient la possibilité de ne plus participer à l'étude, une lettre d'information (cf annexe) était donnée à chaque patient.

Cette lettre présentait de manière simple, accessible et concise l'étude, ses objectifs, ses moyens, le caractère anonyme de la participation et donnait les coordonnées de l'instigateur.

2.6. Méthodologie pratique

Les patients répondant favorablement aux critères d'inclusion étaient repérés avec l'aide d'un médecin du service ou d'un personnel soignant (infirmière) du service.

Les patients étaient alors vus en entretien individuel pour vérification des critères d'inclusion (et d'exclusion) et le cas échéant, une information orale sur l'étude lui était donnée.

Ensuite, trois cas de figures pouvaient se présenter:

Dans le cas où le patient refusait de participer, aucune suite n'était donnée.

Dans le cas où le patient acceptait de participer, un exemplaire de l'outil de recueil des données lui était donné ainsi que les explications sur la méthode de remplissage du questionnaire. La lettre d'information lui était également donnée.

Dans le cas où le patient demandait plus d'information, une information orale ainsi que la lettre d'information lui était remise et le patient était revu la semaine suivante pour lui laisser un temps de réflexion suffisant.

En cas d'incapacité de remplir par lui-même l'outil de recueil des mesures, par exemple pour les patients tétraplégiques ou les patients analphabètes, une aide était proposée au patient pour remplir le questionnaire.

Analyse des résultats.

La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel Epidata.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SAS® 9.3

La conception de l'enquête, la rédaction du protocole, la conception du questionnaire, la réalisation du masque de saisie des données, la saisie des données et l'analyse statistique ont été réalisés avec l'aide de Madame le Docteur Nelly Agrinier du Service d'Épidémiologie et Évaluation Clinique du CHU de Nancy.

2.7. Outils de recueil de mesure

Une échelle d'évaluation clinique est une formalisation standardisée de l'évaluation d'une (ou plusieurs) caractéristique(s) non mesurable(s) directement, au moyen d'indicateurs ou item(s) mesurables directement, permettant d'attribuer en fonction de règles logiques une ou plusieurs valeurs numériques à la caractéristique étudiée.(7)

Cette définition est très générale et dans le cas particulier de la psychiatrie, les caractéristiques non mesurables directement sont des phénomènes cliniques dont on pense qu'ils ont un caractère continu, comme l'anxiété, la dépression, etc. On voit aussi que la mesure psychopathologique est difficile à distinguer de la mesure en psychologie (c'est-à-dire celle qui concerne des caractéristiques normales, comme les aptitudes ou les intérêts. On retrouve cette difficulté de distinction quand on aborde des phénomènes tels que la qualité de vie).

Les questionnaires étaient numérotés, ceci afin de garantir l'anonymat du patient mais également de laisser au patient la possibilité ultérieure de quitter l'étude (et donc de retirer son questionnaire des calculs statistiques).

L'outil de recueil de mesure de cette étude se décompose en six parties distinctes : une première partie de renseignements personnels et cinq auto-questionnaires.

2.7.1. Renseignements cliniques

Des informations générales sur le patient étaient demandées en premier lieu :

- Date de remplissage
- Age, sexe et date du traumatisme,
- Existence ou non d'un suivi psychologique
- Existence ou non d'un médicament psychotrope
- Critère de pathologie (Paraplégie, Tétraplégie, Syndrome de la queue de cheval, Amputation ou Polytraumatisme)
- Score MIF (Mesure d'indépendance fonctionnelle, présentée en annexe)

2.7.2. Questionnaire HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Présentation

La HAD (présentée en annexe) est un auto-questionnaire employé pour détecter les troubles anxieux et dépressifs élaboré par Zigmond, A.S et Snaith R.P.(8)

C'est un instrument adapté pour les patients entre 16 et 65 ans dans un environnement hospitalier. L'objectif de ce test était de mettre à la disposition des médecins pratiquant dans des services hospitaliers non psychiatriques un test de dépistage des manifestations anxieuses et dépressives. Sa finalité ne consiste donc pas à discriminer les divers types de dépression ou d'états anxieux, ni leur nature secondaire ou primaire. Son but est d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'en évaluer la sévérité.

Il est composé de deux parties : 7 items pour le dépistage de la dépression et 7 items pour le dépistage des troubles anxieux. Un score variant entre 0 et 3 est attribué à chaque item.

Un score élevé correspond à une plus grande sévérité des symptômes.

La période de référence concerne les 7 derniers jours.

La HAD utilise deux valeurs seuils, à savoir une pour le dépistage de troubles « possibles » (seuil à 7/8) et une seconde pour la détection de trouble probable (10/11). (9)

Le seuil utilisé pour l'étude était de 7.

Au niveau psychométrique :

Concernant la fiabilité : Le coefficient alpha de Cronbach de la HAD varie de 0,81 à 0,9, précisant une bonne consistance interne. (10)

La HADS est donc un instrument fiable qui résiste aux influences situationnelles. (9)

La fiabilité intra-juge et test-retest après deux semaines est égal à $r > 0,80$ ce qui confirme une corrélation élevée. (11)

Concernant la validité :

Pour la sous-échelle dépression, la sensibilité est de 77,7 % et la spécificité de 80,4 % pour un seuil de 8, et respectivement de 69,4 % et 87,6 % pour un seuil de 10. (12)

Différentes études reflètent que la détection de dépression est nettement meilleure à l'aide de la HAD comparativement à un entretien réalisé par un médecin non psychiatre.(9)

Pourquoi la HAD ?

Ce test a été choisi pour plusieurs de ses qualités : sa passation est aisée et rapide, c'est un test sensible avec une bonne reproductibilité.

En outre, ce test explore à la fois le versant dépressif que le versant anxieux.

Contrairement à la Beck Depression Inventory (BDI), la HAD n'inclut pas des indicateurs somatiques de la dépression, ce qui présente l'avantage notable de ne pas être sensible aux symptômes physiques dont l'origine ici pourrait être tout autant dépressive que somatique.

Le questionnaire MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) aurait pu être utilisée mais cela aurait nécessiter l'utilisation d'un test de dépistage de trouble anxieux et donc rallonger le temps de questionnaire.

2.7.3. Test Fagerstrom de dépendance à la nicotine.

Présentation

Le test de Fagerstrom (Fagerström Test for Nicotine Dependence) est l'auto-questionnaire le plus connu évaluant la dépendance à la nicotine. Il a été élaboré par Fagerstrom en 1978 (1991 pour sa version en 6 items).(13)

Cette échelle est simple et de passation très rapide. Elle comporte néanmoins quelques limites : elle ne prend pas en compte la dépendance physique, elle est difficilement applicable aux fumeurs occasionnels et surtout, cette échelle de mesure ne reprend pas les définitions de la dépendance du manuel américain de classification des troubles mentaux DSM-IV et de la Classification internationale des maladies CIM-10 de l'OMS. (14)

Au niveau psychométrique

Cette échelle présente une bonne fiabilité avec une consistance interne considérée comme modérée : son coefficient Alpha de Cronbach allant de 0,55 à 0,74 selon les études, avec une bonne fiabilité test retest à 0,90. (15) (16)

Cette échelle présente une bonne validité avec une sensibilité aux alentours de 75% et une spécificité de 80%.(15) (16)

Toutefois, il manque des éléments pour mesurer la dépendance chez des fumeurs qui se trouvent aux deux extrémités du continuum de la dépendance (fumeurs occasionnels et gros fumeurs).

pourquoi le Fagerstrom ?

C'est le test le plus utilisé en pratique courante concernant la dépendance au tabac. Ce test est court, simple et de passation très rapide.

2.7.4. Questionnaire Audit

Présentation

Conçu par l'OMS, ce test est un auto-questionnaire de 10 questions visant à dépister les personnes ayant une consommation néfaste d'alcool.(17)

L'AUDIT est un outils de dépistage validé pour les dépendances à l'alcool.

Au niveau psychométrique

Sa sensibilité est à 97% (score seuil de 8) (0,87-0,99) avec une spécificité à 90% (score seuil de 8) (0,87-0,92).

Sa VPP (Valeur Prédictive Positive) est à 0.66 (0.55–0.75) avec une VPN (Valeur Prédictive Négative) à 0.99 (0.97–1.00).

L'aire sous la courbe ROC est estimée à 98%.(18)

Le score seuil utilisé allant de 5 à 8 selon les études. Le score maximal est de 40. (18)

Pourquoi le test AUDIT ?

Sa passation est rapide et simple et ses items sont en concordance avec la définition CIM 10.

Le test CAGE aurait également pu être utilisé mais il n'évalue ni la consommation actuelle ni le niveau de consommation (fréquence, quantités, habitudes), il est de plus moins indiqué dans le dépistage des consommations à risques et abusives.(19) (20)

2.7.5. Questionnaire CAST

Présentation

Le questionnaire CAST, Cannabis Abuse Screening Test est un auto-questionnaire repérant les consommations abusives de cannabis

La passation nécessite néanmoins l'adhésion du patient même si ce test est de passation rapide, favorisant son acceptabilité.

Au niveau psychométrique

Sa sensibilité est estimée à 85-90% (avec score seuil de 3) avec une spécificité à 82-85% (avec score seuil de 3).

Son coefficient de Cronbach variant de 0,81 à 0,87 selon les études.

Le CAST a un indice de Youden à 0,70 avec une VPP à 37,14 avec une VPN à 98,23.

L'aire sous la courbe RAC est estimée à 85,4%. (21) (22) (23) (24) (25)

Pourquoi le CAST ?

Le CAST apparaît comme un outil de repérage performant par ses qualités de discrimination et sa faisabilité, avec une passation rapide et simple.

Les qualités psychométriques du CAST ont été confirmées, tant sur le plan de sa consistance interne que de sa spécificité et de sa sensibilité, avec la définition d'un seuil de consommation à risque à partir d'un score de trois. Toutefois, il peut sous-estimer légèrement des consommations abusives de cannabis et légères surestimations des dépendances au cannabis.

2.7.6. Questionnaire DAST 20

Présentation

Le DAST-20, Drug Abuse Screening Test est un auto-questionnaire élaboré en 1992 par Skinner Harvey qui fournit un indice quantitatif des problèmes reliés à la consommation de drogues, notamment certains symptômes de dépendance aux drogues et d'autres conséquences résultant de l'usage abusif de drogues psychoactives pendant la période des 12 derniers mois. Il évalue le degré de sévérité de la consommation de drogues.

C'est un instrument validé mais qui peut sous estimer la consommation de drogue chez des patients dans le déni.

Au niveau psychométrique

Le DAST 20 a une bonne consistance interne de 0,92 (0,74-0,95). Sa sensibilité varie selon les études entre 89–84% (score seuil 5/6) et 95–74% (score seuil 3/4) avec une spécificité allant entre 68–83% (score seuil 5/6) et 68–86% (score seuil 3/4).

L'indice de Cronbach se situe entre 0,748 et 0,775 avec une bonne fiabilité test retest a 0,78. (26) (27) (28) (29)

Pourquoi le DAST 20 ?

Ce test a été utilisé pour plusieurs raisons.

C'est un auto-questionnaire de passation simple et rapide.

Il a des bonnes propriétés psychométriques.

2.7.7. Mesure d'Indépendance Fonctionnelle (MIF)

Présentation

La mesure d'indépendance fonctionnelle est une évaluation de l'autonomie d'un patient. La MIF est une évaluation faite par un personnel de santé formé, c'est donc une hétéro évaluation.

La MIF comporte 18 items (voir annexe 2) reliés aux AVQ (activité de la vie quotidienne), à la mobilité, aux fonctions mentales et aux interactions sociales. Ces items se regroupent en six dimensions: les soins personnels, le contrôle des sphincters, la mobilité (transfert), locomotion, la communication et le comportement social.(30)

Propriétés psychométriques

Parmi les nombreux outils de mesure de l'état fonctionnel, la MIF (Mesure d'Indépendance Fonctionnelle) est en effet largement reconnue pour sa sensibilité et sa fidélité. La MIF, traduite de la FIM (Functional Independence Measure) a été mise au point par l'Université de Buffalo en 1989, traduite et validée dans de nombreux pays, et notamment en France par l'équipe du Pr Minaire à Saint Etienne en 1992.

Cet instrument fournit une évaluation de la gravité des incapacités d'un patient et permettrait de démontrer de façon claire et précise l'effet de la rééducation en terme de résultat fonctionnel.

la MIF montre une bonne fiabilité test re test avec une corrélation interclasse entre 0,92 et 0,99 selon les études et les items.(31)

La fidélité test retest s'élève à 0,97. (32)

La cohérence interne de la MIF, déterminée à l'aide du coefficient de Cronbach, s'élève à 0,93, ce qui reflète une grande homogénéité de ses items.(33)

Pourquoi la MIF ?

La MIF a été choisie car c'est un test très communément utilisé à l'IRR et donc facilement disponible pour les patients recrutés pour l'étude.

Elle permet d'apprécier l'autonomie du patient et représente donc un révélateur de la sévérité du handicap, moins le score MIF étant élevé et moins le patient se trouve autonome.

La MIF permettrait également de différencier les patients sur la base de l'âge, des heures de soins requises ainsi que sur le type de milieu de vie où le patient réside suite à son congé . Elle pourrait ainsi discriminer un patient qui doit aller habiter en centre hospitalier de soins de longue durée de celui qui peut vivre dans un pavillon.(33) (34)

III. Résultats

3.1. Résultats généraux.

Au total, 132 questionnaires ont été remplis et rendus (n=132).

Les questionnaires ayant été donnés par plusieurs examinateurs et étant donné qu'aucun comptage n'a été fait, il est difficile de chiffrer de manière précise le nombre de patients qui auraient pu être inclus dans l'étude et qui ont refusé d'y participer.

3.1.1. Répartition par sexe

Nous retrouvons une majorité d'hommes, 73,5% d'homme (n=97) pour 26,5% de femme (n=35), ce qui correspond aux données habituelles de la littérature pour ce type de population.(35) (36)

3.1.2. Répartition par pathologies

Les données épidémiologiques sur le handicap sont difficiles à recueillir : pauvreté des données, biais multiples, extrapolations sur des petits groupes, définitions multiples, sources hétérogènes. (36)

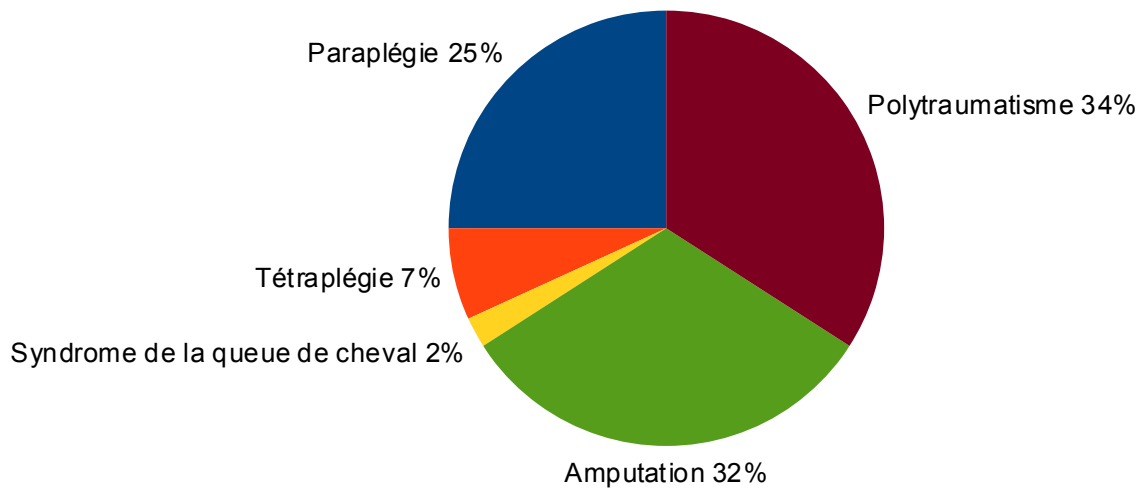
En France, l'incidence des lésions médullaires traumatiques serait de l'ordre de 1200 nouveaux cas par an (environ 19,4 nouveaux cas par million d'habitants), ce qui représenterait environ 50'000 traumatisés médullaires en France. (37)

Il y aurait également 40'000 amputés. (36)

Les données sont beaucoup plus fragmentaires concernant les patients polytraumatisés et les patients porteurs d'un syndrome de la queue de cheval.

Répartition par Pathologie	N=	Pourcentage
Paraplégie	33	25
Tétraplégie	9	6,8
Syndrome de la queue de cheval	3	2,3
Amputation	42	31,8
Polytraumatisme	45	34,1

Répartition par pathologie



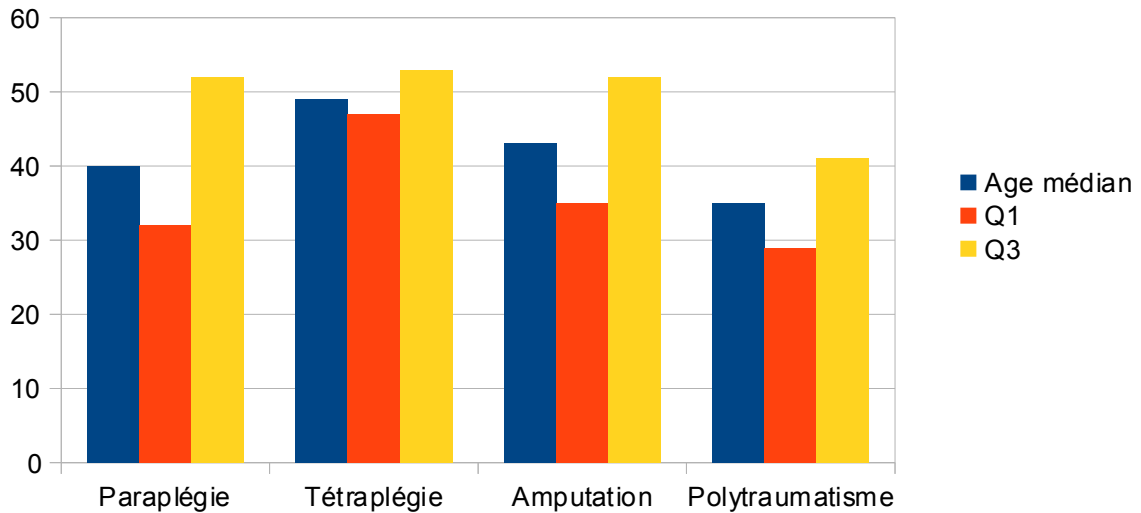
Devant le très faible recrutement des patients atteints de syndrome de la queue de cheval, les données concernant cette pathologie n'ont pas été analysées.

3.1.3. Répartition par âge

Répartition par age

	Age médian	Q1	Q3
Paraplégie	40	32	52
Tétraplégie	49	47	53
Amputation	43	35	52
Polytraumatisme	35	29	41

Répartition par âge



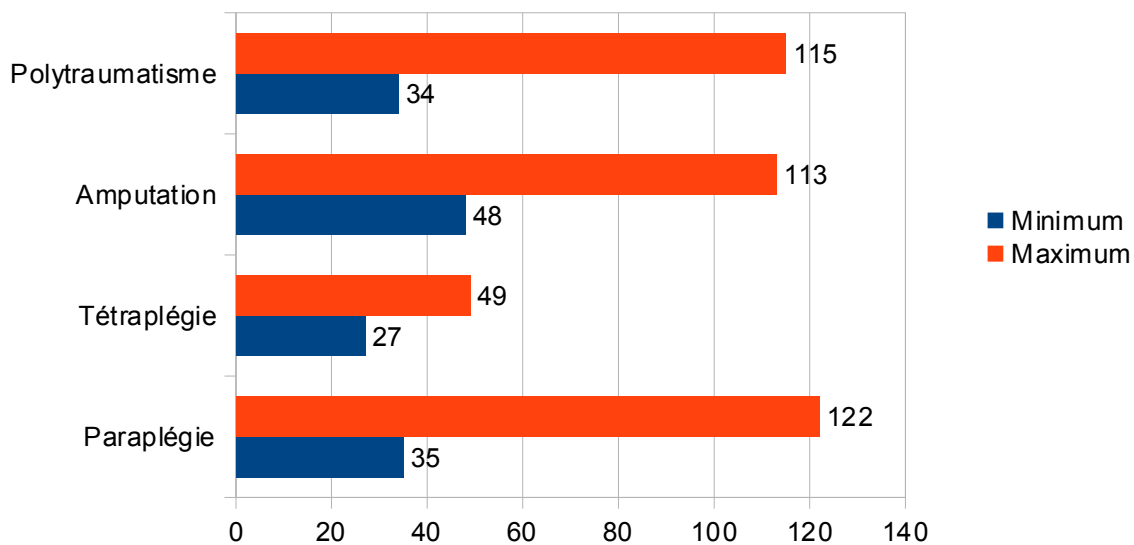
Les données montrent une population relativement jeune, en particulier pour les patients polytraumatisés (35 ans) et paraplégiques (40 ans), ce qui est attendu au vu de la population étudiée, cette dernière ayant une propension aux conduites à risque.

3.1.4. Variation du score MIF selon la pathologie

Variation des scores MIF en fonction de la pathologie

	Minimum	Maximum
Paraplégie	35	122
Tétraplégie	27	49
Amputation	48	113
Polytraumatisme	34	115

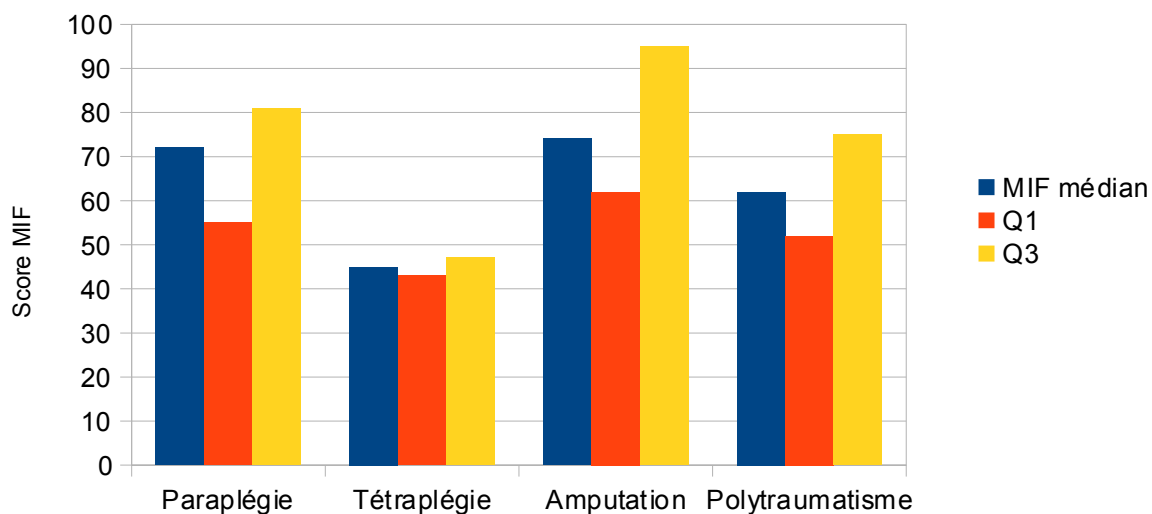
Variation du score MIF selon la pathologie



variation score MIF

	MIF médian	Q1	Q3
Paraplégie	72	55	81
Tétraplégie	45	43	47
Amputation	74	62	95
Polytraumatisme	62	52	75

Variation du score MIF



En dehors des patients tétraplégiques, nous notons de grandes variations du score MIF, et donc de grandes variations dans l'autonomie des patients en fonction des pathologies étudiées.

Ceci peut s'expliquer pour différentes raisons :

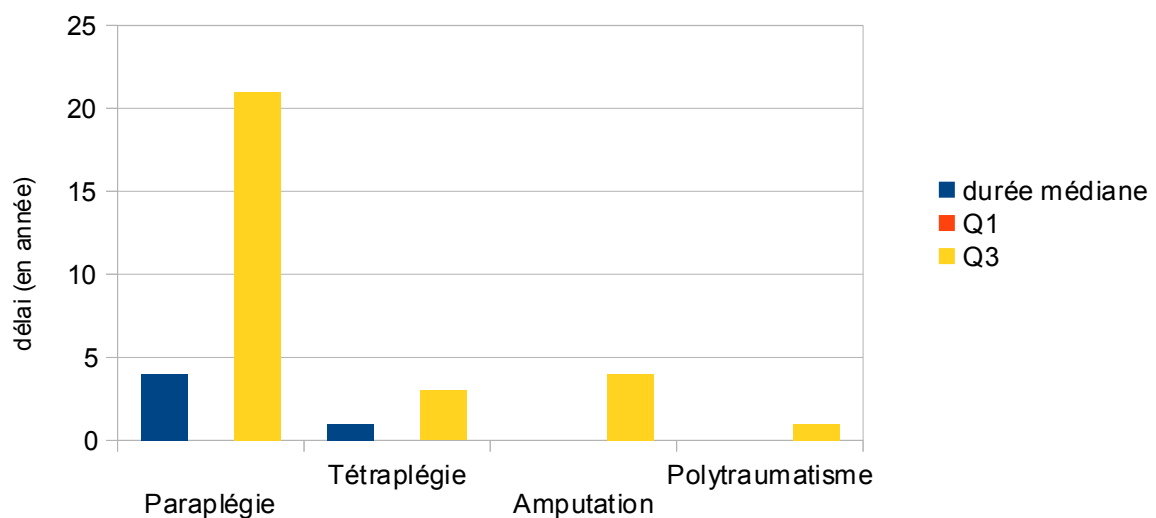
Par le bénéfice d'autonomie grâce à la prise en charge : malgré la prise en charge et la rééducation, un patient tétraplégique n'aura un gain d'autonomie que relatif alors qu'un patient tétraplégique ou amputé pourra voir son autonomie grandement augmenter avec la prise en charge et la rééducation, ce qui pourrait expliquer les grandes variations retrouvées de score MIF.

Par les grandes différences de sévérité retrouvées : les critères de recrutement pour les patients polytraumatisés et amputés étant larges, puisqu'il suffisait pour l'inclusion en tant que pathologie respectivement trois fractures sur deux membres distincts et une amputation, cela explique les grandes variations retrouvées du score MIF, et donc de l'autonomie.

3.1.5. Ancienneté du traumatisme

Ancienneté du traumatisme (année)				
		durée médiane	Q1	Q3
Paraplégie		4	0	21
Tétraplégie		1	0	3
Amputation		0	0	4
Polytraumatisme		0	0	1

Ancienneté du traumatisme (en année)



Nous retrouvons une population dont le traumatisme est dans la plupart des cas très récent puisque l'ancienneté médiane est inférieure à un an. Cela peut s'expliquer par le fait que cette population nouvellement traumatisée nécessite plus de soins et une prise en charge plus importante, d'où une plus grande représentation dans la population étudiée.

Nous remarquons néanmoins que 25% des patients (Q3) ont une ancienneté de leur traumatisme importante, supérieure à 20 ans. Cela peut s'expliquer par des hospitalisations pour des complications à long terme, notamment urinaires par exemple.

3.1.6. Suivi global par pathologie

Suivi global par pathologie

	Aucune PEC	Sous ttt psychotrope	Sous suivi psychologique	Sous ttt et suivi
Paraplégie	66,70%	24,20%	9,10%	0,00%
Tétraplégie	55,60%	22,20%	22,20%	0,00%
Amputation	54,80%	30,90%	2,40%	11,90%
Polytraumatisme	33,30%	40,00%	2,30%	24,40%
Suivi global	51,50%	31,10%	5,30%	12,10%

Le suivi spécifique des patients porteurs d'une co-morbidité psychiatrique sera analysé dans les chapitres suivants.

Les questionnaires n'évaluaient que la présence d'un suivi psychologique ou la présence d'un médicament psychotrope. Chez un patient porteur de plusieurs co-morbidités psychiatriques, il n'était donc pas possible dans cette étude de préciser pour quelle indication le suivi ou le traitement avait été mis en place.

De même les co-morbidités psychiatriques n'ont pas été étudiées entre elles. Ainsi, pour les patient non porteur d'une co-morbidité psychiatrique spécifique (par exemple la dépression) et bénéficiant d'un suivi psychologique ou d'un médicament psychotrope, il n'était pas possible de spécifier si le patient était en rémission de cette co-morbidité (la dépression par exemple) ou si le suivi (ou traitement) avait été mis en place pour une autre co-morbidité psychiatrique.

En outre, certains médicaments psychotropes regroupant plusieurs indications, dont certaines non psychiatriques, il n'était pas possible de confirmer l'indication psychiatrique de la prescription du médicament psychotrope (cf chapitre discussion).

3.2. Résultats par pathologie

3.2.1. Dépression

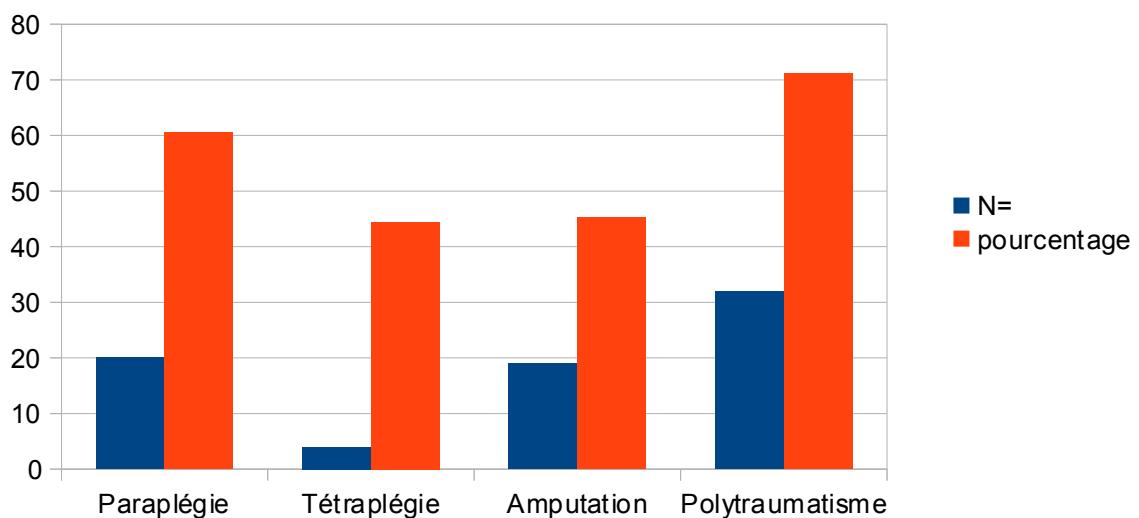
résultats HAD dépression

	score médian	Q1	Q3
Paraplégie	8	5	10
Tétraplégie	6	5	8
Amputation	6,5	2	11
Polytraumatisme	10	6	11

score dépression (avec seuil de 7)

	N=	pourcentage
Paraplégie	20	60,6
Tétraplégie	4	44,4
Amputation	19	45,2
Polytraumatisme	32	71,1

Score dépression (seuil de 7)



La dépression est actuellement dans le monde la quatrième cause mondiale de handicap, avant mêmes les maladies cardiaques et sera la deuxième cause mondiale de handicap en 2020 selon les projections de l'OMS.(38)

En France, la dépression frappe chaque année 3 millions de personnes âgés de 15 à 75 ans. Il est estimé que 10 à 20 % de la population pourrait présenter un syndrome dépressif majeur à un moment ou l'autre de sa vie. Un cas sur deux ne serait pas traité.(39)

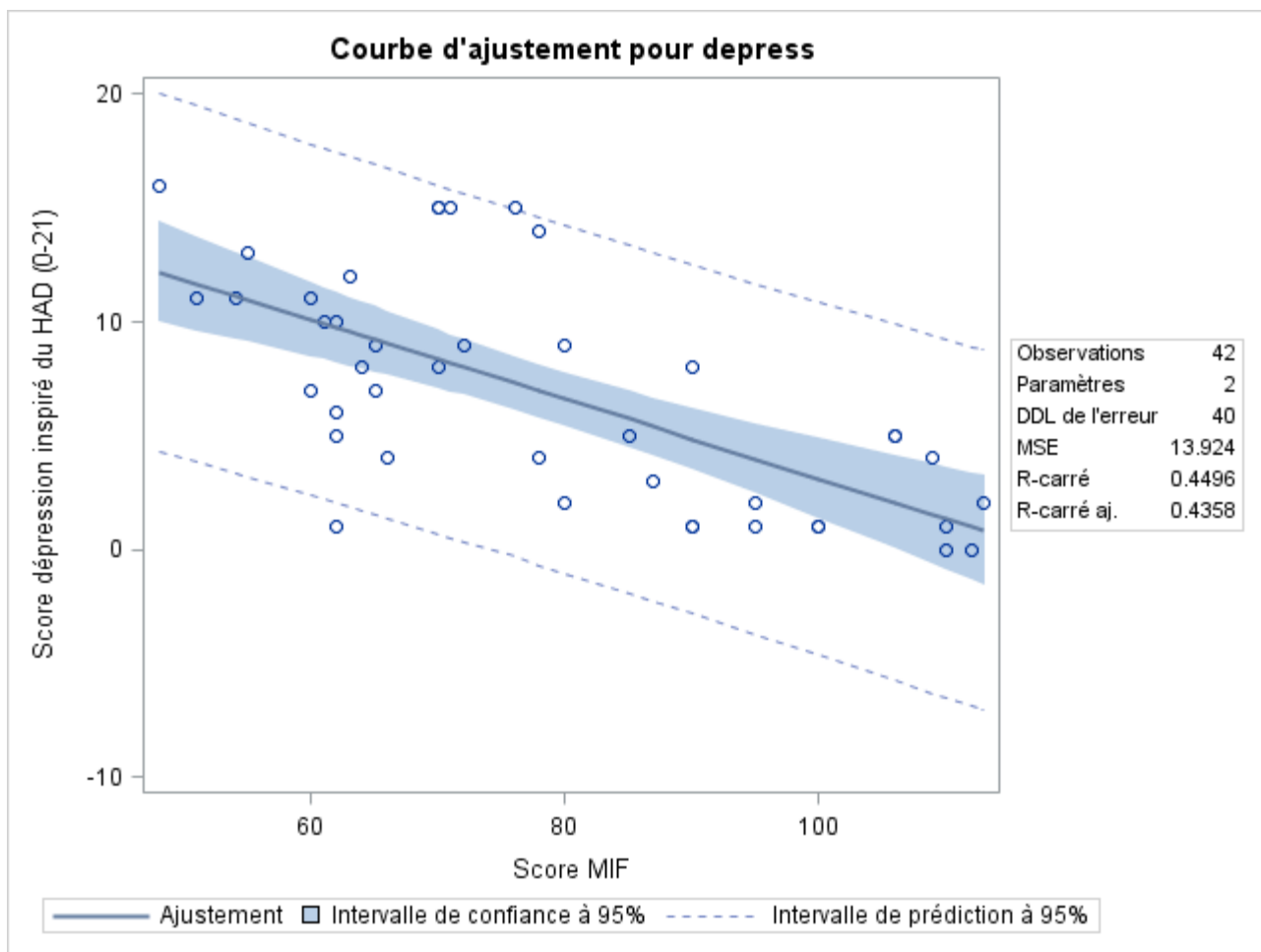
Les données de la littérature concernant les patients traumatisés médullaires(40) retrouvent également des prévalences importantes de patients déprimés, comprises entre 20 à 40%. Concernant les patients amputés, les phénomènes dépressifs sont courants, mais très variables en fonction de la localisation et de la sévérité de l'amputation, avec une prévalence d'environ 20% chez les patients amputés du membre inférieur.(41) Toutefois, les symptômes dépressifs seraient rapidement résolutifs chez les patients amputés.(42)

Le score HAD avec un seuil de 7 a été utilisé pour déterminer les cas possibles de dépression avec une bonne sensibilité.

Nous retrouvons ici une proportion importante de patients possiblement dépressifs, allant de 45% pour les tétraplégiques jusqu'à une proportion de 70% pour les polytraumatisés. Étrangement, il est à noter que la pathologie où les patients sont les plus dépendants dans cette étude, c'est à dire la tétraplégie avec un score MIF médian de 45, est également celle où nous retrouvons le moins de patients possiblement dépressifs.

Du fait de la large amplitude des scores MIF, une courbe de régression a pu être réalisée pour les patients amputés entre le score MIF et le score HAD.

Nous remarquons une augmentation significative ($p < 0,0001$) du score dépression HAD avec la baisse du score MIF. Il est donc possible de conclure que moins un patient amputé est autonome et plus il a de chance d'être déprimé.



Prise en charge des patients dépressifs

		Aucune PEC	Sous tt psychotrope	Sous suivi psychologique	Sous tt et suivi
Paraplégie	Dépressif : 60,6%	55,00%	35,00%	10,00%	0,00%
	non déprimé : 39,4%	84,60%	7,70%	7,70%	0,00%
Tétraplégie	Dépressif : 44,4%	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%
	non déprimé : 55,6%	40,00%	20,00%	40,00%	0,00%
Amputation	Dépressif : 45,2%	26,30%	47,40%	0,00%	26,30%
	non déprimé : 54,8%	78,30%	17,40%	4,30%	0,00%
Polytraumatisme	Dépressif : 71,1%	21,90%	46,90%	3,10%	28,10%
	non déprimé : 28,9%	61,50%	23,10%	0,00%	15,40%

Les données concernant la prise en charge des patients traumatisés médullaires souffrant de dépression montrent des taux de prise en charge généralement faibles, inférieurs à 30%.(43)

Nous notons qu'une grande partie des patients déprimés sont pris en charge, ce qui dénote d'un bon dépistage des patients déprimés par les équipes de rééducation fonctionnelle.

Seuls les patients tétraplégiques semblent moins pris en charge puisque 75% des patients déprimés échappent au dépistage et ne bénéficient pas de prise en charge.

Cette proportion de patient tétraplégique non suivis pourrait s'expliquer par deux raisons :

La première hypothèse est que cette population présente d'importantes co-morbidités somatiques qui rendent probablement les co-morbidités psychiatriques secondaires et beaucoup moins visibles.

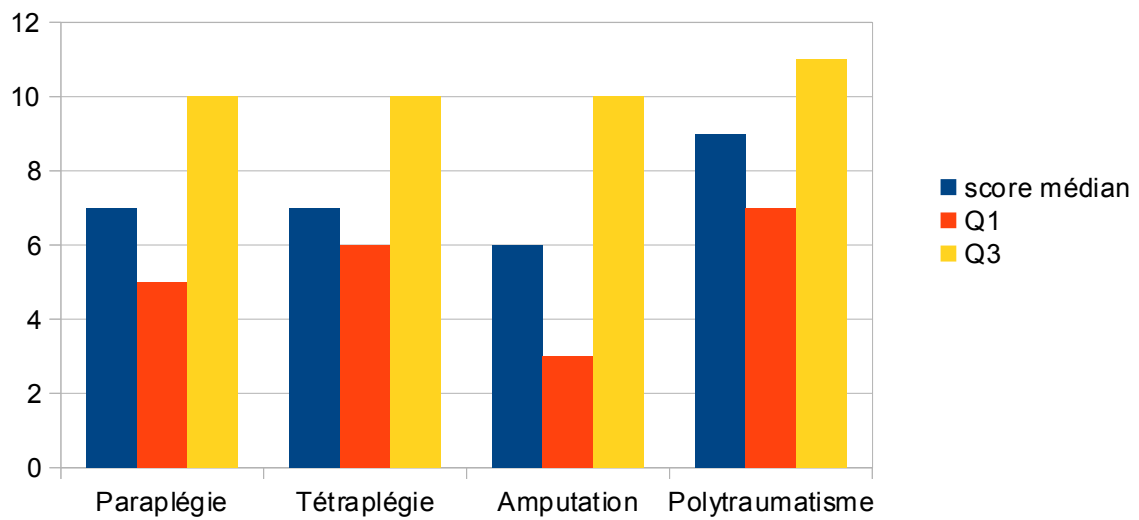
La deuxième hypothèse est qu'une grande proportion de patient tétraplégique non déprimés bénéficie d'un suivi psychologique. Ces patients sont peut être en rémission et le faible taux de prise en charge pourrait s'expliquer par un manque de moyen pour assurer le suivi de tous les patients déprimés.

3.2.2. Anxiété

Résultats HAD Anxiété

	score médian	Q1	Q3
Paraplégie	7	5	10
Tétraplégie	7	6	10
Amputation	6	3	10
Polytraumatisme	9	7	11

Résultats HAD Anxiété



Score HAD Anxiété (seuil = 12)

	N=	Pourcentage
Paraplégie	3	9,1
Tétraplégie	0	0
Amputation	5	11,9
Polytraumatisme	6	13,3

La prévalence des troubles anxieux est importante, estimée selon les études entre 15 à 20% sur la vie entière dans la population générale. (Prévalence vie entière : trouble panique 3%, phobie spécifique 11,6%, agoraphobie 1,8%, phobie sociale 4,7% , trouble anxieux généralisé 2,1%).(44)

Le score HAD avec un seuil de 12 a été utilisé pour repérer les patients présentant un trouble anxieux.

Les données de la littérature montrent des prévalences importantes des troubles anxieux, de l'ordre de 30% chez les patients traumatisés médullaires(45) (46)et 37% pour les patients amputés du membre inférieur.(47)

Toutefois, les troubles anxieux chez les patients amputés seraient rapidement résolutifs.(42)

Nous retrouvons dans notre étude des chiffres étonnement faibles sur l'anxiété, inférieurs même à ceux retrouvés dans la population générale.

Le taux de trouble anxieux dans la population de patient tétraplégique étant même nulle, cela pouvant possiblement s'expliquer par l'excellent taux de prise en charge des patients tétraplégiques (cf paragraphe suivant).

Suivi des patients anxieux

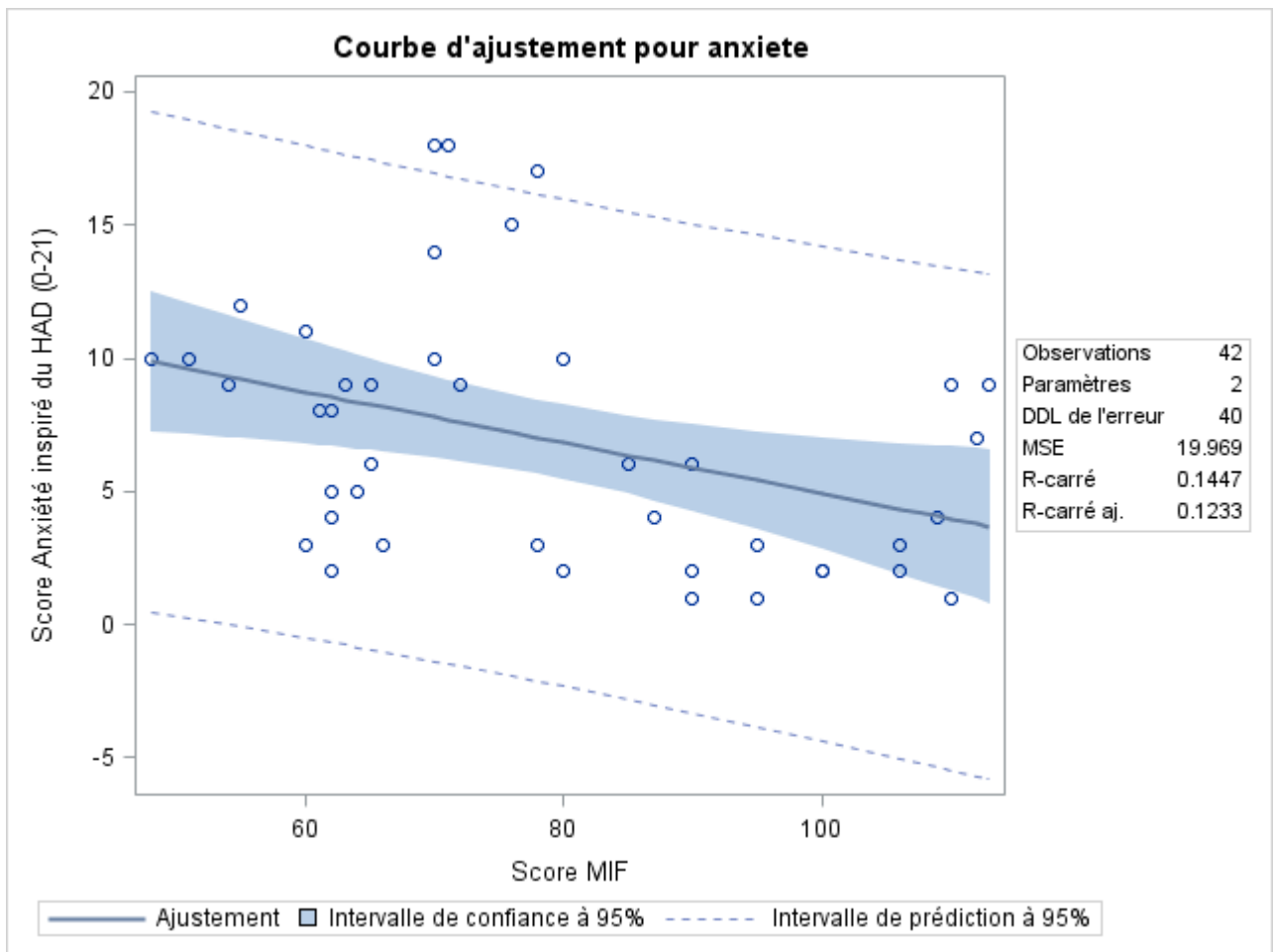
		Aucune PEC	Sous ttt psychotrope	Sous suivi psychologique	Sous ttt et suivi
Paraplégie	Anxieux : 9,1%	0,00%	66,70%	33,30%	0,00%
	non anxieux : 90,9%	73,30%	20,00%	6,70%	0,00%
Tétraplégie	Anxieux : 0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	non anxieux : 100%	55,60%	22,20%	22,20%	0,00%
Amputation	Anxieux : 11,9%	40,00%	40,00%	0,00%	20,00%
	non anxieux : 88,1%	56,80%	29,70%	2,70%	10,80%
Polytraumatisme	Anxieux : 13,3%	0,00%	66,70%	0,00%	33,30%
	non anxieux : 86,7 %	38,50%	35,90%	2,60%	23,00%

Le suivi des patients anxieux apparaît excellent puisqu'en dehors de 40% des patients amputés, absolument tous les patients anxieux sont pris en charge.

La proportion nulle de patient tétraplégique anxieux pourrait s'expliquer par un bon dépistage et une bonne prise en charge, les patients tétraplégiques non anxieux bénéficiant d'un suivi ou d'un traitement psychotrope pouvant être des patients anxieux guéris.

Du fait de la large amplitude des scores MIF, une courbe de régression a pu être réalisée pour les patients amputés entre le score MIF et le score HAD.

Nous remarquons une augmentation significative ($p < 0,0001$) du score anxiété HAD avec la baisse du score MIF. Donc moins un patient amputé est autonome et plus il a de chance d'être anxieux.



3.2.3. Dépendance au tabac

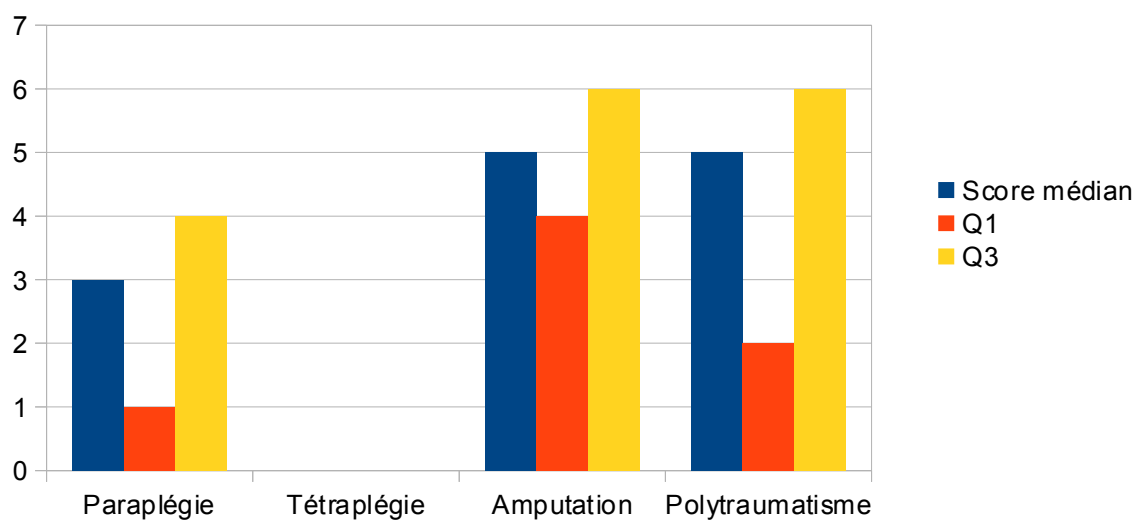
Tabagisme

	fumeur	non fumeur
Paraplégie	39,40%	60,60%
Tétraplégie	0,00%	100,00%
Amputation	71,40%	28,60%
Polytraumatisme	82,20%	17,80%

Score Fagerström

	Score médian	Q1	Q3
Paraplégie	3	1	4
Tétraplégie	0	0	0
Amputation	5	4	6
Polytraumatisme	5	2	6

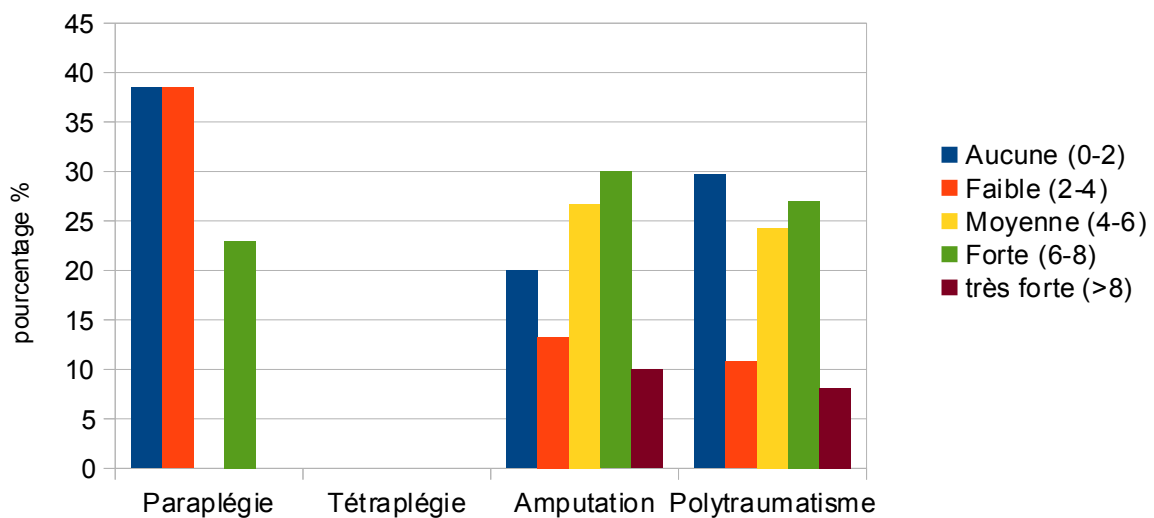
Score Fagerström



dépendance au tabac (en pourcentage)

	Aucune (0-2)	Faible (2-4)	Moyenne (4-6)	Forte (6-8)	très forte (>8)
Paraplégie	38,5	38,5	0	23	0
Tétraplégie	0	0	0	0	0
Amputation	20	13,3	26,7	30	10
Polytraumatisme	29,7	10,8	24,3	27	8,1

Dépendance au tabac



Le tabac est responsable de la plus grande épidémie industrielle que n'a jamais connue l'humanité, le bilan du XXe siècle est de 100 millions de morts prématurés et qui sera multiplié par dix au XXIe siècle si aucune mesure n'est prise.(48)

Le taux de fumeur quotidien serait d'environ de 24,9% selon l'INPES.(49)

Le taux de fumeur dans notre étude est très important, allant de 39,40% pour les patients paraplégiques à plus de 80% pour les patients polytraumatisés.

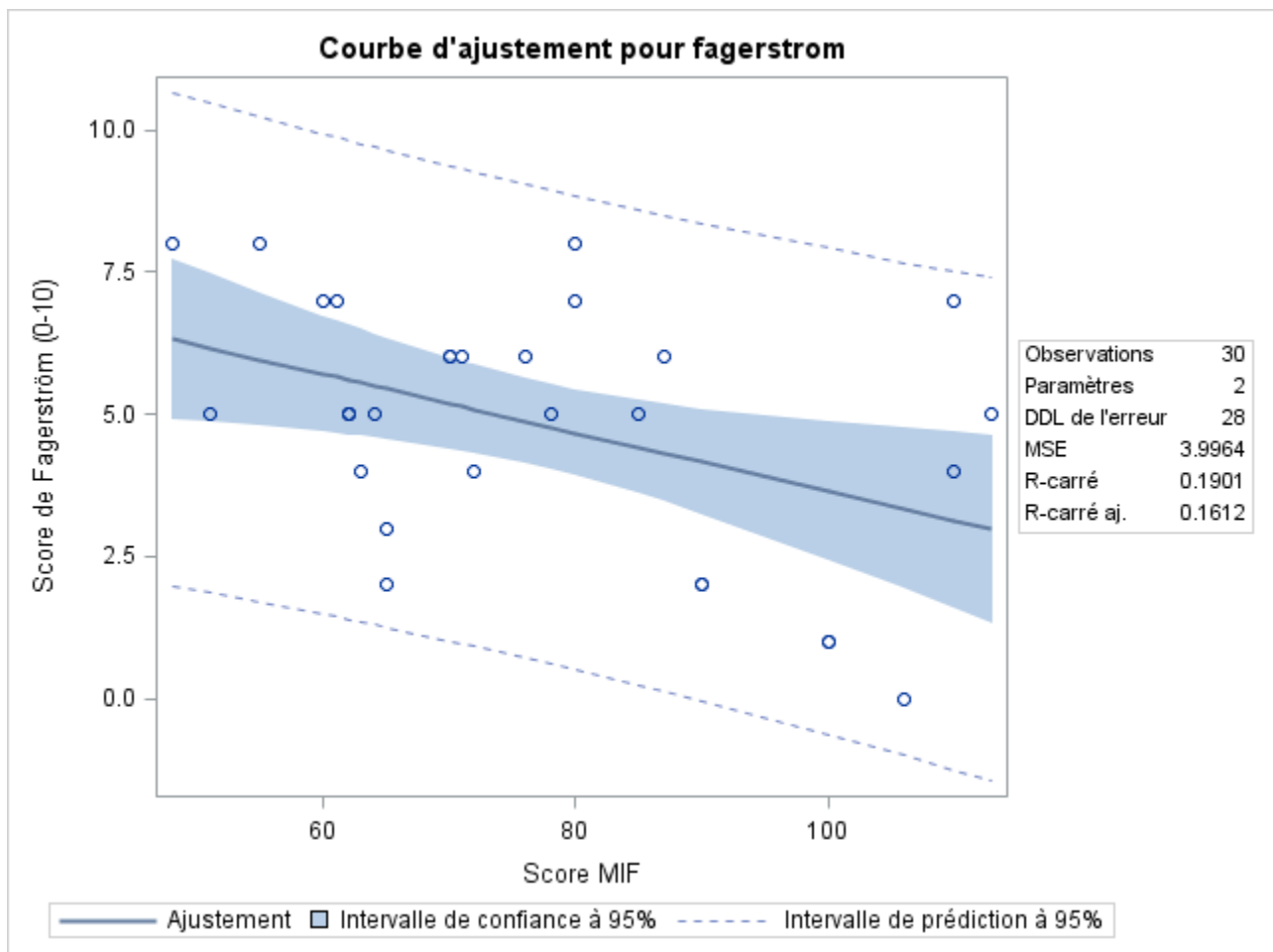
Le taux de fumeur chez les patients tétraplégiques est nul, ceci étant expliqué par la limitation physique de cette population.

Au niveau de la dépendance à la nicotine, Nous notons que la population des patients amputés et polytraumatisés est à fort risque de dépendance. Ce risque de dépendance peut être expliqué par les prises de risque habituelle de cette jeune population.

Du fait de la large amplitude des scores MIF, une courbe de régression a pu être réalisée pour les patients amputés entre le score MIF et le score Fagerström.

Nous remarquons une diminution significative ($p < 0,0001$) du score au Fagerström avec la baisse du score MIF. Nous pouvons donc conclure que moins un patient amputé est autonome et plus il a de chance d'être dépendant à la nicotine.

$p < 0,0001$

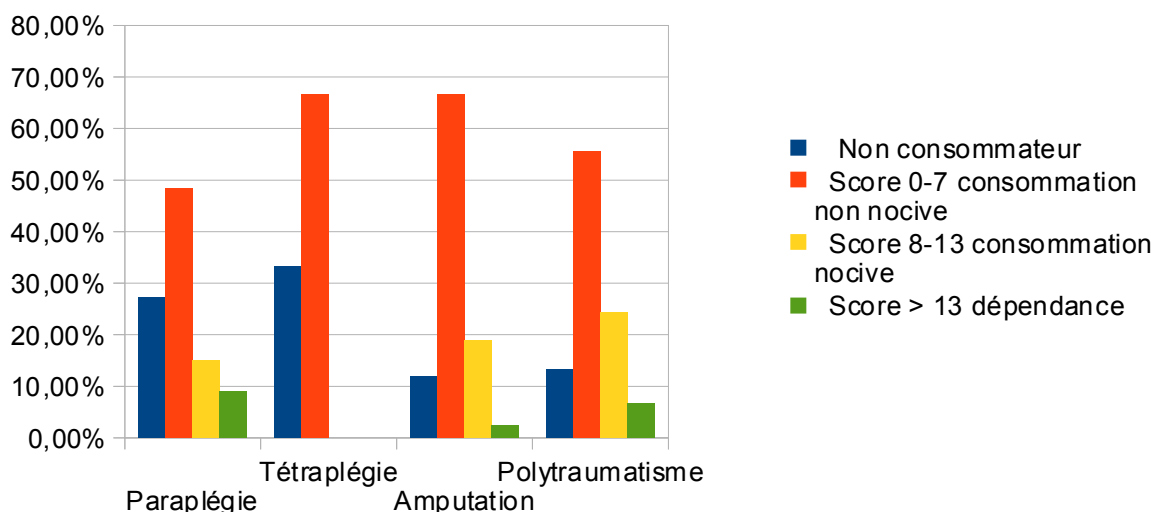


3.2.4. Dépendance à l'alcool (selon test AUDIT)

Dépendance à l'alcool

	Non consommateur	Score 0-7 consommation non nocive	Score 8-13 consommation nocive	Score > 13 dépendance
Paraplégie	27,30%	48,50%	15,10%	9,10%
Tétraplégie	33,30%	66,70%	0,00%	0,00%
Amputation	11,90%	66,70%	19,00%	2,40%
Polytraumatisme	13,30%	55,60%	24,40%	6,70%

Dépendance à l'alcool



L'alcool est, avec le tabac, la substance psycho-active la plus consommée en France et reste, du fait de ses multiples complications, un problème majeur de santé publique.(48)

Il y a environ 42,4 millions d'expérimentateurs d'alcool dans la tranche 12-75 ans, dont 9,7 millions d'usagers réguliers. Environ 10% des adultes peuvent être considérés comme ayant, ou ayant eu, un usage problématique d'alcool.(48)

14% des patients blessés médullaires seraient alcoolo-dépendant.(50)

Les résultats de cette étude montrent un taux de consommation nocive et de dépendance importantes, allant de 21,4% (19+2,4%) pour les patients amputés à plus de 31,1% (24,4% + 6,7%) pour les patients polytraumatisés.

La population de patient tétraplégique montre deux tiers de patient avec des consommations d'alcool non nocives.

A l'instar du tabac, des consommations nulles d'alcool étaient attendues pour les patients tétraplégiques.

Cela peut s'expliquer par deux raisons : La première raison est que des patients peuvent conserver une consommation régulière via l'aide d'un tiers par exemple. La raison la plus probable est que le questionnaire AUDIT évalue la consommation d'alcool sur les douze derniers mois : nous retrouvons probablement des patients ayant des consommations nocives ou des patients alcoolo-dépendants ayant fortement diminué leur consommation du fait de leur traumatisme.

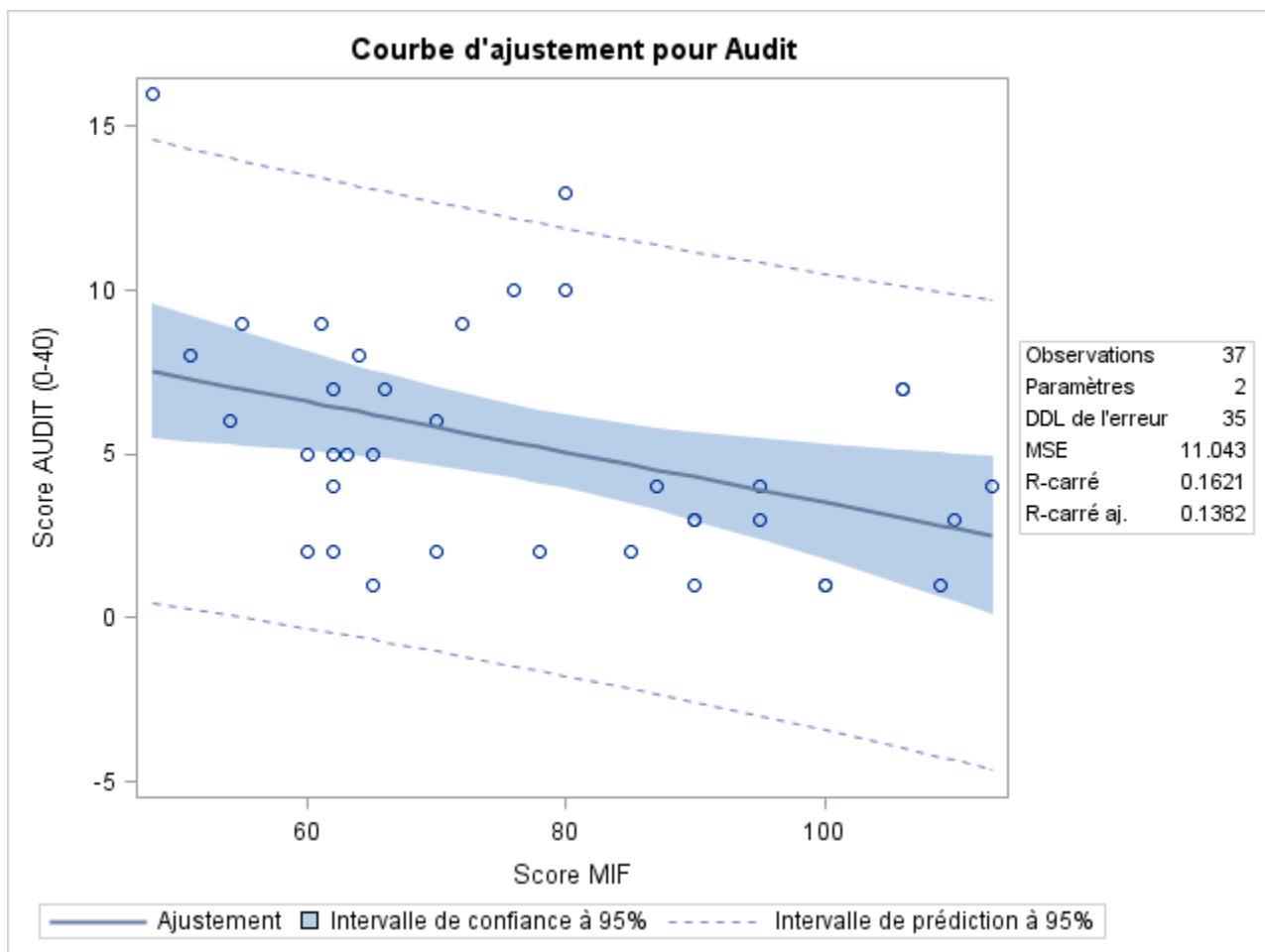
Suivi des consommateurs d'alcool

	Aucune PEC	Sous ttt psychotrope	Sous suivi psychologique	Sous ttt et suivi
Paraplégie				
Consommation non nocive ou absente : 75,8%	76,00%	12,00%	12,00%	0,00%
Consommation nocive ou dépendance : 24,2%	87,50%	12,50%	0,00%	0,00%
Tétraplégie				
Consommation non nocive ou absente : 100%	66,70%	22,20%	11,10%	0,00%
Consommation nocive ou dépendance : 0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Amputation				
Consommation non nocive ou absente : 78,6%	72,70%	18,20%	3,00%	6,10%
Consommation nocive ou dépendance : 21,4%	11,10%	55,60%	0,00%	33,30%
Polytraumatisme				
Consommation non nocive ou absente : 68,9%	41,90%	32,30%	3,20%	22,60%
Consommation nocive ou dépendance : 31,1%	21,40%	50,00%	0,00%	28,60%

Les résultats de notre étude montrent des taux de prise en charge des patients alcooliques excellents puisqu'en dehors des patients paraplégiques (où seuls 12,5% bénéficient d'un suivi ou d'une médication), seulement 11,1% et 21,4% respectivement des patients amputés et polytraumatisés échappent au dépistage.

Du fait de la large amplitude des scores MIF, une courbe de régression a pu être réalisée pour les patients amputés entre le score MIF et le score AUDIT.

Une augmentation significative ($p < 0,0001$) du score AUDIT avec la baisse du score MIF est retrouvée. Cela signifie que moins un patient amputé est autonome et plus il a de chance d'être dépendant à l'alcool.

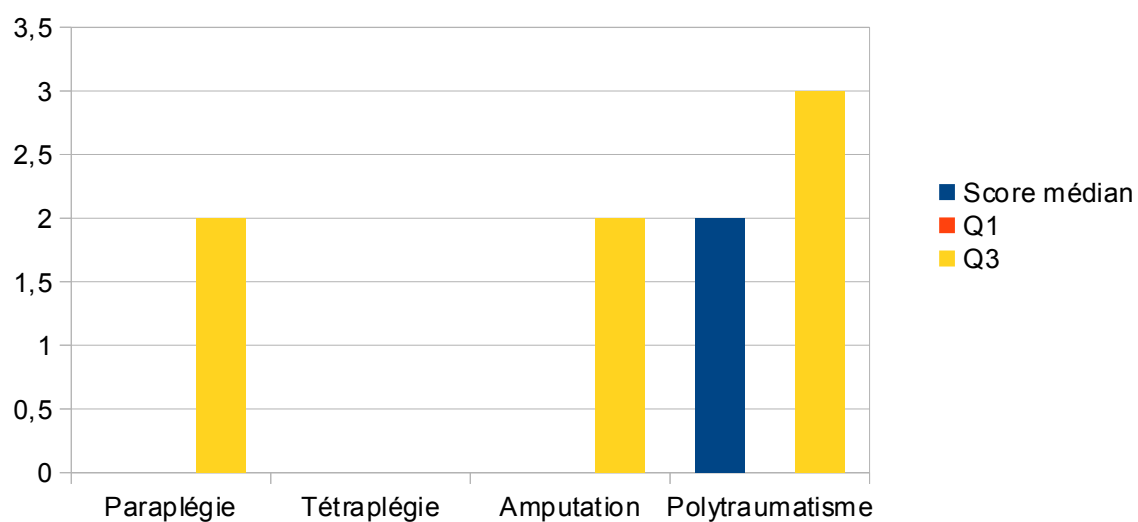


3.2.5. Dépendance au cannabis

Score CAST

	Score médian	Q1	Q3
Paraplégie	0	0	2
Tétraplégie	0	0	0
Amputation	0	0	2
Polytraumatisme	2	0	3

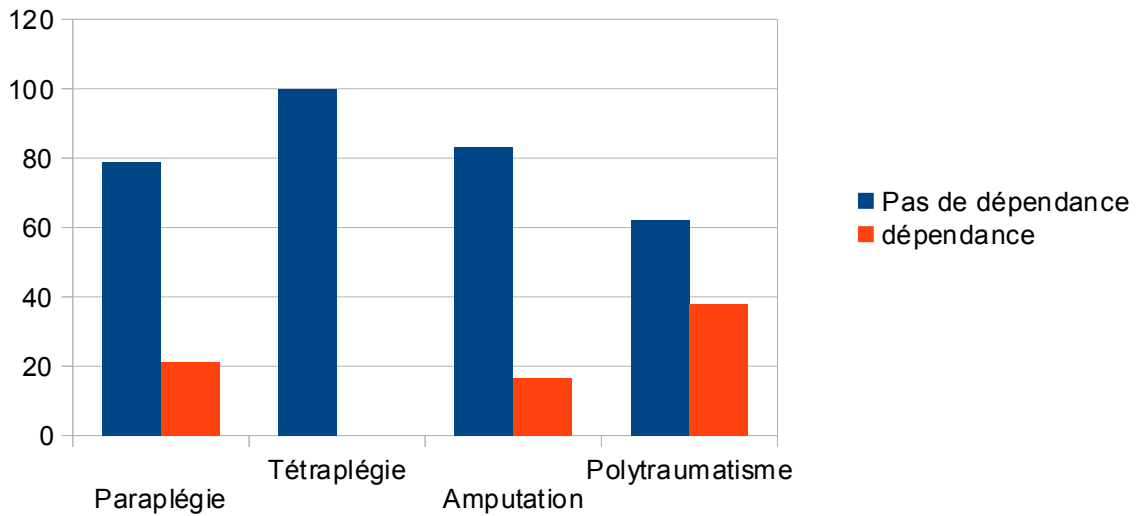
Score CAST



Dépendance au cannabis (CAST avec seuil =3)

	Pas de dépendance	dépendance
Paraplégie	78,8	21,2
Tétraplégie	100	0
Amputation	83,3	16,7
Polytraumatisme	62,2	37,8

Dépendance au cannabis (CAST seuil = 3)



En France, le cannabis est le produit illicite le plus consommé.(48) Environ 30,6% des 15-64 ans l'ont déjà expérimenté. 2,7% des hommes et 1,2% des femmes soit environ 1,2 million de personnes en ont un usage régulier (10 consommations dans le mois) et 0,55 million un usage quotidien.(48)

Nous retrouvons dans notre étude un taux de patients dépendants au cannabis très importants, allant de 16,7% chez les patients amputés à plus de 37% chez les patients polytraumatisés.

Le taux de patients dépendants au cannabis chez les patients tétraplégiques est nulle, ceci étant expliqué par la limitation physique de cette population.

Suivi des consommateurs de cannabis

		Aucune PEC	Sous ttt psychotrope	Sous suivi psychologique	Sous ttt et suivi
Paraplégie	pas de dépendance : 78,8%	65,40%	23,10%	11,50%	0,00%
	dépendance : 21,2%	71,40%	28,6	0,00%	0,00%
Tétraplégie	pas de dépendance : 100%	55,60%	22,20%	22,20%	0,00%
	dépendance : 0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Amputation	pas de dépendance : 83,3%	65,70%	25,70%	0,00%	8,60%
	dépendance : 16,7%	0,00%	57,10%	14,30%	28,60%
Polytraumatisme	pas de dépendance : 62,2%	42,90%	35,70%	3,60%	17,80%
	dépendance : 37,8%	17,60%	47,10%	0,00%	35,30%

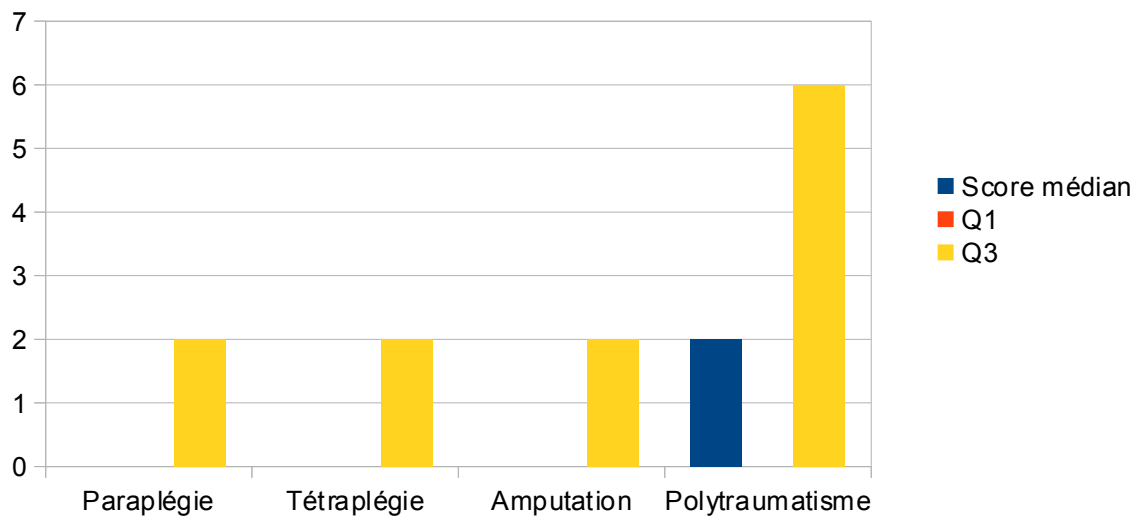
Le taux de prise en charge global des patients consommateurs de cannabis apparaît comme très satisfaisant puisqu'en dehors des patients tétraplégiques où seulement 28,6% des patients dépendants au cannabis sont pris en charge, aucun patient amputé dépendant au cannabis et seulement 17,6% des patients polytraumatisés échappent au dépistage.

3.2.6. Dépendance aux drogues

Score DAST

	Score médian	Q1	Q3
Paraplégie	0	0	2
Tétraplégie	0	0	2
Amputation	0	0	2
Polytraumatisme	2	0	6

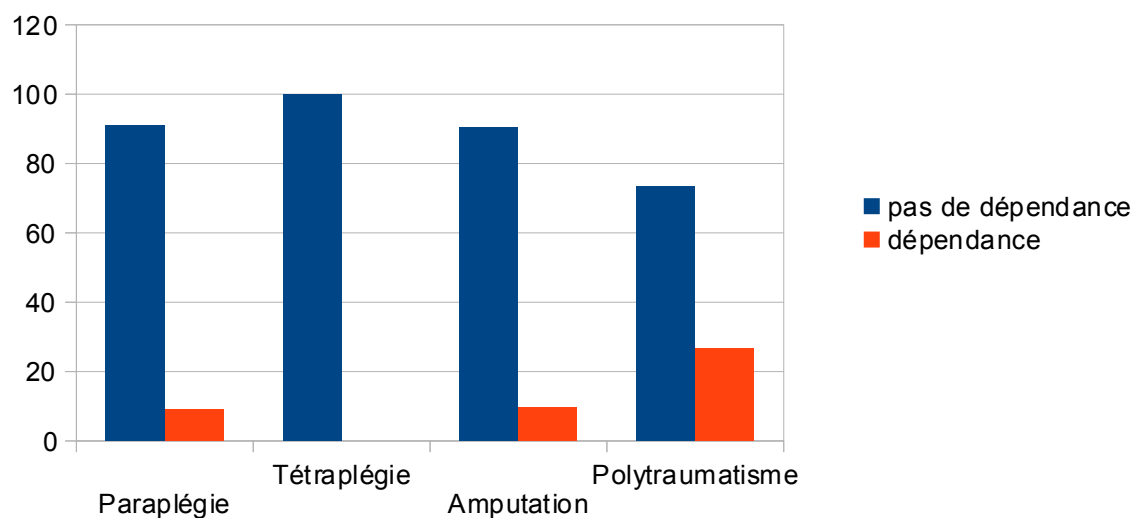
Score DAST



Dépendance aux drogues (DAST avec seuil = 6)

	pas de dépendance	dépendance
Paraplégie	90,9	9,1
Tétraplégie	100	0
Amputation	90,5	9,5
Polytraumatisme	73,3	26,7

Dépendance aux drogues (DAST seuil = 6)



En France, le taux d'expérimentation des opiacés est très faible, estimé à moins de 1% chez les 15-64 ans.(48) (51)

La consommation d'héroïne demeure la principale consommation de substance illégale problématique.

Le taux d'expérimentation de la cocaïne serait de 4% de la population adulte (15-64 ans), 0,6% de la population adulte en ont consommé au cours du dernier mois.

11% des blessés médullaires rapporteraient des consommations de drogues ou des mésusage de médicaments.(50)

En outre, les patients blessés médullaires qui continueraient des consommations de drogues sont plus à même de développer des troubles anxieux.(52)

Le terme de drogue utilisé pour notre étude est la liste des substances recherchées dans le DAST 20, à savoir : le cannabis, les solvants, les tranquillisants (par exemple les benzodiazépines), les barbituriques, la cocaïne, les stimulants (par exemple la cocaïne, le speed ou l'ecstasy), les hallucinogènes (par exemple le LSD) ou les narcotiques (comme l'héroïne) . L'alcool n'est pas étudié par ce test.

L'échelle DAST 20 avec un seuil de 6 a été utilisé pour notre étude. Il représente un niveau de problème possiblement modéré.

Des taux de dépendance très importants sont retrouvés, allant d'un peu plus de 9% pour les patients paraplégiques et amputés à plus de 26% pour les patients polytraumatisés.

Des taux aussi importants peuvent être expliqués par le cannabis qui est évalué par le DAST 20.

24% des patients feraient un mésusage de leur traitement.(53)

Les patients ayant utilisé leur traitement accepteraient moins leur handicap et seraient plus déprimés que ceux ne prenant pas leur traitement.(53)

Toutefois, bien que le cannabis soit évalué, le taux de patient dépendants est bien inférieur à ceux retrouvés via l'échelle CAST (cf chapitre précédent).

Ceci pourrait s'expliquer de deux façons : la première hypothèse est celle d'une minimisation par les patients de leurs consommations de drogues, entraînant une sous estimation des taux de dépendance avec l'échelle DAST 20, en particulier pour les patients dans le déni de leur trouble. La deuxième hypothèse est celle de taux de dépendance très faible, les chiffres ne représentant finalement que les consommateurs de cannabis.

Suivi des consommateurs de drogues

	Aucune PEC	Sous ttt psychotrope	Sous suivi psychologique	Sous ttt et suivi	
Paraplégie	pas de dépendance : 90,9%	66,70%	23,30%	10,00%	0,00%
	Dépendance : 9,1%	66,70%	33,30%	0,00%	0,00%
Tétraplégie	pas de dépendance : 100%	55,60%	22,20%	22,20%	0,00%
	dépendance : 0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Amputation	pas de dépendance : 90,5%	60,50%	28,90%	2,70%	7,90%
	Dépendance : 9,5%	0,00%	50,00%	0,00%	50,00%
Polytraumatisme	pas de dépendance : 73,3%	39,40%	30,30%	3,00%	27,30%
	Dépendance : 26,7%	16,70%	66,60%	0,00%	16,70%

Le taux de prise en charge est excellent puisqu'en dehors des patients paraplégiques, seuls 16,7% des patients polytraumatisés ne bénéficient pas d'un suivi ou d'un traitement psychotrope.

Néanmoins, le fait d'être blessé médullaire réduit de manière significative la probabilité de guérir d'un abus de substance. (54) (55) (56) (57) (58)

IV. Discussion

Les résultats de cette étude montrent des scores élevés et une fréquence importante des comorbidités psychiatriques dans la population étudiée.

Néanmoins, plusieurs précisions au sujet de cette étude sont à faire, notamment au sujet des biais rencontrés et dans l'analyse des résultats.

Par définition, le biais provient d'une conception défectueuse de l'étude et a des origines multiples.

Dans la recherche, il existe plusieurs types de Biais. Sackette et al citent 19 types de biais rencontrés habituellement dans les études épidémiologiques.(59) En effet, tout type d'erreur introduite dans l'étude, et dont la cause est identifiable, peut être potentiellement considéré comme un biais par définition. Beaucoup de ces erreurs sont difficiles à détecter et encore plus difficiles à éviter.

4.1. Biais de sélection

Le biais de sélection est le biais le plus courant. Il représente une distorsion de l'estimation de l'effet due à la manière de sélectionner la population à étudier.(60)

Le biais de sélection pourrait concerner quatre domaines dans notre étude : la période de recrutement, la population étudiée, la taille de l'échantillon et les critères d'exclusion.

La période de recrutement de notre étude s'est ainsi faite sur une période réduite, à savoir trois mois. Il pourrait ainsi se poser la question si la population recrutée pendant ces trois mois est comparable à la population annuelle prise en charge à l'Institut Régional de Réadaptation.

Le recrutement s'est déroulé exclusivement dans l'Institut Régional de Réadaptation de Nancy. Si cette structure prend en charge l'énorme majorité des patients handicapés du grand Nancy, il est possible que quelques patients, en particulier porteur d'un polytraumatisme, et peut être moins sévèrement atteints, puissent être pris en charge dans d'autres structures, d'où une possible surestimation des troubles.

En outre, seuls des patients hospitalisés (hospitalisation complète ou hospitalisation de jour) ont été recrutés, cette population pourrait être plus sévèrement atteinte que des patients handicapés non hospitalisés d'où encore une possible surestimation des troubles.

Au contraire, il se pose la question le cas de non répondants, par refus de passer le questionnaire. Il est possible d'expliquer un tel refus par deux explications : la peur de se soumettre à un questionnaire à orientation psychiatrique et de passer pour « fou », les troubles psychiatriques, malgré d'énormes progrès, restant encore très stigmatisants. La deuxième explication pourrait être celle d'une volonté de cacher ou de minimiser des troubles recherchés par le questionnaire, en particulier les consommations de drogues. Cela a pu ainsi entraîner une possible sous estimation des troubles.

Un total de 132 questionnaires ont été remplis, repartis en cinq pathologies. Cela donne des tailles d'échantillon relativement faibles dans des populations très spécifiques. Les résultats concernant les patients atteints d'un syndrome de la queue de cheval n'ont d'ailleurs pas été analysés devant le très faible recrutement (3 patients seulement).

Les critères d'inclusion et d'exclusion de cette étude ont été choisis afin d'évaluer des patients porteurs d'un handicap acquis séquellaire.

Néanmoins, il avait été discuté d'exclure du recrutement les patients dont le traumatisme était lié à une tentative de suicide et d'exclure les patients présentant une pathologie psychiatrique antérieure. En effet, environ 10% des blessés médullaires seraient liées à une tentative de suicide.(35)

Néanmoins, en accord avec le médecin épidémiologue, ce critère a été supprimé pour deux raisons. Pour un motif éthique premièrement pour ne pas stigmatiser les patients déjà porteurs d'une pathologie psychiatriques

La deuxième raison était d'éviter un biais de confusion. En effet, il aurait alors fallu distinguer d'une part les co-morbidités psychiatriques recherchées dans l'étude des autres pathologies psychiatriques (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble de la personnalité,...) et d'autre part il aurait été très difficile, en particulier dans la population étudiée, de différencier les conduites à risque (avec ou sans dimension ordalique), des pseudos tentatives de suicide et des véritables tentatives de suicide, ce qui aurait pu stigmatiser encore plus les patients recrutés et entraîner des réponses possiblement biaisées.

4.2. Biais d'interrogatoire ou d'information

Le biais d'information est une distorsion dans l'estimation de l'effet, par suite d'une erreur de mesure ou d'un mauvais classement des sujets selon une ou plusieurs variables.(60)

Le biais d'interrogatoire pourrait concerner trois domaines de notre étude : le diagnostic lors du recrutement, les possibles doublons et le traitement psychotrope.

Si les critères diagnostiques pour les patients polytraumatisés et les patients amputés étaient simples, ceux pour les patients paraplégiques, tétraplégiques et porteurs d'un syndrome de la queue de cheval étaient plus complexes. Il est donc possible que certains patients recrutés, en particulier des patients paraplégiques ou tétraplégiques, aient été recrutés par erreur. A contrario, des patients porteurs d'un syndrome de la queue de cheval ont pu ne pas être recrutés car non dépistés.

Les questionnaires ayant été donnés par plusieurs examinateurs, il existe également la possibilité que des patients aient rempli plusieurs questionnaires. Néanmoins, les facteurs d'inclusion demandant des capacités intellectuelles suffisantes pour comprendre et passer le questionnaire (critère cognitif), il semble très peu probable l'existence de doublon, le patient l'aurait alors signalé à l'examineur.

Le biais d'interrogatoire concernant les médicaments psychotropes est expliqué ci-dessous avec le biais de confusion.

4.3. Biais de confusion

Le biais de confusion est un type spécial de biais, où l'effet du facteur étudié est mélangé avec les effets d'autres facteurs qui n'ont pas un rapport direct avec le problème traité dans l'étude. Une exposition E est dite confondue avec un autre facteur C pour ce qui concerne son effet sur une maladie X, si C et E sont tous deux associés à la maladie et si C et E sont associés entre eux. La confusion se manifeste dans les résultats de l'étude lorsque le facteur C intervient de façon inégale dans les groupes exposés et non exposés à E.(60)

Le biais de confusion pourrait concerner les médicaments psychotropes. En effet, un certain nombre de médicaments psychotropes peuvent être utilisés dans un but somatique et inversement, des médicaments somatiques peuvent avoir des effets psychotropes. Ainsi, il est possible que certains patients ne connaissent pas l'indication de leur traitement. Il est également possible que certaines patients n'aient pas connaissance du tout de leur traitement.

Par exemple, un médicament de la classe des benzodiazépines, comme le valium, peut être utilisé à visée somatique pour ses propriétés myorelaxante et/ou antiépileptique ou à visée psychotrope comme anxiolytique. Le Laroxyl® peut également être utilisé à visée somatique pour des douleurs neuropathiques, mais également à visée psychotrope comme antidépresseur. (même s'il est peu utilisé comme antidépresseur).

Conclusion

L'objectif principal de cette étude descriptive était de déterminer si un handicap physique pouvait avoir des répercussions psychiques, ce qui paraissait de bon sens, et de le quantifier. Cette étude montre effectivement des fréquences très importantes de co-morbidités psychiatriques chez les patients porteurs d'un handicap physique.

L'objectif secondaire de cette étude descriptive était de déterminer si la sévérité du handicap entraînait une plus grande sévérité des co-morbidités psychiatriques. Du fait du faible recrutement et de la distribution des scores MIF, il n'a pu être montré que dans le cadre spécifique des patients amputés que la sévérité du handicap était corrélée avec une sévérité des co-morbidités psychiatriques.

Le dépistage et le traitement des co-morbidités psychiatriques revêtent une grande importance puisqu'ils peuvent ainsi conditionner le pronostic et la prise en charge somatiques futurs.(3)

Par ailleurs, la sévérité du handicap était évaluée dans notre étude que sous le seul angle du degré d'autonomie, en fonction du score MIF. Or le handicap apparaît comme une notion complexe, pluridimensionnelle, résultante d'une interaction entre les problèmes de santé personnels de la personne et de son environnement. En effet, deux patients porteurs du même handicap avec des scores MIF identiques n'auront pas forcément des autonomies comparables. En outre, il n'a pas été étudié dans cette étude le handicap dans son aspect dynamique, c'est à dire avec la notion de deuil survenant avec le handicap. Cette notion de handicap est ainsi délicate à évaluer globalement.

Pour conclure, il faut souligner le très bon taux de prise en charge des patients handicapés présentant des co-morbidités psychiatriques par les équipes de rééducation fonctionnelle. En effet, ces co-morbidités psychiatriques pourraient passer inaperçues ou secondaire dans la prise en charge par leur côté insidieux et souvent moins visibles par rapport aux conséquences somatiques.

Or, ces co-morbidités psychiatriques peuvent avoir des conséquences très délétères et néfastes dans le pronostic global quand elles ne sont pas dépistées et traitées.

D'autres co-morbidités psychiatriques auraient pu être étudiées, comme le syndrome de stress post-traumatique par exemple, et pourraient faire l'objet d'études additionnelles, mais n'ont pas pu être étudiées dans cette étude pour des raisons logistiques et pratiques.

Les données de cette étude sont bien sûres à confirmer par des études de plus haut niveau de preuve.

Annexes

Note d'information

Etude Copenhague (Comorbidités Psychiatrique et Handicap) de l'impact des traumatismes physiques sur l'apparition de troubles psychiques.

Madame, monsieur,

Dans le cadre d'un travail de thèse de doctorat en médecine réalisé par monsieur Olivier Volpe, interne en psychiatrie, et dirigé par le Professeur Raymund SCHWAN, nous vous proposons de participer à une étude qui s'intéresse à la présence d'anxiété, de dépression, ou de dépendance à une substance chez les patients porteurs d'un handicap physique.

L'objectif est de décrire la proportion d'individus souffrant d'anxiété, de dépression et/ou de conduites addictives chez les porteurs de handicap suivis en institut de soins et de réadaptation dans le Grand Nancy.

Il vous faudra environ 15 minutes pour remplir le questionnaire mis à votre disposition.

Ces questionnaires sont confidentiels et anonymes. Ainsi, aucune information nominative rapportée par ceux qui acceptent de participer ne pourra être transmise à des tiers.

Vous pouvez vous faire aider pour remplir ce questionnaire si vous n'êtes pas en capacité par vous-même de le remplir.

Vous pouvez à tout moment renoncer à participer à cette étude, sans que votre prise en charge ne soit modifiée. Il vous suffira d'envoyer un message à l'adresse mail ci-dessous en indiquant votre numéro de formulaire (inscrite en bas de chaque page du questionnaire).

Pour tout renseignement complémentaire et pour prendre connaissance des résultats de cette étude, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse mail suivante: oliviervolpe@hotmail.fr

Les résultats seront ensuite restitués uniquement sous forme globale et anonyme.

Si dans le cadre de ce questionnaire, vous ressentez le besoin de pouvoir en discuter avec un thérapeute, vous pouvez vous adresser aux infirmières qui contacteront le psychiatre ou la psychologue officiant à l'Institut Régional de Réadaptation.

Olivier Volpe
Pr Raymund Schwan

ECHELLE HAD

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez il pourra mieux vous aider.

Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à la gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

A Je me sens tendu ou énervé :

- 3** La plupart du temps
- 2** Souvent
- 1** De temps en temps
- 0** Jamais

D Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- 0** Oui, tout autant
- 1** Pas autant
- 2** Un peu seulement
- 3** Presque plus

A J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- 3** Oui, très nettement
- 2** Oui, mais ce n'est pas trop grave
- 1** Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- 0** Pas du tout

D Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- 0** Autant que par le passé
- 1** Plus autant qu'avant
- 2** Vraiment moins qu'avant
- 3** Plus du tout

A Je me fais du souci :

- 3** Très souvent
- 2** Assez souvent
- 1** Occasionnellement
- 0** Très occasionnellement

D Je suis de bonne humeur :

- 3** Jamais
- 2** Rarement
- 1** Assez souvent
- 0** La plupart du temps

A Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

- 0** Oui, quoi qu'il arrive
- 1** Oui, en général
- 2** Rarement
- 3** Jamais

D J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- 3** Presque toujours
- 2** Très souvent
- 1** Parfois
- 0** Jamais

A J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- 0 Jamais
- 1 Parfois
- 2 Assez souvent
- 3 Très souvent

D Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- 3 Plus du tout
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé

A J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- 3 Oui, c'est tout-à-fait le cas
- 2 Un peu
- 1 Pas tellement
- 0 Pas du tout

D Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- 0 Autant qu'avant
- 1 Un peu moins qu'avant
- 2 Bien moins qu'avant
- 3 Presque jamais

A J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- 3 Vraiment très souvent
- 2 Assez souvent
- 1 Pas très souvent
- 0 Jamais

D Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :

- 0 Souvent
- 1 Parfois
- 2 Rarement
- 3 Très rarement

Maintenant vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions.

Test Fagerstrom Test Nicotin Dependance

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 minutes = 3

6-30 minutes = 2

31-60 minutes = 1

> 60 minutes = 0

2. Trouvez vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

Oui = 1

Non = 0

3. A quelle cigarette renoncerez vous le plus difficilement ?

A la première de la journée = 1

A une autre = 0

4. Combien de cigarette fumez-vous par jour en moyenne ?

10 ou moins = 0

11 à 20 = 1

21 à 30 = 2

> 30 = 3

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

Oui = 1

Non = 0

6. Fumez vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

Oui = 1

Non = 2

RESULTATS

Additionner les 6 chiffres des 6 réponses aux questions ... et comparez au tableau ci-dessous

Entre 0 et 2 : pas de dépendance

Entre 3 et 4 : faible dépendance

Entre 5 et 6 : dépendance moyenne

Entre 7 et 10 : Forte ou très forte dépendance

Questionnaire AUDIT de dépendance à l'alcool

Cochez la réponse qui correspond le plus à votre cas.

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| Jamais | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Une fois par mois ou moins | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2 à 4 fois par mois | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 2 à 3 fois par semaine | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Au moins 4 fois par semaine | <input type="checkbox"/> | 4 |

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

- | | | |
|------------|--------------------------|---|
| 1 ou 2 | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 3 ou 4 | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 5 ou 6 | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 7 ou 8 | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 10 ou plus | <input type="checkbox"/> | 4 |

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| Jamais | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Une fois par mois | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Une fois par semaine | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Tous les jours ou presque | <input type="checkbox"/> | 4 |

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| Jamais | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Une fois par mois | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Une fois par semaine | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Tous les jours ou presque | <input type="checkbox"/> | 4 |

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| Jamais | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Une fois par mois | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Une fois par semaine | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Tous les jours ou presque | <input type="checkbox"/> | 4 |

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| Jamais | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/> | 1 |

- Une fois par mois 2
- Une fois par semaine 3
- Tous les jours ou presque 4

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

- Jamais 0
- Moins d'une fois par mois 1
- Une fois par mois 2
- Une fois par semaine 3
- Tous les jours ou presque 4

8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

- Jamais 0
- Moins d'une fois par mois 1
- Une fois par mois 2
- Une fois par semaine 3
- Tous les jours ou presque 4

9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

- Non 0
- Oui, mais pas au cours de l'année écoulée 2
- Oui, au cours de l'année 4

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

- Non 0
- Oui, mais pas au cours de l'année écoulée 2
- Oui, au cours de l'année 4

cotation :

additionner les points en fonction des réponses

un score entre 0 et 7 n'évoque pas une consommation nocive

un score entre 8 et 13 évoque une consommation nocive

un score supérieur ou égal à 14 évoque une dépendance à l'alcool

Questionnaire CAST de dépendance au cannabis

(Une seule croix par ligne)	Oui	Non
<hr/>		
Au cours de votre vie :		
1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cotation :

Chaque oui donne 1 point

Score maximal de 6

un score supérieur ou égal à 3 est marqueur d'une consommation nocive.

Questionnaire DAST 20 sur la consommation de drogues

Les questions suivantes portent sur votre consommation de drogues (**sans inclure votre consommation d'alcool**) au cours des 12 derniers mois. Lisez attentivement chaque question puis noircissez le carré approprié (Oui/Non). Les termes "abus de drogues" désigne soit 1) l'utilisation de médicaments sur ordonnance ou de médicaments en vente libre, excédant les directives soit 2) l'usage de drogues à des fins non-médicales. Les drogues en question se classent comme suit : le cannabis (comme marijuana et le haschish), les solvants, les tranquillisants (comme les Valium), les barbituriques, la cocaïne, les stimulants (comme les "speed"), les hallucinogènes (comme le LSD) ou les narcotiques (comme l'héroïne). Lisez attentivement chaque question en choisissant votre réponse «oui» ou «non», puis encerclez la réponse appropriée. Veuillez répondre à chaque question. Si certaines questions posent des difficultés, choisissez la réponse la plus appropriée.

Rappelez-vous que ces questions ne s'appliquent pas aux boissons alcoolisées.

1. Avez-vous fait usage de drogues autres que les médicaments administrés? Oui Non
2. Avez-vous fait un usage abusif de médicaments sur ordonnance? Oui Non
3. Utilisez-vous plus d'une drogue à la fois ? Oui Non
4. Pouvez-vous vous passer de drogues pendant une semaine complète? Oui Non
5. Êtes-vous toujours capable d'arrêter d'utiliser des drogues ou des médicaments quand vous le voulez? Oui Non
6. Avez-vous eu de brèves pertes de mémoire ("blackouts") ou des irruptions de souvenirs ("flashbacks") après avoir pris une drogue ou un médicament? Oui Non
7. Votre consommation de drogues ou de médicaments suscite-t-elle un sentiment de culpabilité ou de malaise de votre part? Oui Non
8. Vos parents ou votre conjoint se plaignent-ils de votre comportement vis-à-vis des drogues ou des médicaments? Oui Non
9. Est-ce que l'abus de drogues ou de médicaments vous a causé des ennuis avec votre conjoint ou vos parents? Oui Non
10. Avez-vous perdu des amis à cause de votre usage de drogues ou de médicaments? Oui Non
11. Avez-vous négligé votre famille à cause de votre usage de drogues ou de médicaments ? Oui Non
12. Avez-vous eu des ennuis au travail causés par l'abus de drogues ou de médicaments? Oui Non
13. Avez-vous perdu un emploi à cause de l'usage de drogues ou de médicaments?

Oui ü Non ü

14. Vous êtes-vous battu(e) en étant sous l'influence de drogues ou de médicaments?

Oui ü Non ü

15. Vous êtes-vous engagé(e) dans des activités illégales dans le but d'obtenir des drogues ou des médicaments?

Oui ü Non ü

16. Avez-vous été arrêté(e) pour possession de drogues illégales?

Oui ü Non ü

17. Avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage (vous êtes-vous senti malade) après avoir interrompu votre consommation de drogues ou de médicaments?

Oui ü Non ü

18. Avez-vous eu des problèmes médicaux suite à votre usage de drogues ou de médicaments (p.ex. pertes de mémoire, hépatite, convulsions, saignements, etc.)?

Oui ü Non ü

19. Avez-vous cherché de l'aide pour résoudre un problème de drogues ou de médicaments?

Oui ü Non ü

20. Avez-vous suivi un programme de traitement spécifiquement lié à l'usage de drogues ou de médicaments?

Oui ü Non ü

Cotation du test :

C'est un auto-questionnaire à réponse binaire oui/non

chaque oui compte pour 1 point sauf items 4, 5 ou un non donne 1 point.

score maximum de 20

un score supérieur ou égal à 6 est indicateur d'une dépendance possiblement modérée.

un score supérieur ou égal à 11 est indicateur d'une dépendance possiblement importante.

un score supérieur ou égal à 16 est indicateur d'une dépendance possiblement sévère.

La mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF)

A remplir calmement avec l'aide d'un membre de votre famille ou de votre entourage

Pour chaque ligne, indiquez le nombre de points correspondants.

La MIF comprend 18 tâches avec 7 niveaux d'évaluation. Ainsi :

- Dépendance complète** :- 1 point est accordé si l'aide est totale (autonomie = 0%+)
- 2 points sont accordés si l'aide est maximale (autonomie = 25%+)
- Dépendance modifiée** - 3 points sont accordés si l'aide est modérée (autonomie = 50%+)
- 4 points sont accordés si l'aide est minimale (autonomie = 75%+)
- 5 points sont accordés si une surveillance est nécessaire
- Sans aide** - 6 points sont accordés si l'indépendance est relative (utilisation d'un appareil)
- 7 points sont accordés si l'indépendance est complète

Évaluation 1: les soins personnels

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| 6. 1. Alimentation |points |
| 7. 2. Soins de l'apparence |points |
| 8. 3. Hygiène/toilette |points |
| 9. 4. Habillage: partie supérieure |points |
| 10. 5. Habillage: partie inférieure |points |
| 11. 6. Utilisation des toilettes |points |

Évaluation 2: le contrôle des sphincters

- | | |
|---------------------------|------------|
| 7. Contrôle de la vessie |points |
| 8. Contrôle des intestins |points |

Évaluation 3: les transferts

- | | |
|------------------------------------|------------|
| • 9. Lit, chaise, fauteuil roulant |points |
| • 10. Aller aux toilettes |points |
| • 11. Baignoire, douche |points |

Évaluation 4: la locomotion

- 12. Marche, fauteuil roulantpoints
- 13. Escalierspoints

Évaluation 5: la communication

- 14. Compréhension auditivepoints
- 15. Expression verbalepoints

Évaluation 6: la conscience du monde extérieur

- 16. Capacité d'interagir et de communiquer socialementpoints
- 17. Résolution des problèmespoints
- 18. Mémoirepoints

Bibliographie

1. WITTKOWER ED, GINGRAS G, MERGLER L, WIGDOR B, LEPINE A. A combined psychosocial study of spinal cord lesions. *Can Med Assoc J.* 1954 août;71(2):109–15.
2. Stewart TD. Coping behaviour and the moratorium following spinal cord injury. *Paraplegia.* 1978 févr;15(4):338–42.
3. Elliott TR, Frank RG. Depression following spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 1996 août;77(8):816–23.
4. Organisation Mondiale de la santé. Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé. 2011.
5. Loi du 11 février 2005. n°2005-102. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
6. Bas P. Conférence de presse de Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. 2006.
7. Hardy P, Servant D, Cialdella P. échelles d'évaluation de psychopathologie. 1999.
8. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983 juin;67(6):361–70.
9. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale--a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res.* 1997 janv;42(1):17–41.
10. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res.* 2002 févr;52(2):69–77.
11. Friedman S, Samuelian JC, Lancrenon S, Even C, Chiarelli P. Three-dimensional structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large French primary care population suffering from major depression. *Psychiatry Res.* 2001 nov 30;104(3):247–57.
12. Lepine JP, Godchau M, Brun P. Anxiety and depression in inpatients. *Lancet.* 1985 déc 21;2(8469-70):1425–6.
13. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991 sept;86(9):1119–27.
14. Courvoisier D, Etter J-F. Using item response theory to study the convergent and discriminant validity of three questionnaires measuring cigarette dependence. *Psychol Addict Behav.* 2008 sept;22(3):391–401.
15. Meneses-Gaya IC de, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JA de S. Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *J Bras Pneumol.* 2009 janv;35(1):73–82.
16. Stavem K, Røgeberg OJ, Olsen JA, Boe J. Properties of the Cigarette Dependence Scale and the

Fagerström Test of Nicotine Dependence in a representative sample of smokers in Norway. *Addiction*. 2008 sept;103(9):1441–9.

17. Babor T, Higgins Biddle J, Saunders J, Monteiro M. the alcohol use disorders identification test. guidelines for use in primary care. second edition. World Health Organization; 2001.
18. Chen C-H, Chen WJ, Cheng ATA. New approach to the validity of the alcohol use disorders identification test: stratum-specific likelihood ratios analysis. *Alcohol. Clin. Exp. Res*. 2005 avr;29(4):602–8.
19. Bradley KA, Bush KR, McDonnell MB, Malone T, Fihn SD. Screening for problem drinking : Comparison of CAGE and AUDIT. *J Gen Intern Med*. 1998 juin;13(6):379–88.
20. Cherpitel CJ, Ye Y, Moskalewicz J, Swiatkiewicz G. Screening for alcohol problems in two emergency service samples in Poland: comparison of the RAPS4, CAGE and AUDIT. *Drug Alcohol Depend*. 2005 nov 1;80(2):201–7.
21. Legleye S, Piontek D, Kraus L. Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug Alcohol Depend*. 2011 janv 15;113(2-3):229–35.
22. Arvers P, Favre J, De Montleau F, Gheorghiev C, Fidelle G. The Cannabis Abuse Screening Test (CAST) Among Outpatients in Primary Care Centers in France: Reliability, Validity and Diagnosis Cut-Off. Victoria, Canada; 2008.
23. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population. 2007; (12 (4)):p 233–42.
24. Adamson SJ, Sellman JD. A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug Alcohol Rev*. 2003 sept;22(3):309–15.
25. Karila L, Couteron J, Reynaud M. Stratégies de repérage et d'évaluation de l'usage nocif de cannabis. Flammarion Médecine-Sciences; 2004.
26. Skinner HA, Goldberg AE. Evidence for a drug dependence syndrome among narcotic users. *Br J Addict*. 1986 août;81(4):479–84.
27. Cocco K, Carey K. Psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test in psychiatric outpatients. 1998;(10):408–14.
28. Skinner H. Assessment of substance abuse: Drug Abuse Screening Test. *Encyclopedia of drugs, alcohol and addictive behavior*. 2001;
29. Yudko E, Lozhkina O, Fouts A. A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *J Subst Abuse Treat*. 2007 mars;32(2):189–98.
30. Granger CV, Hamilton B. Measurement of Stroke Rehabilitation Outcome in the 1980s. *Stroke*. 1990;(11):46–7.
31. Ottenbacher KJ, Mann WC, Granger CV, Tomita M, Hurren D, Charvat B. Inter-rater agreement and stability of functional assessment in the community-based elderly. *Arch Phys Med Rehabil*.

1994 déc;75(12):1297–301.

32. Hamilton B, Laughlin J, Granger CV. Interrater agreement of the seven level Functional Independence Measurement (FIM). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1991;
33. Dodds TA, Martin DP, Stolov WC, Deyo RA. A validation of the functional independence measurement and its performance among rehabilitation inpatients. *Arch Phys Med Rehabil*. 1993 mai;74(5):531–6.
34. Disler P, Roy C, Schmith B. Predicting Hours of Care Needed. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1993;(74):139–43.
35. Friggeri A. Influences du type et du niveau de la lésion, du délai chirurgical et des complications respiratoires sur la récupération clinique à un an. [Thèse pour le doctorat de médecine]. 2006.
36. André J, Paysant J. Les amputés en chiffres : épidémiologie. cofemer; 2006.
37. Haute Autorité de Santé, SFAR. Prise en charge d'un blessé adulte présentant un traumatisme vertébro-médullaire. 2003.
38. Organisation Mondiale de la santé. 1992.
39. INPES. La dépression en France. Enquête Anadep [Internet]. Available de: 2005
40. Hoffman JM, Bombardier CH, Graves DE, Kalpakjian CZ, Krause JS. A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011 mars;92(3):411–8.
41. Singh R, Ripley D, Pentland B, Todd I, Hunter J, Hutton L, et al. Depression and anxiety symptoms after lower limb amputation: the rise and fall. *Clin Rehabil*. 2009 mars;23(3):281–6.
42. Singh R, Hunter J, Philip A. The rapid resolution of depression and anxiety symptoms after lower limb amputation. *Clin Rehabil*. 2007 août;21(8):754–9.
43. Fann JR, Bombardier CH, Richards JS, Tate DG, Wilson CS, Temkin N. Depression after spinal cord injury: comorbidities, mental health service use, and adequacy of treatment. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011 mars;92(3):352–60.
44. Guelfi J-D, Rouillon F, Collectif. *Manuel de psychiatrie*. Masson; 2007.
45. Migliorini CE, New PW, Tonge BJ. Comparison of depression, anxiety and stress in persons with traumatic and non-traumatic post-acute spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2009 nov;47(11):783–8.
46. Migliorini C, Tonge B, Taleporos G. Spinal cord injury and mental health. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008 avr;42(4):309–14.
47. Hawamdeh ZM, Othman YS, Ibrahim AI. Assessment of anxiety and depression after lower limb amputation in Jordanian patients. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008 juin;4(3):627–33.
48. Lejoyeux M, Adès J, Auriacombe M, Batel P, Collectif. *Addictologie*. Masson; 2008.

49. Guilbert P, Gauthier A. Baromètre santé 2005, premiers résultats INPES 2005 [Internet]. Available de: www.inpes.sante.fr/Barometres/Baro2000/pdf/tabac.pdf
50. Tate DG, Forchheimer MB, Krause JS, Meade MA, Bombardier CH. Patterns of alcohol and substance use and abuse in persons with spinal cord injury: risk factors and correlates. *Arch Phys Med Rehabil.* 2004 nov;85(11):1837–47.
51. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Rapport annuel 2007. État du phénomène de la drogue en europe. [Internet]. Available de: www.ofdt.fr
52. Greer B, Walls R. Emotional factors involved in substance abuse in a sample of rehabilitation clients. *Journal of Rehabilitation.* 1997;5–8.
53. Heinemann AW, McGraw TE, Brandt MJ, Roth E, Dell'Oliver C. Prescription medication misuse among persons with spinal cord injuries. *Int J Addict.* 1992 mars;27(3):301–16.
54. Krahn G, Deck D, Gabriel R, Farrel N. A population-based study on substance abuse treatment for adults with disabilities: Access, utilisation, and treatment outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* 2007;791–8.
55. Magura S, Staines GL, Blankertz L, Madison EM. The effectiveness of vocational services for substance users in treatment. *Subst Use Misuse.* 2004;39(13-14):2165–213.
56. West L, Graham C, Cifu D. Rates of alcohol/other drug treatment Denials to persons with physical disabilities: Accessibility concerns. *Alcoholism Treatment Quarterly.* 2009;205–316.
57. Hawkins D, Heinemann A. Substance abuse and medical complications following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology.* 1998;(43):219–31.
58. Heinemann A, Hawkins D. Substance abuse and medical complications following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology.* 1995;(40):125–40.
59. Sackett D, Rosenberg W, Gray J, Haynes R, Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996;
60. Organisation Mondiale de la santé. Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé. Guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique. 2003.

VU

NANCY, le **8 février 2012**

Le Président de Thèse

Professeur R. SCHWAN

NANCY, le **14 février 2012**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N° 3896

NANCY, le 17/02/2012

L'ADMINISTRATEUR PROVISOIRE DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur J.P. FINANCE

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Un traumatisme physique grave est une épreuve difficile pour un sujet. En plus des séquelles physiques « visibles », parfois définitives, différentes co-morbidités psychiatriques souvent insidieuses, leur seront fréquemment associées. Or, ces répercussions psychiques peuvent avoir un rôle prépondérant dans la prise en charge du patient en terme de qualité des soins, de coût financier et de pronostic.

L'objectif principal de ce travail de thèse de doctorat est de décrire la fréquence de plusieurs co-morbidités psychiatriques (dépression, anxiété, dépendance au tabac, à l'alcool, au cannabis, aux drogues et aux médicaments) dans une population de patients porteurs d'un handicap physique acquis séquellaire (paraplégie, tétraplégie, syndrome de la queue de cheval, amputation et polytraumatisme). L'objectif secondaire est de déterminer si la sévérité du handicap est un facteur de risque de présence et d'intensité des co-morbidités psychiatriques potentiellement associées au handicap.

TITRE EN ANGLAIS

Study COPH. A descriptive study seeking psychiatric comorbidities in patient with physical disabilities

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – Psychiatrie - ANNÉE 2012

MOTS CLEFS : étude descriptive, co-morbidités psychiatriques, handicap physique

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
