

---

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires  
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : "Influences des facteurs humains  
et environnementaux sur l'apparition d'un syndrome de stress post-traumatique  
chez les patients passant par le déchocage."**

**Auteur :** Gilson, Julie

**Promoteur(s) :** ANCIION, Aurore; 7842

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

**Année académique :** 2023-2024

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/21590>

---

*Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

**INFLUENCES DES FACTEURS HUMAINS ET  
ENVIRONNEMENTAUX SUR L'APPARITION D'UN  
SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ  
LES PATIENTS PASSANT PAR LE DECHOCAGE**

Mémoire présenté par **Julie GILSON**  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences de la Santé publique  
Finalité spécialisée en Gestion des Institutions de Soins  
Année académique 2023 – 2024

**INFLUENCES DES FACTEURS HUMAINS ET  
ENVIRONNEMENTAUX SUR L'APPARITION D'UN  
SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ  
LES PATIENTS PASSANT PAR LE DECHOCAGE**

Mémoire présenté par **Julie GILSON**  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences de la Santé publique  
Finalité spécialisée en Gestion des Institutions de Soins  
Année académique 2023 – 2024

**Promotrice : Docteur Aurore ANCION**  
**Co-promotrice : Docteur Charlotte MARTIAL**

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes promotrices, Aurore Ancion et Charlotte Martial, dont la disponibilité et le soutien ont été constants et sans faille. Leur expertise m'a guidée tout au long de mon travail.

Je souhaite également remercier Déborah Mertens et Mélanie Deschamps pour l'analyse statistique de ce mémoire. Elles ont permis la mise en musique des données chiffrées de cette recherche afin d'en extraire la substantifique moelle.

Mes remerciements s'adressent aussi à tous les membres de l'équipe des urgences du CHU du Sart-Tilman pour avoir accepté d'être observés et analysés dans leur quotidien.

Je remercie également l'équipe de recherche avec laquelle j'ai collaboré durant plus d'un an, particulièrement Pauline Fritz et mes co-mémorants.

Enfin, je manifesterai une reconnaissance particulière à ma famille et mes amis, pour leur soutien inconditionnel.

## Table des matières

<b>RESUME</b> .....	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>2</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>3</b>
<b>PREAMBULE</b> .....	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
1.    LE SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.....	5
1.1.    DÉFINITION.....	5
1.2.    SSPT ET URGENCES.....	6
1.3.    CONSÉQUENCES.....	7
1.4.    ENJEUX.....	7
2.    OBJECTIFS ET QUESTION DE LA RECHERCHE.....	8
3.    HYPOTHÈSE PRINCIPALE.....	9
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	<b>9</b>
1.    TYPE D'ÉTUDE ET DE DEMARCHE DE RECHERCHE.....	9
2.    POPULATION ETUDIÉE.....	9
3.    METHODE D'ÉCHANTILLONNAGE ET DE RECRUTEMENT.....	10
4.    PARAMETRES ETUDIÉS ET OUTILS DE COLLECTE.....	10
4.1. <i>Données sociodémographiques</i> .....	10
4.2. <i>Score de GOAT</i> .....	10
4.3. <i>Échelle CARE (Consultation and Relational Empathy)</i> .....	11
4.4. <i>Échelle de perception de la menace</i> .....	11
4.5. <i>État émotionnel et ressenti des patients (PCL-5)</i> .....	11
5.    ORGANISATION ET PLANIFICATION DE LA COLLECTE DES DONNÉES.....	12
5.1. <i>Organisation de l'équipe de recherche</i> .....	12
5.2. <i>Processus de collecte</i> .....	12
6.    TRAITEMENT DES DONNÉES ET METHODES D'ANALYSE.....	13
6.1. <i>Constitution des groupes</i> .....	13
6.2. <i>Les échelles</i> .....	13
6.3. <i>Analyse des données</i> .....	14
6.4. <i>Cadre légal et financement</i> .....	15
6.4.1.    Comité d'éthique.....	15
6.4.2.    Vie privée et protection des données.....	15
6.4.3.    Informations et consentement.....	15
6.4.4.    Assurance.....	15
6.4.5.    Financement.....	15
<b>RESULTATS</b> .....	<b>16</b>
1.    PATIENTS INCLUS DANS L'ÉTUDE.....	16
2.    DONNÉES EXPLOITABLES.....	16
2.1. <i>Statistiques descriptives</i> .....	16
2.1.1.    Données du groupe A.....	16
2.1.2.    Données entretiens T2 (SSPT).....	16
2.1.3.    Données entretiens libres.....	18
2.2. <i>Statistiques descriptives et homogénéité des groupes B et C</i> .....	19
2.3. <i>Statistiques inférentielles</i> .....	19
2.3.1.    Régression multiple univariée (groupe A).....	19
2.3.2.    Régression multiple univariée : perception de la menace par groupe B et C.....	19
2.3.3.    Tests de corrélation CARE et EPM.....	20
<b>DISCUSSIONS</b> .....	<b>22</b>
1.    RECAPITULATION DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	22
1.1. <i>Rappel des hypothèses</i> .....	22

1.2.	<i>Principaux résultats</i> .....	22
1.3.	<i>Comparaison avec la littérature</i> .....	22
1.3.1.	SSPT .....	22
1.3.2.	CARE .....	23
1.3.3.	Perception de la menace .....	23
1.3.4.	Autres facteurs à considérer.....	23
2.	INTERPRETATION DES RESULTATS .....	24
2.1.	<i>Explication des résultats</i> .....	24
2.1.1.	Corrélation du score CARE et de perception de la menace .....	24
2.1.2.	Absence de test inférentiel pour le SSPT .....	24
2.1.3.	Impact du niveau d'éducation sur la perception de la menace .....	25
2.1.4.	Homogénéité des groupes B et C avec une exception pour l'EPM .....	25
2.1.5.	Retour des patients lors des entretiens libres .....	26
2.1.6.	Absence de lien avec les variables sociodémographiques et environnementales .....	26
2.2.	<i>Implications théoriques et pratiques</i> .....	26
3.	LIMITES ET BIAIS : RECONNAISSANCE ET IMPACTS POTENTIELS .....	26
3.1.	<i>Biais de sélection et d'échantillon</i> .....	26
3.2.	<i>Biais de petite taille d'échantillon</i> .....	27
3.3.	<i>Biais de rappel/mémorisation/compréhension</i> .....	27
3.4.	<i>Biais d'attribution</i> .....	27
3.5.	<i>Biais de l'observateur (effet Hawthorne)</i> .....	27
3.6.	<i>Biais d'interaction (lié aux multiples interviewers)</i> .....	27
3.7.	<i>Biais de l'interviewer</i> .....	28
3.8.	<i>Biais de perte de données</i> .....	28
3.9.	<i>Biais de pudeur</i> .....	28
3.10.	<i>Biais de subjectivité</i> .....	28
3.11.	<i>Limite : incapacité à standardiser l'environnement</i> .....	29
4.	PERSPECTIVES FUTURES .....	29
4.1.	<i>Étendre l'étude à toutes les urgences et en prolonger la durée</i> .....	29
4.2.	<i>Explorer les causes des troubles mnésiques</i> .....	30
4.3.	<i>Collaborer avec des experts</i> .....	30
4.4.	<i>Former et sensibiliser le personnel soignant</i> .....	30
4.5.	<i>Analyser les enregistrements vidéo</i> .....	30
4.6.	<i>Considérer les facteurs socio-économiques et culturels</i> .....	31
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>31</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....		<b>33</b>
<b>ANNEXES</b> .....		<b>39</b>
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ENTRETIEN 1 .....		39
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE ENTRETIEN 2 .....		74
ANNEXE 3 : SCORE DE GOAT .....		99
ANNEXE 4 : ÉCHELLE CARE.....		100
ANNEXE 5 : ÉCHELLE DE PERCEPTION DE LA MENACE.....		101
ANNEXE 6 : PCL-5 .....		102
ANNEXE 7 : ACCORD DU COMITE D'ETHIQUE ETUDE CONNEXE .....		105
ANNEXE 8 : ASSURANCE .....		110

## Résumé

**Introduction :** le Syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT) est un trouble psychiatrique grave qui peut survenir suite à des événements traumatisants comme être admis aux urgences en état critique. En salle de déchocage particulièrement, les patients sont exposés à un environnement potentiellement anxiogène où le sentiment de menace peut être élevé. Cette étude examine comment les facteurs humains et environnementaux spécifiques à ce contexte influencent le développement du SSPT.

**Objectifs :** cette étude cherche à évaluer le lien entre la perception de menace, la qualité de l'interaction soignant/soigné ainsi que leur influence sur l'apparition du SSPT. Elle vise aussi à explorer la corrélation entre le sentiment de menace, l'empathie perçue par le patient et l'apparition d'un SSPT deux mois après l'admission.

**Population étudiée :** l'étude a inclus des patients majeurs admis au déchocage entre le 10 octobre 2023 et le 30 juin 2024, maîtrisant le français et capables de fournir un consentement éclairé. Ceux présentant des troubles mentaux ou cognitifs sévères ont été exclus.

**Méthode :** il s'agit d'une étude prospective observationnelle. Les données ont été collectées au moyen d'entretiens semi-directifs dans les 72 heures suivant l'admission et deux mois après. Les outils utilisés comprennent l'échelle CARE pour l'empathie perçue par le patient, l'échelle de perception de la menace et la PCL-5 pour les symptômes du SSPT.

**Résultats et conclusion :** sur 44 patients inclus, 27 ont participé au premier entretien et 15 ont été suivis jusqu'à la fin de l'étude. Une corrélation positive a été trouvée entre le score de perception de la menace et l'empathie des soignants tandis qu'un seul patient a présenté un SSPT. Cette étude révèle qu'une plus grande empathie perçue pourrait paradoxalement être associée à une perception de menace plus importante chez les patients. Cela soulève des questions de stratégie de communication en situation aiguë. Enfin, le taux de SSPT faible dans cette étude pourrait être attribué à divers facteurs tels que la dissociation ou des biais de mémorisation, masquant ou différant le diagnostic du SSPT.

**Mots-clés :** CARE - menace – SSPT – PCL-5 – urgences

## Abstract

**Introduction:** Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is a serious psychiatric condition that can occur following traumatic events, such as being admitted to the emergency room in a critical state. In particular, in the shock room, patients are exposed to a potentially anxiety-inducing environment where the sense of threat can be heightened. This study examines how specific human and environmental factors in this context influence the development of PTSD.

**Objectives:** this study aims to assess the relationship between the perception of threat, the quality of the caregiver-patient interaction, and their influence on the onset of PTSD. It also seeks to explore the correlation between the sense of threat, the empathy perceived by the patient, and the onset of PTSD two months after admission.

**Study Population:** the study included adult patients admitted to the shock room between October 10, 2023, and June 30, 2024, who were fluent in French and capable of providing informed consent. Those with severe mental or cognitive disorders were excluded.

**Method:** this is a prospective observational study. Data were collected through semi-structured interviews within 72 hours of admission and two months later. The tools used include the CARE scale for perceived empathy by the patient, the threat perception scale, and the PCL-5 for PTSD symptoms.

**Results and Conclusion:** of the 44 patients included, 27 participated in the first interview and 15 were followed until the end of the study. A positive correlation was found between the threat perception score and the empathy of caregivers, while only one patient developed PTSD. This study reveals that greater perceived empathy could paradoxically be associated with a higher perception of threat among patients. This raises questions about communication strategies in acute situations. Finally, the low rate of PTSD in this study could be attributed to various factors such as dissociation or memory biases, masking or delaying the diagnosis of PTSD.

**Keywords:** CARE - threat - PTSD - PCL-5 - emergency department

## Liste des abréviations

SSPT = syndrome de stress post-traumatique

GOAT = Galveston Orientation And Amnesia Test

EPM = échelle de perception de la menace

CARE = Consultation and Relational Empathy

PCL-5 = Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5

T1 = interview à T1

T2 = interview à T2

SIAMU = spécialisation en Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente

ATCD psy = antécédents psychologiques ou psychiatrique

## Préambule

La composante psychologique est progressivement envisagée comme centrale dans la prise en charge d'un patient, dans l'espoir d'une guérison ou d'un maintien en bonne santé. Autrefois limitée à la notion « d'un état de bon fonctionnement de l'organisme » (1), la définition de la santé a nettement évolué et comprend aujourd'hui plus de subtilités. Selon l'O.M.S., il s'agit « d'un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (2). L'émergence de la notion de bien-être, notamment psychologique, démontre que la santé englobe bien d'autres éléments que la simple absence de maladie.

Hormis dans les cas de détresse psychologique aiguë (idées noires, dépression ou tentative de suicide), la priorité des soins prodigués aux urgences est, le plus souvent, accordée à la clinique et aux actes techniques, non au soutien psychologique. Nombre de formations continues existent en ce qui concerne le maintien et l'amélioration des compétences techniques aux urgences, attribuant une reconnaissance justifiée à ces qualifications. Cependant, peu d'exigences sont spécifiées quant à l'encadrement psychique. En tant qu'infirmière SIAMU travaillant aux urgences du CHU Sart-Tilman, je ne peux que m'interroger : quel souvenir, quelle empreinte mentale laissons-nous chez les patients admis en situation critique ?

Il est reconnu qu'après une exposition à une menace vitale, le soutien par des équipes spécialisées s'avère nécessaire, dans des cas tels qu'une fusillade, un attentat, une guerre, etc. Or, admis au déchocage en situation critique, un patient n'est-il pas soumis à une crainte pour sa survie telle qu'il s'expose probablement à l'apparition d'un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ? Par ailleurs, dans quelle mesure les facteurs environnementaux et/ou humains au sein des urgences peuvent-ils contribuer au développement de ce SSPT ?

Soulignons qu'un des objectifs de la gestion des soins est d'optimiser les processus et les environnements cliniques afin d'améliorer l'impact sur la santé des patients. Cette étude vise à collecter des informations pour la mise en œuvre de pratiques et de politiques aspirant à prévenir ce trouble (dans la mesure du possible).

## Introduction

### 1. Le Syndrome de Stress Post-Traumatique

#### 1.1. Définition

Le SSPT est défini comme un trouble psychiatrique sévère avec des implications significatives sur la qualité de vie des individus (3). Il est diagnostiqué sur base de huit critères établis et détaillés comme suit dans le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, (5<sup>ème</sup> édition)) :

- A. Exposition à un événement traumatique
- B. Symptômes d'intrusion
- C. Évitement persistant
- D. Altération négative des cognitions et de l'humeur
- E. Altération de l'éveil et de la réactivité
- F. Durée (les symptômes doivent persister pendant plus d'un mois, s'ils durent moins d'un mois, parler de trouble de stress aigu sera plus approprié)
- G. Détresse ou altération (les symptômes provoquent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants, affectant négativement la vie quotidienne de l'individu)
- H. Exclusion (ce trouble ne peut être attribué aux effets psychologiques d'une substance -médicaments, alcool...- ou à une condition médicale)

Dans le détail du point A, il est relaté ceci :

*« La personne a été exposée à la mort réelle ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles, de l'une (ou plus) des manières suivantes :*

- 1. En vivant directement l'événement traumatique.*
- 2. En étant témoin direct de l'événement qui est arrivé à d'autres personnes.*
- 3. En apprenant que l'événement traumatique est arrivé à un membre de la famille proche ou à un ami proche.*
- 4. En étant exposée de manière répétée ou extrême à des détails aversifs de l'événement traumatique (par exemple, premiers intervenants collectant des restes humains, policiers exposés de manière répétée à des détails d'abus d'enfants). »*

Le SSPT peut donc survenir à la suite d'un événement traumatisant tel qu'une catastrophe naturelle, un acte de violence, un accident grave ou même une prise en charge aux

urgences (3). Ce trouble psychiatrique se manifeste par divers symptômes dont des souvenirs récurrents et intrusifs de l'événement traumatisant, des cauchemars, un évitement des stimuli associés à l'événement et une hypervigilance (4).

## 1.2. SSPT et urgences

L'incidence du SSPT parmi les patients ayant consulté les urgences est d'autant plus préoccupante que ces services drainent un grand nombre de patients. Selon le rapport « Services des urgences » du SPF santé publique, on comptabilisait près de 3,8 millions d'admissions aux urgences en Belgique en 2018 (5). En 2023, au CHU du Sart-Tilman, 1551 patients ont été admis au déchocage, soit 3,3% des admissions aux urgences. Si même une petite proportion de ces patients développe un SSPT suite à leur passage aux urgences, cela pourrait avoir des conséquences importantes pour des milliers d'individus.

La littérature existante a bien établi un lien entre l'admission aux urgences et le développement ultérieur du SSPT. Cependant, la plupart de ces études se sont concentrées sur l'événement traumatique qui a conduit à l'admission aux urgences (par exemple, un accident de voiture ou une agression violente) plutôt que sur l'expérience aux urgences elle-même (6). Les facteurs environnementaux et humains propres au contexte des urgences pourraient pourtant jouer un rôle considérable dans le développement du SSPT. Il semble donc essentiel de les comprendre pour concevoir des interventions adéquates permettant de limiter l'apparition de cette pathologie chez les patients admis aux urgences.

Plusieurs spécificités des services d'urgences peuvent expliquer cette réalité. Premièrement, la présence d'autres patients en détresse ou gravement blessés peut avoir un impact psychologique significatif, en particulier pour des personnes déjà dans un état de vulnérabilité. Une recherche conduite par Konrad et al. a démontré qu'une perception de proximité avec un patient en danger de mort était associée à une augmentation significative des symptômes de stress post-traumatique un mois après l'expérience vécue (7). Deuxièmement, l'incertitude et l'anxiété peuvent être exacerbées par une communication insuffisante du personnel médical (caractérisée par un manque d'explications détaillées sur les procédures médicales, le déroulement de la prise en charge ou encore le pronostic et ses implications) ainsi que par une longue attente (6,8-9). Un comportement perçu comme non empathique, brusque ou indifférent de la part des soignants peut exacerber le stress des patients et contribuer au développement du SSPT (10).

En outre, l'environnement physique des urgences, souvent bruyant, chaotique et impersonnel peut contribuer à augmenter le stress et l'anxiété des patients (11). Enfin, la douleur physique non soulagée peut être traumatisante, d'autant plus si elle s'associe à l'incertitude médicale (8).

### 1.3. Conséquences

Les répercussions du SSPT sont multiples et graves. Elles peuvent affecter la qualité de vie, la santé tant mentale que physique et la capacité de fonctionnement quotidien. Par exemple, le SSPT peut altérer le bien-être dans divers domaines de la vie, y compris le travail, les relations et les activités de loisirs (12). Il est souvent comorbide avec d'autres troubles mentaux, comme la dépression et l'anxiété (13) et peut augmenter le risque de suicide (14). De plus, le SSPT peut rendre difficile le maintien d'un emploi, l'accomplissement des tâches quotidiennes ainsi que la création et le maintien de relations saines (15).

### 1.4. Enjeux

Ces conséquences soulignent non seulement l'importance de traiter le SSPT dès que possible mais aussi de comprendre comment il peut se développer à la suite d'une prise en charge aux urgences afin de prévenir son apparition.

L'association du SSPT avec les soins d'urgence est particulièrement pertinente. Les individus admis aux urgences sont fréquemment victimes d'un événement traumatique et l'expérience des urgences en elle-même, avec l'incertitude inhérente au diagnostic et au traitement, peut s'avérer stressante et potentiellement traumatisante (16). Ceci est corroboré par des études avançant respectivement des chiffres de 15% à 25% de SSPT (17-18).

La compréhension fine du SSPT et des éléments qui le précipitent constitue un prérequis indispensable à l'élaboration de pistes de solutions appropriées et qualitatives. Il existe des preuves suggérant que le risque de développer un SSPT peut être influencé par la manière dont l'incident traumatique est géré. Shale et al. ont constaté que les patients qui ont reçu un soutien émotionnel de la part du personnel soignant dans le décours des soins étaient moins susceptibles de développer un SSPT par la suite (19). Le soutien émotionnel dans le contexte médical, tel que défini par Shale et al., englobe divers aspects de l'interaction entre les professionnels de la santé et les patients (20). Il se manifeste principalement à travers cinq dimensions clés :

1. **L'écoute active**, qui implique pour le personnel soignant de porter une attention sincère aux sentiments et préoccupations des patients.
2. **La validation émotionnelle**, qui est la reconnaissance et l'acceptation par le soignant des sentiments du patient, indépendamment de leur nature.
3. **Le réconfort**, qui peut prendre la forme de paroles apaisantes, de gestes de compassion ou d'une simple présence rassurante.
4. **La communication claire**, qui exige que les informations médicales soient transmises au patient de manière à minimiser l'incertitude et l'anxiété.
5. **L'orientation et les conseils**, qui peuvent aider le patient à développer des stratégies d'adaptation et à planifier l'avenir.

Selon Shale et al., cette forme de soutien, centrée sur le patient, peut contribuer à atténuer le risque de développer un trouble de stress post-traumatique (SSPT) en faisant en sorte que les patients se sentent davantage en sécurité, compris et capables de gérer leur traumatisme (20). Cependant, ils soulignent également que chaque patient est unique et stipulent qu'une évaluation ainsi qu'une approche individuelle sont essentielles dans l'apport de ce type de soutien.

Malgré ces constats, nous manquons encore d'informations sur la manière dont ces interventions pourraient être adaptées et mises en œuvre dans le contexte spécifique des urgences. De plus, si certains aspects de l'expérience des urgences sont identifiés comme particulièrement traumatisants, une attention particulière pourrait être apportée pour atténuer ces facteurs de stress (12).

Par conséquent, une optimisation de l'environnement des urgences, une amélioration de l'empathie et de la compassion des professionnels de soins ou encore le soutien émotionnel d'un accompagnant pourraient non seulement réduire la prévalence du SSPT, mais aussi alléger son impact sur les systèmes de santé et la société dans son ensemble.

## 2. Objectifs et question de la recherche

La question de recherche de ce mémoire est : « Quels sont les facteurs humains et/ou environnementaux spécifiques aux urgences qui influencent l'émergence d'un syndrome de stress post-traumatique chez les patients admis au déchocage ? ».

L'objectif premier est d'évaluer le sentiment de menace perçu ainsi que le ressenti du patient quant à la qualité de l'interaction soignant/soigné en termes de soutien émotionnel et de communication empathique.

L'objectif secondaire est d'étudier la corrélation entre le sentiment de menace, l'évaluation de l'interaction soignant/soigné par le patient et la présence d'un SSPT deux mois après l'admission au déchocage.

Un autre objectif secondaire est d'analyser les potentiels effets des différentes variables sociodémographiques et environnementales du déchocage sur les scores du CARE et de l'EPM.

### 3. Hypothèse principale

L'hypothèse de ce mémoire est qu'il existe une corrélation entre un sentiment de menace perçu par le patient, une interaction non soutenante de l'équipe soignante avec le patient et le développement d'un SSPT suite à une admission en situation critique au déchocage.

## Matériel et méthodes

### 1. Type d'étude et de démarche de recherche

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective exclusivement observationnelle. Elle a été conduite à l'aide d'observations sur le terrain dès l'admission du patient en salle de déchocage (T0), sur base d'entretiens semi-directifs menés dans les 72h suivant l'admission (T1) ainsi qu'à deux mois après la prise en charge (T2).

Il convient de noter que cette recherche s'inscrit dans le cadre de deux thèses de doctorat intitulées « *Assessment of factors contributing to the emergence of secondary post-traumatic stress disorders in emergency room care* » et « *Unintended returns of awareness in the resuscitation room* » qui se concentre sur l'étude des souvenirs en fonction des états de conscience des patients admis au service des urgences du CHU Sart-Tilman. Ces projets avaient déjà reçu l'approbation du comité d'éthique. Plusieurs intervenants ont collaboré à cette recherche et ont donc participé à la collecte des données.

### 2. Population étudiée

Pour être éligible à cette étude, les patients devaient présenter certains critères d'inclusion. Ils devaient être âgés de 18 ans ou plus, être capables de fournir un consentement éclairé et signé. Il était nécessaire qu'ils maîtrisent le français.

Pour la fiabilité des propos recueillis, les patients devaient être exempts de pathologie mentale ou de trouble cognitif sévère. Le séjour en salle de déchocage devait également durer plus de 40 minutes sauf en cas de sédation transitoire, d'administration d'adénosine, d'arrêt cardio-respiratoire, de polytraumatisme ou de protocole de transfusion massive. En effet, il s'agit de

pathologies hautement stressantes pour lesquelles la durée de prise en charge au déhocage est souvent inférieure à 40 minutes.

Les patients âgés de plus de 85 ans admis pour un stroke étaient exclus. Quant aux admissions simultanées au déhocage, un seul patient était inclus à l'étude pour éviter tout biais.

### 3. Méthode d'échantillonnage et de recrutement

Il s'agit d'un échantillonnage par commodité. Les patients ont été recrutés lors de certains jours d'inclusion prédéfinis pour des raisons pratiques (personnel en suffisance et disponible, matériel fonctionnel...).

- Entretien T0 : 120 patients ont été admis au déhocage durant les inclusions, 76 d'entre eux étaient hors conditions. Les 44 patients restants ont donc été inclus.
- Questionnaire T1 (dans les 72h post-admission) (*Annexe 1*) : l'échantillon initial comprend 44 patients, 17 d'entre eux n'ont pas pu terminer l'entretien T1.
- Questionnaire T2 (deux mois après la prise en charge) (*Annexe 2*) : pour cette étape, l'échantillon a été réduit à 15 patients. La réduction de l'échantillon est due à divers facteurs, y compris l'arrêt volontaire, l'exclusion pour raisons médicales et les décès. Cette réduction est typique dans les études longitudinales où divers facteurs peuvent influencer la continuité de la participation des sujets.

### 4. Paramètres étudiés et outils de collecte

#### 4.1. Données sociodémographiques

Lors de chaque admission, un ensemble de données sociodémographiques ont été collectées telles que l'âge, le sexe, le niveau d'étude et les antécédents médicaux, notamment psychiatriques.

#### 4.2. Score de GOAT

Ce test (*Annexe 3*) comprend 15 questions relevant de l'orientation spatio-temporelle, des souvenirs de l'événement l'ayant conduit aux urgences. Administré au début de chaque T1, il permet de mesurer l'orientation du patient ainsi que la mémoire des événements précédant et suivant le traumatisme. Il a donc été utilisé comme indicateur de fiabilité des propos des patients interrogés selon un score considéré comme normal (de 76 à 100), douteux (de 66 à 75) ou affaibli (inférieur à 66).

Ce test, initialement conçu en 1975 pour évaluer l'orientation et l'amnésie post-traumatique chez les patients ayant subi un traumatisme crânien (21), a été étendu à d'autres situations cliniques, voire même réadapté à certaines pathologies ou populations (22-24).

#### 4.3. Échelle CARE (Consultation and Relational Empathy)

Cette échelle (*Annexe 4*) est un outil développé pour évaluer l'empathie perçue par les patients lors de consultations médicales. Elle a été conçue par des chercheurs spécialisés en soins primaires dans le but de mesurer la perception des patients en matière d'empathie relationnelle lors de la consultation (25). Elle comprend 10 items, chacun noté sur une échelle de Likert à cinq points de 1 («mauvais») à 5 (« excellent»), permettant aux patients d'évaluer différents aspects de l'empathie du soignant. Les questions portent sur la capacité du soignant à écouter, à comprendre les préoccupations du patient, à expliquer les choses clairement et à établir une relation de confiance. Plus la satisfaction des patients est grande, plus le score de l'échelle est élevé. Un haut score est donc positif.

L'échelle CARE est utilisée dans divers contextes cliniques pour évaluer et améliorer la qualité des consultations médicales et permet ainsi aux établissements de santé d'identifier des domaines spécifiques nécessitant des améliorations et d'orienter la formation des professionnels de santé vers une communication plus empathique et efficace (18,26-27).

#### 4.4. Échelle de perception de la menace

Cette échelle (*Annexe 5*) est un outil psychométrique développé pour mesurer la perception subjective des menaces par les individus. Elle permet d'évaluer la manière dont les individus perçoivent les menaces et y réagissent, qu'elles soient physiques, sociales ou psychologiques. Celle-ci rassemble 7 items, notés individuellement de 1 (« pas du tout») à 4 (« extrêmement»), évaluant différents aspects tels que la gravité perçue, le sentiment d'impuissance ressenti et l'impact potentiel sur le quotidien du patient. Plus le patient se sent menacé, plus le score de l'échelle augmente. Un score élevé est ainsi le reflet d'une situation anxiogène pour le patient (28).

L'échelle de perception de la menace a été utilisée dans diverses études pour prédire efficacement les attitudes et comportements en réponse à des menaces perçues (29-30).

#### 4.5. État émotionnel et ressenti des patients (PCL-5)

L'échelle PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) (*Annexe 6*) est un outil d'auto-évaluation développé par Weathers et al. en 2013 et est utilisé pour mesurer les

symptômes du SSPT conformément aux critères du DSM-5. Elle comporte 20 items correspondant aux critères diagnostiques du SSPT selon le DSM-5, chacun étant évalué par le patient selon l'échelle de Likert de 0 (« pas du tout ») à 4 (« extrêmement ») (31). Chaque symptôme est donc jaugé selon sa sévérité au cours du mois précédent. A partir d'un score global de 32, il est considéré que l'on peut affirmer la présence d'un SSPT.

La PCL-5 peut donc être utilisée afin de surveiller les changements symptomatiques au cours et après le traitement, de dépister les individus pour le SSPT ou de fournir une évaluation provisoire du SSPT.

## 5. Organisation et planification de la collecte des données

### 5.1. Organisation de l'équipe de recherche

Celle-ci était composée de 5 à 8 membres selon les périodes de collecte. Cette flexibilité a permis de répartir efficacement les tâches et de garantir une présence continue pour les entretiens. Un agenda mensuel de garde a été mis en place pour coordonner les disponibilités des membres de l'équipe sur la période d'inclusion qui s'est étendue du 10 octobre 2023 au 30 juin 2024 pour le présent travail.

Dans un premier temps, les investigateurs ont été formés en simulation afin de garantir une homogénéité dans les méthodes d'interview. En parallèle, une phase pilote s'est tenue auprès d'une dizaine de patients afin de tester les différents questionnaires. Suite à ces démarches, des instructions d'interrogatoire ont été ajoutées sur chaque interview afin de guider les différents examinateurs dans la manière de formuler les questions.

### 5.2. Processus de collecte

Une fois le patient admis en salle de déchocage et inclus à l'étude, le premier entretien (T1) devait se dérouler dans les 72h post-admission. Pour les patients présentant une altération cognitive ou de l'état de conscience, pharmacologique ou spontanée, ce délai de 72h prenait cours une fois que le patient avait récupéré un état neurologique lui permettant de répondre aux questions (GOAT > 75). Chaque entretien avait été préparé en amont. Les chercheurs s'assuraient que les patients étaient disponibles et capables de participer. Dès signature du consentement éclairé, le patient était enregistré et ce durant tout l'entretien pour permettre l'écoute secondaire d'extraits afin de vérifier la compréhension de certains propos mais aussi pour permettre une retranscription véridique et fidèle des réponses fournies. Vu l'état clinique de plusieurs patients et la longueur des questionnaires, il est toutefois arrivé d'interrompre

l'entretien et de le reprendre dans les jours suivants. En effet, les questionnaires comprenaient plusieurs sections, chacune relative à chaque étude ayant cours, soit sur les expériences de mort imminente, les souvenirs factuels, les souvenirs émotionnels, etc. Ceux-ci pouvaient donc s'avérer fastidieux selon l'état clinique ou de fatigue des patients.

Le suivi était ensuite coordonné et les patients étaient contactés pour planifier le suivi à deux mois. Un des objectifs de cette coordination a été d'assurer une rotation entre les chercheurs pour éviter qu'un patient soit interrogé deux fois par la même personne.

## 6. Traitement des données et méthodes d'analyse

Les données ont été encodées au fur et à mesure dans une base de données sous forme de tableau Excel sur un serveur protégé de l'institut de recherche en sciences biomédicales de l'Université de Liège, le GIGA.

Les analyses statistiques de ce mémoire ont été réalisées avec le logiciel R.

### 6.1. Constitution des groupes

Dans ces analyses statistiques, les patients ont été répartis en 3 groupes (*Figure 1*) :

- A. Tous les patients ayant répondu au premier entretien T1 dans son intégralité
- B. Les patients ayant participé aux deux entretiens T1 et T2
- C. Les patients ayant exclusivement participé au premier entretien T1

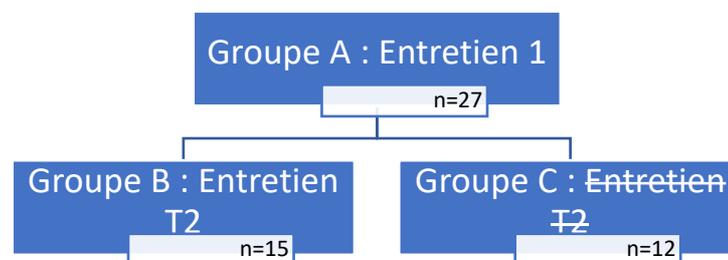


Figure 1 : répartition des différents groupes

L'objectif de cette répartition est d'abord de pouvoir analyser chaque variable de chacun des groupes et d'ensuite comparer les deux sous-groupes afin de déterminer d'éventuelles différences statistiquement significatives et ainsi identifier d'éventuels biais d'analyse.

### 6.2. Les échelles

L'échelle CARE et l'échelle de la perception de la menace sont des variables discrètes, quant à l'échelle PCL-5, elle permet selon son score de déterminer la présence ou non d'un SSPT, rendant cette variable binaire.

### 6.3. Analyse des données

Les données sociodémographiques (sexe, âge, niveau scolaire, antécédents psychologiques) sont présentées sous forme de tableaux en fonction des trois groupes suivants : l'ensemble des patients à T1 (n=27), les patients ayant poursuivi l'étude à T2 (n=15) et les patients absents à T2 (n=12).

Premièrement, des tests de normalité ont été réalisés à l'aide des Q-Q plot, des histogrammes avec la courbe gaussienne, de la comparaison moyenne/médiane et du test statistique de Shapiro-Wilk. Les variables ne répondant pas à la loi normale, les statistiques sont donc fondées sur des tests non-paramétriques.

Chaque variable a été décrite par groupe : l'échantillon global (A), l'échantillon ayant réalisé T2 (B) et le groupe n'ayant pas poursuivi jusqu'à T2 (C).

Ensuite, des statistiques descriptives ont été effectuées. Les variables quantitatives ont été résumées au moyen de la médiane et des percentiles 25 et 75. Quant aux variables qualitatives, ce sont les fréquences et les pourcentages qui ont été repris.

Il est apparu pertinent de vérifier l'homogénéité des groupes B et C afin de s'assurer qu'il n'y ait pas une perte importante de SSPT suite à un abandon des patients particulièrement marqués. Pour ce faire, une comparaison entre les variables des différents groupes a été faite. Pour les variables qualitatives, le test de Chi-carré a été utilisé, sauf quand l'effectif attendu était inférieur à 5, auquel cas c'est le test Exact de Fisher qui a été appliqué. En effet, ce dernier est plus adapté et plus précis pour les petits échantillons. Concernant les variables quantitatives, c'est le test de Mann-Whitney qui a été employé.

Des analyses au moyen de régressions multiples univariées ont été faites dans le but d'étudier l'influence de chaque variable sur les échelles CARE et de perception de la menace de l'échantillon global (groupe A). Ces analyses ont également été réalisées sur l'EPM des sous-groupes B et C.

La corrélation entre l'échelle CARE et l'échelle de la menace a, quant à elle, été explorée à l'aide du test statistique de corrélation de Spearman.

Enfin, au sujet du SSPT, aucun test de corrélation n'a été fait au vu de la très faible fréquence des cas (cf. Discussion).

Les résultats ont été considérés comme statistiquement significatifs dès lors que la p-valeur était égale ou inférieure à 0,05, autrement dit la probabilité que les résultats obtenus soit dus au hasard était inférieure à 5%.

## 6.4. Cadre légal et financement

### 6.4.1. Comité d'éthique

Comme stipulé par le règlement, une validation du comité d'éthique est nécessaire. Cette étude prenant part à une recherche pour une thèse de doctorat, l'accord du comité d'éthique obtenu pour cette thèse est suffisant pour la réalisation de ce mémoire (*Annexe 7*).

### 6.4.2. Vie privée et protection des données

Un consentement éclairé et signé a été fourni par tous les patients inclus à cette étude. Ce dernier fournissait leur accord pour l'usage anonymisé de leurs données ainsi que l'enregistrement audio des entretiens. Les données étaient rassemblées sur un fichier Excel protégé d'un mot de passe sur un serveur protégé du GIGA auquel l'accès était exclusivement réservé aux membres de l'équipe de recherche. A terme, toutes les données seront détruites, après la publication des différents travaux.

### 6.4.3. Informations et consentement

Chaque patient a signé un consentement détaillé par écrit et expliqué oralement au préalable lors de l'entretien T1. Il contenait l'objectif de l'étude, les informations organisationnelles ainsi que les normes réglementaires inhérentes à celle-ci (RGPD, assurance...). Tous ont pu obtenir les réponses aux éventuelles questions supplémentaires qu'ils se posaient ainsi qu'un des documents imprimés en double exemplaire. Tous les patients disposaient du droit d'abandonner l'étude à n'importe quel moment et en étaient informés. Notons que cette étude n'incluait ni rémunération ni frais imputés aux patients.

### 6.4.4. Assurance

Répondant à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, cette recherche est couverte par l'assurance du CHU de Liège (*Annexe 8*).

### 6.4.5. Financement

Le projet de recherche de la thèse associée à ce mémoire est soutenu financièrement par deux institutions. D'un côté par la BIAL Foundation et de l'autre par le Crédit Sectoriel de l'Université de Liège.

## Résultats

### 1. Patients inclus dans l'étude

Au cours de la période de recrutement, 120 sujets ont été admis en salle de déchocage les jours d'inclusion. Seuls 44 répondaient aux critères prédéfinis pour poursuivre l'étude et participer au premier entretien. Cependant 17 n'ont pas achevé l'entretien amenant le nombre de patients inclus à T1 à 27 (*cf. Figure 2*).

### 2. Données exploitables

Pour l'évaluation des scores de CARE et de perception de la menace, le nombre d'individus s'élève à 27. Entre T1 et T2, l'échantillon s'est vu réduit au nombre de 15 individus suite à 2 interruptions volontaires, 4 patients injoignables, 2 décès ainsi que 4 patients toujours dans l'attente de T2, avec pour conséquence la réduction des données, particulièrement concernant la PCL-5.

#### 2.1. Statistiques descriptives

##### 2.1.1. Données du groupe A

L'échantillon global (groupe A) compte 27 patients dont 70,4% de sexe masculin. L'âge médian est de 66 ans. Le niveau d'étude majoritairement représenté est l'enseignement secondaire (48,1%) et un peu plus d'un tiers des patients présentent des antécédents psychologiques (37%) (*cf. Tableau 1*).

Deux variables environnementales ont été étudiées : le nombre d'intervenants, avec une médiane de 4 intervenants et la présence simultanée ou non d'autre(s) patient(s) dans le déchocage. Dans 55,6% des cas, le patient n'était pas le seul à y être traité. En ce qui concerne les échelles, le score médian de CARE est de 37 tandis que celui de l'EPM est de 16.

##### 2.1.2. Données entretiens T2 (SSPT)

Sur les 15 patients de cet échantillon, un seul présente un SSPT d'après le score de PCL-5, soit 6,7%.

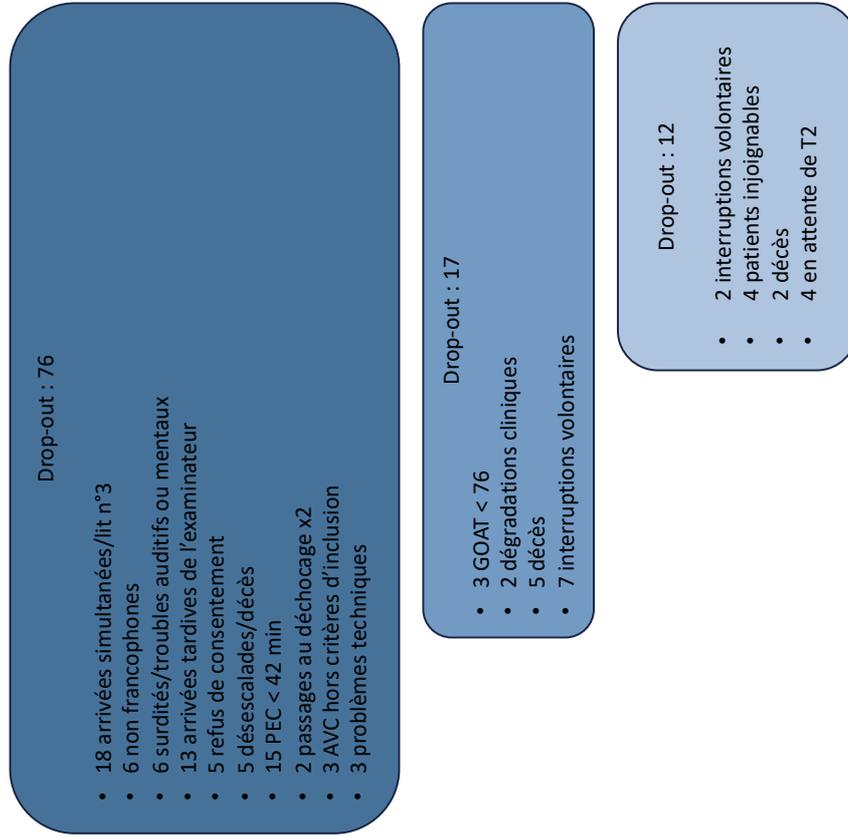
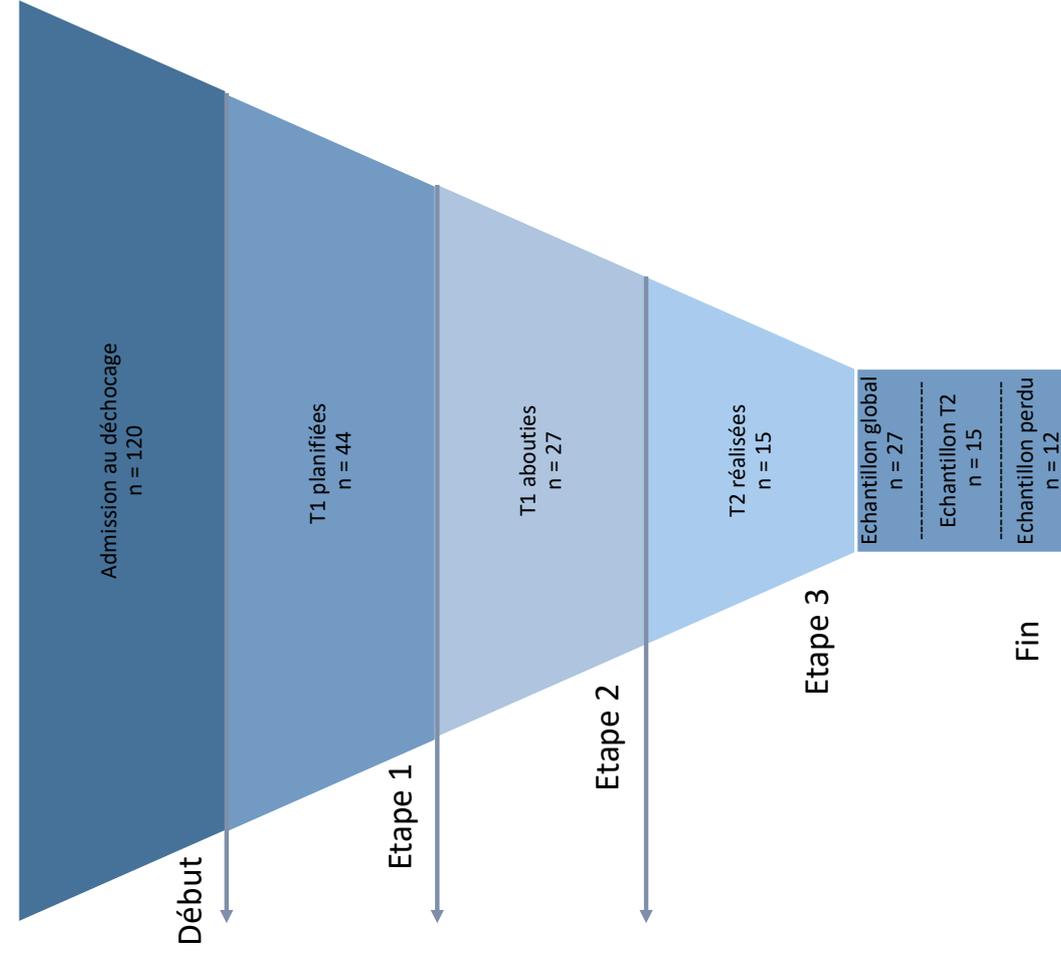


Figure 2 : Représentation graphique du flux de patients durant l'étude

STATISTIQUES DESCRIPTIVES (GLOBAL)				
VARIABLES		P50 (P25-P75)	N (%) 27 (100)	
Facteurs socio-démographiques	Âge (années)	66 (55,5-74,5)		
	Sexe			
		Homme		19 (70,4)
	Femme		8 (29,6)	
	ATCD psychologiques			
		Non		17 (63)
	Oui		10 (37)	
	Niveau d'études			
		Primaire		5 (18,5)
		Secondaire		13 (48,1)
Bachelier			5 (18,5)	
Master			2 (7,4)	
Doctorat			2 (7,4)	
Environnement	Autres patients au déchochage			
		Non	15 (55,6)	
	Oui	12 (44,4)		
	Nbre d'intervenants	4 (4-8)		
Échelle	CARE	37 (27,5-40)		
	Menace	16 (10-17,5)		

Tableau 1 : Statistiques descriptives du groupe A (échantillon global)

### 2.1.3. Données entretiens libres

A la fin de chaque entretien, il était demandé au patient s'il souhaitait ajouter un propos, faire une remarque quant à sa prise en charge ou à son ressenti. Une seule critique a été formulée par un sujet, à savoir qu'une infirmière l'aurait traité avec condescendance et ironie en remettant en question sa fonction professionnelle et donc ses capacités intellectuelles. Toutefois, de manière générale, trois réponses ont émergé : les patients se sont soit contentés de dire qu'ils n'avaient rien à ajouter, soit qu'ils étaient satisfaits de l'équipe soignante ou bien enfin qu'ils ne se rappelaient de rien de leur passage en salle de déchochage.

Un constat doit d'ailleurs être fait concernant cette dernière réponse. En effet, lors des analyses des retranscriptions, l'équipe a pu détecter qu'un nombre important de participants à l'étude ne présentaient que très peu, voire pas de souvenir de leur passage au déchochage

alors même que certains étaient conscients du début à la fin de leur prise en charge. Les souvenirs spontanés qu'ils ont évoqués relevaient souvent des prises en charge en salles de soins intensifs ou banalisées.

## 2.2. Statistiques descriptives et homogénéité des groupes B et C

Pour rappel, le groupe B comprend les 15 patients ayant mené l'étude à son terme et le groupe C ceux ayant interrompu la recherche avant de participer à T2. L'ensemble des tests statistiques n'objective pas de différence significative entre les variables de ces deux groupes, qui sont donc homogènes. Cependant, une exception concerne l'EPM, où la p-valeur est de 0,01995, démontrant que le groupe B présente une médiane plus élevée (16) que le groupe C (10). Ainsi, bien que les deux groupes soient homogènes en termes de caractéristiques sociodémographiques, de variables environnementales et de score CARE, les données montrent globalement une perception de la menace accrue dans le groupe B (*cf. Tableau 2*).

## 2.3. Statistiques inférentielles

### 2.3.1. Régression multiple univariée (groupe A)

Les données du tableau 3 montrent qu'il n'existe aucune relation statistiquement significative entre les variables sociodémographiques et environnementales et les scores CARE de l'échantillon global. De plus, la probabilité d'une différence de score sur l'EPM n'est pas liée à ces variables.

### 2.3.2. Régression multiple univariée : perception de la menace par groupe B et C

En raison de la différence significative des scores EPM entre les groupes B et C, des régressions multiples univariées ont été effectuées pour chaque groupe afin d'analyser l'influence des différentes variables sur ces scores. Pour le groupe B il n'existe, là encore, pas de lien statistiquement significatif entre les caractéristiques sociodémographiques ou environnementales et le score de l'EPM. Cependant, dans le groupe C, la p-valeur globale de la variable *Niveau d'études* (0,0232) suggère qu'au moins un des niveaux d'études a un effet significatif sur le score de la menace. En observant les p-valeurs de chaque niveau, il apparaît que les individus ayant un niveau d'étude secondaire ont en moyenne un score de menace 13,905 points inférieur à ceux du groupe de référence (primaire). Cette différence est significative ( $p = 0,0078$ ) indiquant un effet considérable du niveau d'éducation sur la perception de la menace (*cf. Tableau 4*).

### 2.3.3. Tests de corrélation CARE et EPM

La p-valeur (0,001384) indique une association statistiquement significative entre les scores CARE et de l'EPM. Le Rho de Spearman (0,5839497) montre une corrélation positive modérée à forte entre ces deux échelles. Si le score de l'un augmente, l'autre a tendance à augmenter également.

STATISTIQUES DESCRIPTIVES ET TEST D'HOMOGENÉITÉ					
Variables		Participe T2 (n=15) n (%)	Arrêt avant T2 (n=12) n (%)	p-valeur	
Facteurs socio-démographiques	Âge (années)	67 (59,5-74,5)	59,5 (48,5-74,3)	0,3288	
	Sexe	Homme	10 (66,7)	9 (75)	0,6957
		Femme	5 (33,3)	3 (25)	
	ATCD psychologiques	Non	10 (66,7)	7 (58,3)	0,7063
		Oui	5 (33,3)	5 (41,7)	
	Niveau d'études	Primaire	2 (13,3)	3 (25)	0,6282
		Secondaire	6 (40)	7 (58,3)	
		Bachelier	3 (20)	2 (16,7)	
		Master	2 (13,3)	0 (0)	
		Doctorat	2 (13,3)	0 (0)	
Environnement	Autres patients au déchochage	Non	9 (60)	6 (50)	0,6033
		Oui	6 (40)		
	Nbre d'intervenants	4 (4-8)	8 (4-8)	0,2455	
Échelle	CARE	39 (33-40)	29 (0-41)	0,1166	
	Menace	16 (14,5-21)	10 (2,3-14,7)	0,01995*	
	SSPT	Non	14 (93,3)	-	-
Oui		1 (6,7)	-	-	

Tableau 2 : Statistiques descriptives des groupes B & C et test d'homogénéité

GÉNÉRAL						
Échelle	Var socio-démog.	Coeff.	E.S.	R <sup>2</sup>	DL	p-val.
CARE	Âge (années)	0,2433	0,2083	0,0518	25	0,2537
	Genre (femme)	-6,605	6,852	0,0358	25	0,3443
	ATCD psychologiques	-2,459	6,580	0,0056	25	0,7118
	Niveau d'études			0,1691	22	0,3729
	Secondaire	-9,831	8,467			0,258
	Bachelier	5,600	10,176			0,588
	Master	5,400	13,461			0,692
	Doctorat	-2,100	13,461			0,877
	Autres patients au déchochage	-4,917	6,337	0,0235	25	0,4451
	Nbre d'intervenants	-1,678	1,218	0,0706	25	0,1805
Menace	Âge (années)	0,0874	0,1010	0,0291	25	0,3951
	Genre (femme)	-0,3355	3,3421	0,0004	25	0,9208
	ATCD psychologiques	0,9353	3,1553	0,0035	25	0,7694
	Niveau d'études			0,1291	22	0,529
	Secondaire	-6,431	4,152			0,136
	Bachelier	-4,200	4,990			0,409
	Master	0,800	6,601			0,905
	Doctorat	-3,700	6,601			0,581
	Autres patients au déchochage	-4,700	2,924	0,0936	25	0,1206
	Nbre d'intervenants	-0,5948	0,5932	0,0387	25	0,3256

Tableau 3 : Régression multiple univariée de l'échantillon global

GROUPES B et C							
Groupe	Échelle	Var socio-démog.	Coeff.	E.S.	R <sup>2</sup>	DL	p-val.
C	Menace	Âge (années)	0,1788	0,1360	0,1473	10	0,218
		Genre (femme)	-5,222	5,439	0,0844	10	0,3596
		ATCD psychologiques	0,4857	4,9899	0,0009	10	0,9244
		Niveau d'études			0,5668	9	0,0232*
		Secondaire	-13,905	4,082			0,0078*
		Bachelier	-7,833	5,400			0,1808
		Master	-	-	-	-	-
		Doctorat	-	-	-	-	-
	Autres patients au déchochage	-3,833	4,771	0,0606	10	0,4404	
	Nbre d'intervenants	-1,5179	0,8621	0,2366	10	0,1088	
B	Menace	Âge (années)	-0,1681	0,1138	0,1438	13	0,1633
		Genre (femme)	1,700	3,244	0,0207	13	0,6091
		ATCD psychologiques	2,600	3,198	0,0483	13	0,4309
		Niveau d'études			0,11	10	0,8655
		Secondaire	2,6667	5,2567			0,6230
		Bachelier	-0,8333	5,8772			0,8901
		Master	2,5000	6,4382			0,7059
		Doctorat	2,0000	6,4382			0,7625
	Autres patients au déchochage	-4,111	2,941	0,1306	13	0,1856	
	Nbre d'intervenants	0,7232	0,5997	0,1006	13	0,2493	

Tableau 4 : régressions multiples univariées par groupe B et C pour la perception de menace

## Discussions

### 1. Récapitulation des principaux résultats

#### 1.1. Rappel des hypothèses

L'hypothèse principale de cette étude était qu'un score CARE élevé serait probablement corrélé à un score de perception de la menace bas.

Un des objectifs secondaires de l'étude consistait à corroborer les constats suivants déjà relatés dans la littérature. D'abord qu'une relation soignant/soigné jugée empathique (mesurée par un score CARE élevé) par le patient admis au déchocage réduit l'apparition du SSPT (27), ensuite que la probabilité de développer un SSPT est moindre si le sentiment de menace est faible (28).

Concernant les variables sociodémographiques, aucun postulat spécifique n'avait été formulé. En revanche, pour l'environnement, il était supposé que la proximité avec d'autres patients en situation de détresse pourrait aggraver les scores de l'EPM (32).

#### 1.2. Principaux résultats

Les résultats statistiques ont confirmé l'hypothèse de départ stipulant qu'il existe bien une corrélation entre les scores CARE et ceux de l'EPM. Cependant, la corrélation initialement supposée négative s'est finalement avérée positive. Cela indique que contrairement à ce qui avait été envisagé à l'origine, l'accroissement du score CARE est associé à un accroissement du score de menace. Plus le patient ressent une menace vitale, plus il perçoit l'empathie du personnel soignant.

Par ailleurs, il est apparu que la seule variable ayant un lien significatif avec l'EPM est le niveau d'études, mais uniquement dans le groupe C. Les individus ayant un niveau secondaire ont globalement présenté un score de menace inférieur par rapport au niveau d'étude primaire. Aucune différence significative n'a été observée concernant les autres niveaux d'études.

Concernant le SSPT, l'unique cas décelé n'a pas permis la réalisation de test inférentiel pertinent.

#### 1.3. Comparaison avec la littérature

##### 1.3.1. SSPT

Lowe, S. R. et al. ont rassemblé 6 études réalisées sur le SSPT et ont conclu que plus de 30% des survivants de blessures admis aux urgences éprouvent des niveaux modérés à élevés de symptômes de SSPT au cours de la première année post-traumatique (33). Une autre

étude (17) a analysé toutes les pratiques médicales pouvant induire un SSPT. Les chiffres, montrant jusqu'à près de 20% de SSPT, attestent là encore que les taux publiés dans la littérature sont nettement supérieurs à celui détecté lors de cette étude. Dans cette recherche, un seul patient sur 15 a eu un score de PCL-5 pouvant être associé à un SSPT, soit 6,7% de l'échantillon étudié.

### *1.3.2. CARE*

L'échelle CARE a déjà été étudiée dans le contexte des urgences ainsi que son association avec le développement du SSPT (27). Cette étude a testé et validé le lien entre la perception par le patient de la compassion des soignants et le développement ultérieur de SSPT. Au terme de cette étude, il a été établi que l'augmentation d'un point de l'échelle CARE était associée à une diminution de 7% du risque de développer un SSPT.

Il a aussi été démontré que lorsque les patients perçoivent un haut degré d'empathie, leur niveau d'anxiété diminue (20) réduisant le risque de développer un SSPT (27). Cette affirmation n'a pu être testée vu le manque de données. Mais il n'existe à l'heure actuelle aucune étude qui corrèle l'échelle CARE à l'échelle de perception de la menace.

### *1.3.3. Perception de la menace*

L'outil EPM a déjà fait ses preuves pour aider à identifier les sujets à risque de développer un SSPT sur base de leur perception de la menace (28). Cependant, vu les faibles résultats de cette étude, cette affirmation ne peut être testée.

### *1.3.4. Autres facteurs à considérer*

Le motif d'admission influence fortement le niveau de stress ressenti par le patient, les traumatismes physiques étant parmi les principales causes de cette anxiété élevée. Toutefois, il a été décidé de ne pas inclure le motif d'admission dans l'analyse. Étant donné que l'objectif de cette étude est de se concentrer sur les facteurs humains et environnementaux, les recherches se sont limitées à ces aspects, tout en étant conscient des effets que l'événement traumatique lui-même peut avoir sur la perception de la menace.

Les antécédents psychologiques ou psychiatriques sont un facteur déterminant dans le risque de développer un SSPT (33). Cependant, cette influence n'a pas été mise en évidence dans cette étude.

## 2. Interprétation des résultats

### 2.1. Explication des résultats

#### *2.1.1. Corrélation du score CARE et de perception de la menace*

Concernant la corrélation positive des scores CARE et de perception de la menace, plusieurs interprétations peuvent être formulées. Les patients qui se sentent bien pris en charge, à qui des explications claires et précises ont été données ou qui perçoivent une grande empathie des soignants sont peut-être plus à même de mesurer la gravité de la situation et donc sensibles à la perception d'un sentiment de menace plus élevé. Il est aussi envisageable que les patients se sentant menacés soient plus attentifs ou réceptifs aux soins qui leurs sont prodigués tels qu'une communication efficace et une grande empathie, ce qui pourrait se traduire par un score CARE élevé. Enfin, il est possible qu'une menace réelle, perçue ou exprimée par le patient accroisse l'empathie et la communication bienveillante de l'équipe soignante.

#### *2.1.2. Absence de test inférentiel pour le SSPT*

Le seul cas de SSPT détecté suggère que le développement du SSPT au déchocage est très faible. Cette faible incidence pourrait indiquer une prise en charge efficace et empathique. Au déchocage, la disponibilité et le relationnel sont privilégiés. Dans cette zone, le staff soignant y est maximisé : au moins un médecin et un infirmier attirés pour 3 patients maximum. L'équipe soignante est plus présente, de façon continue, réduisant certainement le sentiment de menace perçu par le patient. De plus, le caractère aigu de la situation médicale et la configuration de la pièce incitent les soignants à informer le patient de chaque étape, des résultats et des perspectives de soins envisagées. Cela impacte certainement CARE et le sentiment de menace de façon positive.

Par ailleurs, la plupart des études de la littérature interrogeaient les patients un mois après leur admission aux urgences, puisque pour diagnostiquer un SSPT, les symptômes doivent persister pendant un mois au moins après l'événement traumatisant. Dès lors, il est envisageable que certains diagnostics aient pu être posés de façon prématurée. Quelques patients ont pu présenter des mécanismes de guérison mentale un peu plus longs, mais non pathologiques, et avoir été ainsi associés à un SSPT sans que ce soit réellement le cas. Dans cette étude, les premières interviews ont été conduites deux mois après l'admission, ce qui a peut-être permis de réduire une surévaluation du SSPT. L'ordre d'administration des questions

peut aussi être une explication de ce faible taux de SSPT. Les questions relatives à l'échelle CARE, à la menace et aux réponses libres sur leur ressenti se trouvaient en fin d'interview. Étant donné la longueur des questionnaires et l'état clinique de certains patients, il se peut que les patients aient répondu de manière plus superficielle ou expéditive pour écourter l'entretien.

Une autre théorie envisagée est celle la dissociation. D'après Boyer et al., les phénomènes dissociatifs offrent, face à une expérience traumatisante, une échappatoire psychique en l'absence d'échappatoire physique (34). Le DSM-V-TR identifie notamment comme trouble une amnésie dissociative, caractérisée par des trous de mémoire au-delà de l'oubli normal (35). Outre l'amnésie comme facteur explicatif, les phénomènes de dissociations peuvent rendre le diagnostic de SSPT plus difficile à poser ou entraîner un diagnostic différé par la fragmentation de la mémoire (36) ou par les symptômes masqués (37).

En conclusion, bien que l'échelle PCL-5 soit un outil précieux pour évaluer les symptômes du SSPT, elle ne peut à elle seule suffire à établir un diagnostic de manière catégorique. La psychologie est une science subtile qui requiert d'être adaptée à chaque individu. L'évaluation par un psychologue ou un psychiatre, conjointement à l'administration des questionnaires pourrait fournir de précieuses informations.

#### *2.1.3. Impact du niveau d'éducation sur la perception de la menace*

Dans le groupe C, il a été observé que les individus ayant un niveau d'étude secondaire présentent un score de menace significativement moindre que ceux ayant un niveau d'étude primaire. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées. Un niveau d'éducation plus élevé peut supposer une meilleure compréhension de leur situation médicale, du langage employé, réduisant de ce fait leur perception de menace. Avoir un meilleur niveau d'éducation pourrait aussi favoriser une meilleure gestion du stress ou induire des capacités d'adaptations plus efficaces, offrant ainsi une meilleure résilience. Plusieurs études attestent que le niveau d'éducation contribue à une meilleure résilience psychologique après des événements traumatiques (38). En effet, il est associé à une meilleure capacité à gérer le stress et à mobiliser ses ressources de façon efficace, réduisant ainsi le développement du SSPT (39)(40). Le niveau d'études pourrait donc être un facteur protecteur.

#### *2.1.4. Homogénéité des groupes B et C avec une exception pour l'EPM*

Pour rappel, le groupe B est constitué des patients ayant répondu à la fois à T1 et à T2, tandis que ceux ayant interrompu l'étude avant la réalisation de T2 sont repris dans le groupe C. Bien

que ces groupes soient globalement homogènes, une différence significative relative à l'EPM mérite d'être soulignée. Il se pourrait que les patients ayant présenté un score de menace plus élevé aient eu le besoin d'en parler. Raison pour laquelle le score serait globalement plus haut chez les participants du groupe B. Cependant, vu le peu de remarques formulées lors des questions ouvertes, cette hypothèse apparaît peu probable.

#### *2.1.5. Retour des patients lors des entretiens libres*

Peu de critiques ont été formulées par les patients concernant leur prise en charge d'un point de vue empathique et communicationnel, ce qui pourrait refléter une satisfaction générale des soins reçus. Toutefois, le manque voire l'absence de souvenirs de certains patients de leur passage en salle de déchocage pourrait révéler une information supplémentaire et valider la notion de dissociation évoquée dans un paragraphe précédent. L'état de choc ou le stress intense ressenti par les patients pourrait avoir altéré leurs souvenirs. Ce phénomène pourrait d'ailleurs expliquer en partie pourquoi si peu de SSPT ont été décelés, une amnésie ayant probablement un effet psychologique protecteur à court terme et rendant plus complexe le diagnostic du SSPT à moyen et long terme (34).

#### *2.1.6. Absence de lien avec les variables sociodémographiques et environnementales*

Ces résultats sont étonnants au regard des conclusions de précédentes études relatées dans la littérature scientifique. En effet une étude prospective rassemblant 6 études (33) révèle que certaines des variables explorées ici ont une probabilité significative d'influencer le SSPT. De même que l'environnement stressant a été corrélé au risque ultérieur de développer un SSPT (11), ce qui n'est pas le cas dans cette étude.

### 2.2. Implications théoriques et pratiques

L'impact potentiel des résultats de cette étude reste limité. Elle pourrait avant tout permettre de sensibiliser une équipe future aux différents biais rencontrés au cours de ce processus de recherche. Toutefois, il faut mentionner que malgré le petit échantillon, une corrélation pourrait avoir été découverte, à savoir celle entre CARE et la perception de la menace.

## 3. Limites et biais : reconnaissance et impacts potentiels

### 3.1. Biais de sélection et d'échantillon

Un échantillonnage par commodité comporte des avantages, notamment de cibler une population spécifique avec célérité et à moindre coût. Toutefois, il faut envisager que l'échantillon puisse manquer de représentativité généralisable à l'ensemble de la population.

De plus, la faible taille de cet échantillon réduit probablement la robustesse des résultats obtenus. Afin de tenter de limiter au maximum ce biais, les inclusions ont été effectuées à des moments différents : de jour, de nuit et durant les week-ends.

### 3.2. Biais de petite taille d'échantillon

La petitesse de l'échantillon provoque une diminution de la puissance des tests statistiques. Toutes les analyses statistiques envisagées au départ n'ont d'ailleurs pas pu être réalisées.

### 3.3. Biais de rappel/mémorisation/compréhension

Lors des différents entretiens, il a été mis en évidence lors d'échanges entre les interviewers que certains patients évoquaient des comportements de soignants qui n'étaient assurément pas ceux de l'équipe du déchocage, compte tenu de l'environnement de soins décrits, mais bien des équipes du bloc opératoire, de salle banalisée ou autres. Il était parfois difficile de cantonner les réponses du patient exclusivement au déchocage malgré l'emploi de photographies du déchocage. Ceci risque donc de biaiser les résultats. Un score de GOAT normal a toutefois permis de s'assurer d'une absence d'amnésie antérograde ou rétrograde significative.

### 3.4. Biais d'attribution

Il a été envisagé que la perte de données entre ceux ayant répondu à T1 et T2 et ceux ayant interrompu l'étude après T1 ait pu biaiser les résultats, surtout en cas d'hétérogénéité entre ces deux groupes. De manière générale, il semble que ce biais ait été limité, puisque les groupes sont statistiquement homogènes à l'exception du score de perception de la menace. Il est intéressant de se demander dans quelle mesure cette information reflète un biais méthodologique ou représente plutôt un élément supplémentaire d'analyse. Ce résultat nécessite une exploration approfondie.

### 3.5. Biais de l'observateur (effet Hawthorne)

Afin d'obtenir une collaboration optimale et par souci d'information, l'étude et ses objectifs ont été exposés à l'ensemble de l'équipe des urgences et donc aux différents intervenants du déchocage. Il est admissible qu'ils aient pu modifier leur comportement, consciemment ou non, sachant qu'ils étaient observés.

### 3.6. Biais d'interaction (lié aux multiples interviewers)

Il est possible que les résultats aient pu différer en fonction de la qualité du contact entre l'interviewer et le patient. Concernant le risque d'un biais lié à une expression personnelle, la

création d'un guide de formulation des questions visait à limiter ce biais autant que possible, bien qu'il ne puisse être totalement exclu.

### 3.7. Biais de l'interviewer

Ce biais peut d'abord résulter du fait qu'un interviewer, qu'il en soit conscient ou non, puisse orienter ses questions afin que les réponses soient en adéquation avec celles fournies lors du premier entretien ou avec les attentes de la recherche. Concernant la reproductibilité des réponses entre le T1 et le T2, ce biais a été limité par l'alternance des interviewers. Si l'influence potentielle liée à l'orientation ne peut être totalement écartée, les résultats obtenus suggèrent que ce biais n'a pas impacté les réponses.

### 3.8. Biais de perte de données

Afin de limiter ce biais, les implications de l'étude ont été expliquées dès le départ auprès de chaque patient. Divers moyens de contact ont été collectés et les rendez-vous ont été fixés puis rappelés par les interviewers. Pourtant, en examinant l'échantillon à T1 et à T2, la perte de données s'est avérée importante, ce qui a eu des répercussions sur la puissance des tests statistiques et la possibilité de tirer certaines conclusions, notamment concernant le SSPT. Après analyse, nous constatons que 2 patients ont volontairement interrompu leur participation à l'étude et 4 ont été injoignables, représentant ainsi 50% des pertes. Notons également que pour maximiser les données, la période de collecte a été prolongée de plusieurs mois et que les données des T1 n'ayant toujours pas eu la T2 ont été incluses à cette étude.

Toutefois, au vu du nombre de pertes au cours de l'étude, il semble impératif d'augmenter la durée de collecte des données ou le nombre de jours d'inclusion à l'avenir.

### 3.9. Biais de pudeur

Les questions posées lors des entretiens relèvent de sujets personnels, de ressentis et d'émotions. Plusieurs patients ont tenu des propos reflétant un refus d'admettre une forme de fragilité mentale, parfois malgré des antécédents avérés dans le domaine. Il est donc envisageable que des réponses à l'échelle PCL-5 aient été minimisées par pudeur et donc sous-évaluent le nombre de SSPT.

### 3.10. Biais de subjectivité

Le sujet de cette étude relève de la subjectivité de chacun. Pour l'illustrer, il est reconnu scientifiquement que la douleur est subjective et diffère d'un individu à l'autre, que deux

personnes exposées à la même source de douleur peuvent ressentir des seuils de douleur très différents (41). Transposons cette réflexion au sentiment de menace. En fonction des expériences passées, du vécu ou des peurs des patients..., il est facile d'envisager que la perception de menace peut grandement varier d'un patient à l'autre bien qu'ils soient parfois exposés à la même situation anxiogène. De même, il est plausible qu'à comportement égal de la part du personnel soignant, l'empathie perçue ne soit pourtant pas la même.

#### 3.11. Limite : incapacité à standardiser l'environnement

Le déchocage est une zone des urgences qui permet une prise en charge rapide et efficace des admissions requérant une intervention immédiate par une équipe spécialisée et formée à la médecine d'urgence. Ce local est configuré pour pouvoir admettre jusqu'à 3 patients et assurer leur surveillance simultanée par l'équipe soignante. Cette configuration spatiale n'a donc malheureusement pas été étudiée pour respecter la pudeur ou encore la sensibilité des patients qui y seraient admis. Des rideaux peuvent tout de même être tirés entre les brancards mais ils ne protègent pas les patients des bruits, des odeurs ou de la détresse des autres patients. A cela peuvent s'ajouter les alarmes des monitorings, les conversations des équipes soignantes et le flux de spécialistes venant examiner les patients. Il est scientifiquement reconnu que cela peut être excessivement anxiogène pour les patients (7,11). Hélas, il est impossible de standardiser l'environnement. Une attention particulière peut parfois être portée afin de limiter le bruit des appareillages, le nombre d'intervenants ou afin de surveiller l'emploi des mots utilisés. Toutefois, les possibilités sont limitées et minimes.

## 4. Perspectives futures

### 4.1. Étendre l'étude à toutes les urgences et en prolonger la durée

Il serait intéressant d'évaluer le SSPT pour la fréquentation plus globale des urgences. Le sentiment de menace étant subjectif, il est probable que des individus en situation non critique au regard du personnel soignant perçoivent tout de même une menace importante et puissent être impactés péjorativement par un manque d'empathie dans leur prise en charge. En séjournant dans des zones où le ratio soignants/soignés est nettement moindre, le score CARE pourrait être nettement moins bon.

Élargir l'étude à la population d'autres secteurs des urgences permettrait aussi d'accroître l'échantillon, offrant la possibilité de réaliser toutes les analyses statistiques souhaitées avec une puissance suffisante pour permettre d'en tirer des conclusions fiables et pertinentes. Il

serait également judicieux d'étudier la survenue du SSPT dans d'autres services aigus tels que le bloc opératoire des urgences, les unités de soins intensifs, le centre des brûlés..., afin de déterminer si un environnement est plus propice au ressenti d'un niveau de menace élevé ou au développement du SSPT.

Concevoir une étude à plus long terme offrirait plusieurs avantages. Tout d'abord, cela augmenterait la taille de l'échantillon. Ensuite, cela permettrait de poursuivre l'analyse des symptômes du SSPT, leur persistance ou leur évolution sur une plus longue période.

#### 4.2. Explorer les causes des troubles mnésiques

Les patients ont fréquemment montré des troubles mnésiques de leur passage aux urgences. Au regard de la littérature, cela pourrait être lié à des phénomènes de dissociation. Approfondir l'exploration de ces mécanismes offrirait la possibilité d'apporter une perspective d'étude supplémentaire du SSPT. Dans le cadre de la thèse connexe à cette étude, les patients inclus seront recontactés 6 mois après leur admission pour passer à nouveau le PCL-5. Ces résultats à venir permettront d'étayer cette hypothèse.

#### 4.3. Collaborer avec des experts

La collaboration avec des psychologues ou psychiatres pourraient être un outil précieux pour extraire des informations en complément des échelles. Leur expertise leur permettrait de repérer rapidement les premiers signes de détresse.

#### 4.4. Former et sensibiliser le personnel soignant

Pour donner suite à cette réflexion, former et sensibiliser le personnel des urgences à la prévention et à la détection du SSPT réduirait probablement les risques d'en développer.

#### 4.5. Analyser les enregistrements vidéo

Concernant la corrélation positive entre CARE et la perception de menace, il serait sans doute révélateur d'analyser les enregistrements vidéo des prises en charge. Il se peut que le comportement du personnel soignant soit inconsciemment modifié après avoir perçu un sentiment de menace élevé chez le patient ou après que ce dernier l'ait verbalisé. Il est possible que ce constat ait engendré une attention particulière quant à leur communication et manifestations de leur empathie. Si analyser la communication des soignants est envisagé depuis le début de cette étude, en mettant cette corrélation en lumière, elle incite aussi à évaluer de quelle manière le patient exprime ses craintes.

#### 4.6. Considérer les facteurs socio-économiques et culturels

Enfin, une autre perspective envisageable est la considération des facteurs socio-économiques et culturels dans la perception de la menace, dans l'évaluation de l'échelle CARE et le développement du SSPT. Il faut envisager que des variables telles que la religion, la culture, la langue... puissent impacter les expériences et les interprétations des patients lors de leur passage au déchocage.

## Conclusion

Cette étude a permis de mettre en lumière une corrélation positive entre le score CARE, qui permet au patient d'évaluer l'empathie du personnel soignant, et le score de perception de la menace. Ce résultat surprenant est contre-intuitif mais quelques pistes explicatives ont été évoquées et devront être analysées à la suite de ce travail. Ces résultats incitent à repenser les stratégies de communication, particulièrement dans des contextes où la vie des patients est en jeu.

Les résultats relatifs à une variable sociodémographique soulignent l'importance du niveau d'éducation qui apparaîtrait comme un modérateur dans l'expérience des soins d'urgence, influençant l'interprétation que font les patients de leur environnement médical.

Un fort contraste existe entre la prévalence détectée et le taux de SSPT rapporté dans la littérature. Jusqu'à 30% des patients admis aux urgences pourraient développer un SSPT, or le taux observé dans cette étude n'atteint pas les 7%. Si ce faible taux pourrait être attribué à une prise en charge efficace, tant sur le plan médical que psychologique, la dissociation pourrait aussi être une explication. Elle permettrait de justifier le peu de souvenirs de certains patients et rendrait le diagnostic du SSPT plus difficile à identifier.

Toutefois, il faut aussi prendre en compte plusieurs limites méthodologiques, notamment la petite taille de l'échantillon et la concentration sur la salle du déchocage réduisant les résultats et leur généralisation. Dans le cadre d'une étude future, cela devrait impérativement être considéré.

Enfin, cette étude ouvre de nouvelles perspectives afin d'améliorer les pratiques cliniques. Introduire des formations spécialisées en communication empathique et en gestion de stress auprès des soignants pourrait jouer un rôle important dans la réduction du sentiment de

menace. Et bien que, dans cette étude, le taux de SSPT ne soit pas celui annoncé dans la littérature, offrir un soutien supplémentaire aux patients dès leur admission au déchochage pourrait limiter les effets potentiels du traumatisme. En conclusion, ces résultats soulignent la nécessité d'une approche plus globale, en tenant compte des facteurs médicaux mais également psychologiques pour améliorer la prise en charge des patients. De plus, l'intégration de ces pratiques et des recherches futures pourrait avoir un impact significatif en santé publique.

## Références bibliographiques

1. Définitions : santé - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/santé/70904>
2. Constitution [Internet]. [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
3. Pacella ML, Hruska B, Delahanty DL. The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *J Anxiety Disord*. 2013 Jan 1;27(1):33–46.
4. Williamson JB, Jaffee MS, Jorge RE. Posttraumatic Stress Disorder and Anxiety-Related Conditions. *Contin Lifelong Learn Neurol* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2023 May 24];27(6):1738–63. Available from: [https://journals.lww.com/continuum/Fulltext/2021/12000/Posttraumatic\\_Stress\\_Disorder\\_and\\_Anxiety\\_Related.14.aspx](https://journals.lww.com/continuum/Fulltext/2021/12000/Posttraumatic_Stress_Disorder_and_Anxiety_Related.14.aspx)
5. Diep ANU de L-UI> S publique : de la B à la P de la S, Servotte J-C, Dardenne NU de L-UI> D des sciences de la santé publique, Vanbelle S, Wauthier V, Paquay MCHU de L-C> > S des urgences, et al. The Performance of the Health Communication Assessment Tool© (HCAT-f) in Calibrating Different Levels of Nurse Communication Skills in a French-Speaking Context. *Eur J Heal Commun* [Internet]. 2022 Dec 7 [cited 2023 May 24];3(3):164–79. Available from: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/298547>
6. Mouthaan J, Sijbrandij M, Reitsma JB, Gersons BPR, Olff M. Comparing screening instruments to predict posttraumatic stress disorder. *PLoS One* [Internet]. 2014 May 9 [cited 2023 May 24];9(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24816642/>
7. Konrad B, Hiti D, Chang BP, Retuerto J, Julian J, Edmondson D. Cardiac patients' perceptions of neighboring patients' risk: Influence on psychological stress in the ED and subsequent posttraumatic stress. *BMC Emerg Med* [Internet]. 2017 Nov 6 [cited 2023 May 24];17(1). Available from: [https://www.researchgate.net/publication/320904989\\_Cardiac\\_patients'\\_perceptions\\_of\\_neighboring\\_patients'\\_risk\\_Influence\\_on\\_psychological\\_stress\\_in\\_the\\_ED\\_and\\_subsequent\\_posttraumatic\\_stress](https://www.researchgate.net/publication/320904989_Cardiac_patients'_perceptions_of_neighboring_patients'_risk_Influence_on_psychological_stress_in_the_ED_and_subsequent_posttraumatic_stress)
8. Boscarino JA, Adams RE, Figley CR. Mental health service use after the world trade center disaster: Utilization trends and comparative effectiveness. *J Nerv Ment Dis*

- [Internet]. 2011 Feb [cited 2023 May 24];199(2):91–9. Available from:  
[https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2011/02000/Mental\\_Health\\_Service\\_Use\\_After\\_the\\_World\\_Trade.5.aspx](https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2011/02000/Mental_Health_Service_Use_After_the_World_Trade.5.aspx)
9. Finlay T, Parke T. Awareness in the emergency department: A patient’s story. *J Intensive Care Soc* [Internet]. 2016 May 1 [cited 2023 May 24];17(2):175. Available from: [/pmc/articles/PMC5606401/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2666401/)
  10. Treating Patients with PTSD | AMN Healthcare [Internet]. [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www.amnhealthcare.com/blog/nursing/contract/what-emergency-room-nurses-need-to-know-about-ptsd/>
  11. Greenberg N, Brooks S, Dunn R. Latest developments in post-traumatic stress disorder: diagnosis and treatment. *Br Med Bull* [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2023 May 24];114(1):147–55. Available from: <https://academic.oup.com/bmb/article/114/1/147/246250>
  12. Schnurr PP, Lunney CA. Exploration of gender differences in how quality of life relates to posttraumatic stress disorder in male and female veterans. *J Rehabil Res Dev* [Internet]. 2008 [cited 2023 May 24];45(3):383–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18629747/>
  13. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1995 Dec 1 [cited 2023 May 24];52(12):1048–60. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/497313>
  14. Gradus JL, Suvak MK, Wisco BE, Marx BP, Resick PA. Treatment of posttraumatic stress disorder reduces suicidal ideation. *Depress Anxiety* [Internet]. 2013 Oct [cited 2024 Aug 15];30(10):1046–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23636925/>
  15. Kessler RC. THE EFFECTS OF STRESSFUL LIFE EVENTS ON DEPRESSION. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.191> [Internet]. 2003 Nov 28 [cited 2023 May 24];48:191–214. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.48.1.191>
  16. Moss J, Roberts MB, Shea L, Jones CW, Kilgannon H, Edmondson DE, et al. Association Between Perceived Threat and the Development of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Patients With Life-threatening Medical Emergencies. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2023 May 24];27(2):109–16. Available from:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acem.13877>

17. Cyr S, Guo DX, Marcil MJ, Dupont P, Jobidon L, Benrimoh D, et al. Posttraumatic stress disorder prevalence in medical populations: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2024 Aug 15];69:81–93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33582645/>
18. Van Der Mei WF, Barbano AC, Ratanatharathorn A, Bryant RA, Delahanty DL, Deroon-Cassini TA, et al. Evaluating a screener to quantify PTSD risk using emergency care information: A proof of concept study. *BMC Emerg Med* [Internet]. 2020 Mar 2 [cited 2024 Aug 15];20(1):1–11. Available from: <https://bmcemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12873-020-00308-z>
19. Shalev AY, Ankri Y, Israeli-Shalev Y, Peleg T, Adessky R, Freedman S. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach And Prevention study. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2012 Feb [cited 2023 May 24];69(2):166–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21969418/>
20. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. Longo DL, editor. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499> [Internet]. 2017 Jun 22 [cited 2023 May 24];376(25):2459–69. Available from: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1612499>
21. Levin HS, O'Donnell VM, Grossman RG. The Galveston Orientation and Amnesia Test. A practical scale to assess cognition after head injury. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 1979 [cited 2024 Aug 15];167(11):675–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/501342/>
22. Bode RK, Heinemann AW, Semik P. Measurement properties of the Galveston Orientation and Amnesia Test (GOAT) and improvement patterns during inpatient rehabilitation. *J Head Trauma Rehabil* [Internet]. 2000 [cited 2024 Aug 16];15(1):637–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10745181/>
23. Novack TA, Dowler RN, Bush BA, Glen T, Schneider JJ. Validity of the Orientation Log, relative to the Galveston Orientation and Amnesia Test. *J Head Trauma Rehabil* [Internet]. 2000 [cited 2024 Aug 16];15(3):957–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10785625/>
24. Moreau J, Laurent-Vannier A, De Agostini M. [Standardization of the Children's Orientation and Amnesia Test, French version, to evaluate post-traumatic amnesia in

- children]. *Ann Readapt Med Phys* [Internet]. 2008 Jan [cited 2024 Aug 16];51(1):24–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17765352/>
25. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract* [Internet]. 2004 Dec 1 [cited 2024 Aug 15];21(6):699–705. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmh621>
  26. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM. Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Fam Pract* [Internet]. 2005 Jun 1 [cited 2024 Aug 15];22(3):328–34. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmh730>
  27. Moss J, Roberts MB, Shea L, Jones CW, Kilgannon H, Edmondson DE, et al. Healthcare provider compassion is associated with lower PTSD symptoms among patients with life-threatening medical emergencies: A prospective cohort study. *Intensive Care Med* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2024 Aug 15];45(6):815–22. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-019-05601-5>
  28. Cornelius T, Agarwal S, Garcia O, Chaplin W, Edmondson D, Chang BP. Development and Validation of a Measure to Assess Patients' Threat Perceptions in the Emergency Department. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2023 May 24];25(10):1098–106. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acem.13513>
  29. Finklestein M, Pagorek-Eshel S, Laufer A. Adolescents' individual resilience and its association with security threats, anxiety and family resilience. *J Fam Stud* [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 15];28(3):1023–39. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13229400.2020.1778504>
  30. Sci-Hub | The Defensive Nature of Benefit Finding During Ongoing Terrorism: An Examination of a National Sample of Israeli Jews. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(8), 993–1021 | 10.1521/jscp.2009.28.8.993 [Internet]. [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://sci-hub.se/10.1521/jscp.2009.28.8.993>
  31. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *J Trauma Stress*. 2015 Dec 1;28(6):489–98.

32. Parker AM, Sricharoenchai T, Raparla S, Schneck KW, Bienvenu OJ, Needham DM. Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: a metaanalysis. *Crit Care Med* [Internet]. 2015 May 20 [cited 2024 Aug 15];43(5):1121–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25654178/>
33. Lowe SR, Ratanatharathorn A, Lai BS, Van Der Mei W, Barbano AC, Bryant RA, et al. Posttraumatic stress disorder symptom trajectories within the first year following emergency department admissions: pooled results from the International Consortium to predict PTSD. *Psychol Med* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2024 Aug 15];51(7):1129–39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32008580/>
34. Boyer SM, Caplan JE, Edwards LK. Trauma-Related Dissociation and the Dissociative Disorders:: Neglected Symptoms with Severe Public Health Consequences. *Delaware J Public Heal* [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 15];8(2):78. Available from: </pmc/articles/PMC9162402/>
35. Roehr B. American Psychiatric Association explains DSM-5. *BMJ* [Internet]. 2013 Jun 6 [cited 2023 May 24];346. Available from: <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f3591>
36. Kolk BA, Fisler R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *J Trauma Stress* [Internet]. 1995 Oct [cited 2024 Aug 15];8(4):505–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8564271/>
37. Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Christian S, Bremner JD, et al. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2010 Jun [cited 2024 Aug 15];167(6):640–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20360318/>
38. Bonanno GA, Galea S, Bucciarelli A, Vlahov D. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2007 Oct [cited 2024 Aug 15];75(5):671–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17907849/>
39. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2000 [cited 2024 Aug 15];68(5):748–66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11068961/>
40. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster

victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. Psychiatry [Internet]. 2002 [cited 2024 Aug 15];65(3):207–39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12405079/>

41. Apkarian AV, Bushnell MC, Treede RD, Zubieta JK. Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. Eur J Pain [Internet]. 2005 [cited 2024 Aug 15];9(4):463. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15979027/>

## Annexes

### Annexe 1 : Questionnaire entretien 1

#### A1

### PREPARATION DE L'INTERVIEW

Nom de l'expérimentateur : .....

#### **Récolte des données à propos du patient sur OMNIPRO**

ID (admission/hospit) : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Age du participant : .....

Date d'admission / inclusion en salle de déchoquage : .....

Date du jour : .....

Service où le patient est actuellement hospitalisé : .....

Quel mode de transport / arrivée du patient en salle de déchoquage : .....

Ville de résidence : .....

Service CHU : .....

Chambre : .....

Route : .....

#### **Matériel nécessaire à préparer avant l'interview :**

- Latte pour l'analogie Visual Scale
- Ordinateur pour les tâches implicites
- Questionnaires papiers
- Dictaphone

#### **Check à réaliser en appelant le service ou sur place avant de réaliser l'interview :**

- Signe d'éveil sur Omnipro (tour de salle) ou (et) appeler le service

- Heures de visite du service où le patient est hospitalisé (ne pas aller durant ces horaires)
- Demander aux infirmiers / médecins les disponibilités des patients avant d'y aller (autres examens ?)
- Demander aux infirmières si OK d'aller voir le patient pour une durée d'environ 1h/1h30.

**Consignes générales durant l'interview :**

- S'assurer de la bonne vision et de la bonne audition du patient
- Noter pour chaque questionnaire si c'est le participant qui a complété avec un « P » au dessus du questionnaire ou si c'est l'examineur qui a complété avec un « E » au dessus du questionnaire.
- Si nécessaire faire une pause
- Possibilité de passer d'abord le questionnaire connecté/deconnecté en fonction de ce qu'a vécu le patient (ex : si le patient vous raconte sa NDE, commencez par la partie disconnected consciousness)

-----  
**Date de l'interview :**

**Heure de début de l'interview :**

## INTERVIEW

### 1. PRESENTATION ET CONSENTEMENT

Date et heure du jour :

**1) ÉLÉMENTS DE PRESENTATION AU PATIENT :**

**MOI**

« Je m'appelle ....., je suis infirmière et je viens vous trouver aujourd'hui pour discuter avec-vous de votre parcours de soins.

Demander si c'est un bon moment pour venir discuter de ça et potentiellement lui poser des questions.

**2) EXPLICATION DE L'ETUDE**

**MOI**

« Je suis ici car vous durant votre trajet de soins au CHU vous êtes passé(e) par la salle de déchoquage qui se situe aux urgences. Cette salle accueille des patients nécessitant une prise en charge rapide, intensive ou encore une surveillance médicale permanente. Est-ce que vous vous souvenez de cette salle ? »

Oui – Non ?



Montrer une photo si le patient ne se souvient pas de la salle.

**Moi**

« Et je suis ici aujourd'hui car comme vous le savez peut-être le CHU est un hôpital universitaire et nous avons des unités de recherche. Une de ces unités étudie la conscience et c'est pour cela que nous sommes actuellement en train d'effectuer une étude dans cette salle de déchoquage sur les potentiels souvenirs que vous pourriez avoir. Cela nous permettra de mieux comprendre ce que vous avez vécu, les mécanismes du souvenir mais aussi de réfléchir avec le personnel soignant à comment améliorer la prise en charge de nos patients. Nous voudrions ainsi savoir si vous souhaiteriez participer à cette étude et dans ce cas je peux vous expliquer ce que cela implique. Votre participation nous serait d'une grande aide. »

**Si OK** → Expliquer le consentement

**Si pas OK** → Tout de même demander s'il souhaite avoir l'explication de l'étude ou s'il souhaite éventuellement que nous repassions le lendemain pour en rediscuter ou dans un moment où il se sentira mieux.



### 3) INTRODUCTION

**Moi**

« Avant toute chose pour nous permettre de vous inclure dans cette étude, il faudra que vous signiez un consentement éclairé. Le consentement éclairé est un document qui reprend toutes les informations nécessaires à votre bonne compréhension de l'étude et que je pourrai également vous laisser si vous souhaitez le lire à tête reposée. Nous allons le parcourir ensemble aujourd'hui et je vais pouvoir vous expliquer un peu plus en profondeur ce que l'étude implique et vise. Il comporte trois parties : l'information essentielle à votre prise de décision, des informations complémentaires et votre consentement écrit.

### 4) SI VOUS PARTICIPEZ A CETTE ETUDE VOUS DEVEZ SAVOIR QUE :

**Moi**

L'étude ici vise donc à étudier les souvenirs et la conscience humaine lors de situations critiques et notamment lors du passage en salle de déchoquage et votre témoignage serait ainsi très précieux pour nous. Ce qui est important c'est que cette étude a été acceptée au comité éthique du CHU de Liège. Ce comité a pour tâche de vous représenter et de vous protéger en tant que personne qui participe à une étude scientifique. Cette étude est donc encadrée légalement pour respecter l'éthique ainsi que les droits à la personne.

**Remarque :** ± citer le reste des points (préciser qu'ici assurance nécessaire mais qu'il n'y a aucun risque / bénéfices qui a été relevé).

## 5) OBJECTIFS ET DEROULEMENT DE L'ETUDE

**Passer plus vite** sur les termes techniques de l'étude « retours de conscience...etc.)  
Rester dans l'approche sur l'étude des souvenirs et de voir leur évolution dans le temps



### **MOI**

Ce qu'il est surtout important de vous expliquer c'est que durant ce passage en salle de déchoquage vous avez été filmé pour que, dans le cas où vous accepteriez de participer, nous puissions confirmer vos souvenirs à l'aide des vidéos. Ces vidéos ont uniquement été réalisées dans le cadre de l'étude c'est-à-dire que celles-ci sont strictement confidentielles et que celles-ci pourront être uniquement visionnées par l'équipe scientifique. Bien entendu si vous ne souhaitez pas participer toutes ces vidéos seront immédiatement supprimées.

Est-ce que tout est bien clair jusque-là ? Avez-vous des questions à ce stade ?

Ce qui est aussi important à savoir c'est que l'étude se déroulera en trois entretiens, celui d'aujourd'hui potentiellement si vous décidez d'accepter et deux autres à 1 et 6 mois pour vous revoir et discuter de votre évolution. Nous nous déplacerons jusqu'à votre domicile si nécessaire.

**Ne pas trop parler du contenu des entretiens**, juste dire que nous ferons passer des questionnaires pour ne pas biaiser l'étude.



## 6) DESCRIPTION DES RISQUES ET BENEFICES + RETRAIT DE CONSENTEMENT

**Participation volontaire** → pas de coût pour le participant.

**Pas de risques** → étude observationnelle → donc qui observe et qui n'agit pas comme des études où on essaye un traitement par exemple

## 7) PROTECTION DE VOTRE IDENTITE ET DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

- **Expliquer que ces paragraphes reprennent des données de protection sur l'identité** (ne pas rentrer dans les détails mais laisser le consentement si jamais ils veulent le lire)  
- **De même, paragraphe sur la protection des données à caractère personnel** → infos sur le traitement des données pour bien mettre en avant la confidentialité (sans trop rentrer dans les détails)  
- **Ces données sont confidentielles**, seuls les expérimentateurs responsables de la recherche y auront accès. Toutes les données récoltées au cours de l'expérience seront anonymes.



Avez-vous des questions ?

## 8) CONSENTEMENT ECLAIRE

**Signature + rappel** que si questions, le participant ne doit pas hésiter qu'il peut nous contacter

**Possibilités d'arrêter** à tout moment

### **MOI**

« Est-ce que vous êtes d'accord de commencer l'entretien ? Est-ce que vous êtes d'accord que je puisse nous enregistrer afin de pouvoir me souvenir de ce dont nous avons discuté durant l'entretien. Ces enregistrements resteront bien entendu confidentiels et anonymes et uniquement utilisés dans le cadre de l'étude ».

## 2. TEST ORIENTATION GOAT + DONNEES DEMOGRAPHIQUES

### 1) CONSIGNES COTATION :

1. Inscrire les points d'erreur obtenus dans les cases erreurs score dans la case appropriée à la fin de chaque question. **Attribuer 0 point d'erreur si la victime répond correctement. Attribuer le maximum de points d'erreur si la victime ne répond pas, répond incorrectement ou répond de façon imprécise** (vaguement) en vous servant du Guide de correction ci-dessous (notes).
2. Soustraire ce Total de points d'erreurs de 100. Le résultat obtenu représente le Score total de la victime. Le maximum de points d'erreur est de "110". Toutefois l'auteur ramène ce total à 100. Il faut donc, dans tous les cas, soustraire le maximum de points d'erreur de 100 (100 -points d'erreur = ).

→ Exemple : Ainsi, si une victime obtient un total de points d'erreur de 100 et plus, inscrire 0 (100-105 = 0 et non -5) comme Score total d'APT. Si le Total de points d'erreur est de 80 le Score total d'APT est de 20 (100-80=20).

Lire consigne à voix haute et suivre « notes » pour coter le tableau. Lire chaque question à voix haute. 

**Moi**

« Nous allons débiter par quelques questions que je vais vous poser, essayez d'y répondre le mieux possible »

**ATTENTION Si patient détaille trop dans les questions 8-9-10 (ex décrit sa NDE)-> essayer de le couper et lui dire que nous allons y revenir !!**

Question	Erreur Score	Notes
1) <b>Quel est votre nom/prénom</b>	/2	<p style="text-align: center;">- <b>Nom et prénom</b></p> <p>→ <b>Attribuer 2 points d'erreur si la victime ne donne pas correctement son prénom et son nom de famille à la naissance (N.B. la</b></p>

		<b>victime perd 2 points</b> si elle omet le nom ou le prénom, ce n'est pas 1 point chacun).
2) Quand êtes-vous né(e) ?	/4	- Jour/Mois/Année  → Donner 4 points d'erreur si la victime ne donne pas correctement et au complet sa date de naissance (jour, mois, an).
3) Où habitez-vous ?	/4	- Ville est suffisante  → Donner 4 points d'erreurs si la victime ne donne pas correctement sa ville de résidence
4) Où êtes-vous maintenant ? (a) Ville (b) Bâtiment	/5 /5	- Ville + « hôpital ». - Inutile de citer le nom de l'hôpital  → Si la victime est incapable de dire la ville où elle se trouve au moment de l'évaluation, attribuer 5 points ; 5 points supplémentaires d'erreur sont accordés si la victime ne dit pas qu'elle est dans un hôpital (le nom de l'hôpital n'est pas nécessaire). Un maximum de 10 points d'erreur peut être accordé à cette question.
5) A quelle date avez-vous été admis à l'hôpital ?	/5	- Date  → Si la victime ne peut se souvenir de la date de son admission à l'hôpital (J/M/A), attribuer 5 points d'erreur ;
6) Comment vous êtes-vous rendu(e) à l'hôpital ?	/5	- Moyen de transport  → Donner 5 points d'erreur supplémentaires si la victime ne peut décrire le mode de transport à l'hôpital (dire comment elle a été transportée).
7) Quel est le premier événement dont vous vous rappelez après votre accident / évènement qui vous a amené aux urgences ? (si le participant est resté conscient → il peut raconter la situation qui l'a amené aux urgences)	/5	- Tout évènement plausible est suffisant  → Si la victime est incapable de se rappeler d'un premier événement après l'accident (par exemple : se réveiller dans une chambre d'hôpital), attribuer 5 points d'erreur. L'évènement doit être raconté avec une certaine logique. La victime peut raconter le même évènement ou un autre évènement à chacune des évaluations pour autant que cela soit plausible et qu'il y ait une certaine logique dans son récit.

<p><b>8) Pouvez-vous me décrire cet évènement en détail (par exemple, la date, l'heure où les personnes présentes) ?</b></p> <p><b>(si le participant est resté conscient → il peut raconter la situation qui l'a amené aux urgences)</b></p>	/5	<p>- Par exemple, la date, l'heure où les personnes présentes</p> <p>→ Si la victime ne peut se rappeler des détails entourant cet événement, tel que : le jour, les personnes, l'endroit, mettre un score de 5 points. L'événement doit être raconté avec une certaine logique. La victime peut raconter le même événement ou un autre événement à chacune des évaluations pour autant que cela soit plausible et qu'il y ait une certaine logique dans son récit.</p>
<p><b>9) Quel est le dernier événement dont vous vous rappelez avant l'épisode/l'accident qui vous a amené aux urgences ?</b></p>	/5	<p>- Tout événement plausible est suffisant</p> <p>→ Si la victime est incapable de se rappeler un dernier événement avant son arrivée aux urgences (par exemple : revenait du travail, conduisait une voiture) attribuer 5 points d'erreur.</p>
<p><b>10) Pouvez-vous me décrire cet évènement en détail ? (par exemple, la date, l'heure où les personnes présentes) ?</b></p>	/5	<p>- Par exemple, la date, l'heure ou les personnes présentes</p> <p>→ Si la victime ne peut se rappeler les détails entourant cet événement (date, moment de la journée, les personnes présentes) allouer un autre 5 points d'erreur.</p>
<p><b>11) Quelle heure est-il maintenant ?</b></p>	/5	<p>- 1 point par ½ heure de différence, max 5 points</p> <p>-</p> <p>→ Attribuer 1 point d'erreur pour chaque demi-heure qui dévie de l'heure exacte jusqu'à un maximum de 5 points d'erreur. Par exemple, si la victime répond par une heure avant ou après l'heure réelle, coter de la façon suivante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De 0 à 30 minutes de différence : 1 point d'erreur</li> <li>• De 31 à 60 minutes de différence : 2 points d'erreur</li> <li>• Ainsi de suite.</li> </ul>

12) Quel est le jour de la semaine ?	/3	<p>- 1 point par jour de différence, max 3 points</p> <p>-</p> <p>→ Attribuer un point d'erreur pour chaque jour qui dévie du jour exact (avant ou après), jusqu'à un maximum de 3 points.</p> <p>Par exemple: LMMJVSD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le jour réel est lundi</li> <li>• La victime répond vendredi : elle est à trois jours (S,D,L) de la bonne réponse</li> </ul> <p>Dans ce cas particulier des jours de la semaine, la victime pourra répondre au maximum 3 jours avant ou 3 jours après et perdre 3 points.</p>
13) Quel est la date d'aujourd'hui ?	/5	<p>- 1 point par jour de différence, max 5 points</p> <p>→ Attribuer un point d'erreur pour chaque jour du mois (date) qui dévie du jour exact jusqu'à un maximum de 5 points.</p>
14) Quel mois sommes-nous ?	/15	<p>- 5 points par mois de différence, max 15 points</p> <p>→ Attribuer 5 points d'erreur pour chaque mois qui dévie du mois exact jusqu'à un maximum de 15 points.</p>
15) En quelle année sommes-nous ?	/30	<p>- 10 points par année de différence, max 30 points</p> <p>→ Attribuer 10 points d'erreur pour chaque année qui dévie de l'année exacte jusqu'à un maximum de 30 points.</p>
<b>Score total d'erreur</b>		
100 – Total erreur		Peut-être un nombre négatif

76-100 → Normal  
66-75 → Borderline - Douteux  
< 66 → Impaired

2) Codes de complétion GOAT (entourez) : 0 1 2 3 5 6 9

1. Administration normale,	0
2. Trouble de l'éveil - Incapacité à compléter l'item/test en raison d'une incapacité à rester vigilant,	1
3. Déficit moteur – Le patient ne donne AUCUNE réponse motrice ou le patient est physiquement limité par un système de contention,	2
4. Déficience visuelle - Incapacité à voir les stimuli testés (ex : en cas de cécité), mais PAS de trouble perceptif (ex : héminégligence),	3
5. Déficit phonatoire – AUCUNE production vocale langagière n'est observée, dysarthrie trop importante pour donner une réponse intelligible, ou intubé,	4
6. Aphasie - Trouble sévère du langage interférant COMPLETEMENT avec la participation au test,	5
7. Agitation – Le patient est extrêmement agité et par conséquent non-coopératif lors de l'administration du test	6
8. Test non administré.	9
<b>Si plus d'un code s'applique, utilisez le code qui interfère le plus avec l'administration du test.</b>	



**MOI**

« Je vais encore recueillir quelques informations à propos de vous, pourriez-vous tout d'abord me dire si vous êtes droitier ou gaucher ... »

Formulez les questions et notez les réponses



**Latéralité (entourez) :** D / G / A

**Nationalité :** .....

**Langue maternelle :** .....

**Plus haut diplôme obtenu :** .....

**Situation professionnelle actuelle (et passée si retraité) .....**

**3) PROFIL MÉDICAL**

**PASSÉ MÉDICAL :**

**A. Problèmes de vue ou daltonisme ?** Oui  Non

- **Si oui, sont-ils corrigés** (lunettes, lentilles de contact) ? Oui  Non
- **Si oui**, demander une estimation de ce que le patient voit sans ses lunettes  
.....
- **Si oui** demander si le patient portait ses lunettes lorsqu'il est arrivé à l'hôpital  
Oui  Non  Ne sait pas

→ Lui demander de porter ses lunettes quand nécessaire !

**B. Problème d'audition ?** Oui  Non

→ Si oui, préciser si unilatéral/bilatéral et si surdité légère/moyenne/profonde

..... ;

- **Si oui**, sont-ils corrigés (appareils, implants cochléaires) ? Oui  Non
- **Si oui**, demander une estimation de ce que le patient entend sans ses appareils correctifs
- **Si oui** demander si le patient portait ses appareils lorsqu'il est arrivé à l'hôpital  
Oui  Non  Ne sait pas

→ Lui demander de porter ses appareils durant l'entretien

**C. Avez-vous déjà connu des troubles neurologiques** avant votre hospitalisation (AVC ? Commotion ? Epilepsie ou autre atteinte cérébrale, parkinson, alzheimer...)?

Oui  Non

○ Si oui, précisez :

**D. Avez-vous déjà connu des troubles psychiatriques** avant votre hospitalisation (Épisodes de dépression ? Burn-out ? Bipolarité ? Schizophrénie ?) ?

Oui  Non

○ Si oui, précisez :

**E. Avez-vous d'autres diagnostics**, dyslexie, trouble d'apprentissage, diagnostic autres (autisme, TDAH, ...) ?

Oui  Non

**Si oui, précisez :**

**F. Consommez-vous régulièrement de l'alcool** (bière, vin, alcool fort ... ?)

Oui  Non

**Si oui, précisez :**

**G. Avez-vous consommé de l'alcool le jour** avant votre hospitalisation et en quelle quantité ?

Oui  Non

**Si oui, précisez :**

**H. Consommez-vous régulièrement de la drogue** (cannabis, cocaïne, héroïne ou amphétamines ?)

Oui  Non

**Si oui, précisez :**

**I. Si oui, avez-vous consommé de la drogue le jour avant votre hospitalisation ?**

Oui  Non

**Si oui, précisez :**

**J. Quel poids pesez-vous approximativement ? De quand date votre dernière pesée ?**

**Moi**

« Nous allons maintenant passer à la description de tous les souvenirs que vous possédez de votre passage en salle de déchoquage »

### 3. TÂCHE DE RAPPEL LIBRE EXPLICITE

Utiliser l'écoute active durant cette phase, empathie, relance + reformulation des propos des patients → **instaurer un climat de confiance et de non-jugement**  
**Attention** : à impérativement faire dans l'ordre pour ne pas biaiser l'étude !  
Les cadres peuvent être utilisés pour noter des éléments importants



#### 1. **MOI**

« Dans un premier temps, je vais vous demander de me raconter et de me décrire en détail votre expérience. Décrivez la séquence des événements, ainsi que les pensées, les sentiments ou les sensations que vous avez éprouvés. »

→ Si pas assez de détails, proposer deux phrases relances :



**Phrase relances :**

« Pouvez-vous m'en dire plus svp ? »

« Pensez-vous pouvoir détailler (ce point spécifique) un peu plus svp ? »

→ Si le patient centre son discours sur un autre sujet proposer des phrases pour centrer le patient:



**Phrase relances :**

« Oui je comprends tout à fait. Nous allons maintenant vraiment nous recentrer sur la salle de déchocage ? »

A la suite de cela proposer les phrases suivantes axées sur les souvenirs liés à l'environnement :



#### 2. **MOI**

« Avez-vous des souvenirs plus particulièrement liés à l'environnement dans la salle de déchocage. En d'autres mots, pouvez-vous me décrire tout ce que vous avez vu/observé ou entendu dans la salle de déchocage » ?

→ Si pas assez de détails, proposer deux phrases relances :



**MOI**

**Phrase relances :**

- « Pouvez-vous m'en dire plus svp ? »
- « Pensez-vous pouvoir détailler (ce point spécifique) un peu plus svp ? »
- « Avez-vous entendu des voix ? »
- « Avez-vous vu des objets / affiches inhabituels ? »
- « Avez-vous eu des sensations particulières ? Un masque sur votre visage ? Un tube dans votre gorge ? »

→ Si le patient centre son discours sur un autre sujet proposer des phrases pour centrer le patient: 

**Phrase relances :**

- « Oui je comprends tout à fait. Nous allons maintenant vraiment nous recentrer sur la salle de déchocage ? »

**3. MOI**

- « Est-ce que vous avez le souvenir d'avoir pu rêver ou d'avoir pu expérimenter toute autre expérience inattendue ou inhabituelle pendant votre passage en salle de déchocage ? »

→ Si pas assez de détails, proposer deux phrases relances : 

**Phrase relances :**

- « Pouvez-vous m'en dire plus svp ? »
- « Pensez-vous pouvoir détailler (ce point spécifique) un peu plus svp ? »

**MOI**

- « Je vais maintenant vous poser trois questions, essayez d'y répondre par « oui » ou par « non »

Posez les questions oralement et entourez oui ou non 

**4. MOI**

« Durant votre séjour en salle de déchoquage, avez-vous pensé à un moment donné que vous étiez en train de mourir ? »

**En plus de laisser la personne développer sa réponse,** entourez : **oui / non / oui à un autre moment**

**5. MOI**

« Durant votre séjour en salle de déchoquage, avez-vous pensé être à un moment dans une situation critique/proche de la mort » ?

**En plus de laisser la personne développer sa réponse,** entourez : **oui / non / oui à un autre moment**

**6. MOI**

« Dans l'état actuel des choses et avec ce que les médecins vous ont expliqué pensez-vous maintenant que vous avez traversé une situation critique et potentiellement mortelle ? »

**En plus de laisser la personne développer sa réponse,** entourez : **oui / non / oui à un autre moment**

Poser la **question à voix haute** et cocher **AUTANT** de cases que nécessaire. Citer les propositions en exemple après la question. 

**7. MOI**

« Quelle a été la pire et la meilleure chose pour vous durant votre passage en salle de déchoquage? »

## 4. TÂCHE DE CHOIX FORCÉ IMPLICITE

### 1) TÂCHE VISUELLE

Installer l'ordinateur de façon à ce que le patient puisse bien visualiser l'écran. Si le participant à des lunettes, veillez à ce qu'il les porte. De même si appareil auditif. Ouvrir le power point. Si le patient répond « R » → toujours demander plus d'informations. 

#### **MOI**

“Nous allons maintenant passer à une autre partie du questionnaire. Je vais vous demander d'essayer de rester le plus concentré possible et je vais vous expliquer ce que nous allons faire ».

#### **MOI**

Je vais vous demander de regarder attentivement les deux images qui vont apparaître sur l'écran. **Vous devez m'indiquer si vous vous souvenez d'une des images/éléments suite à votre** passage en salle de déchoquage.

Une fois l'image choisie je vous demanderai de m'indiquer dans quelle mesure vous êtes certain(e) de votre réponse. **Il y a trois possibilités :**

- A. Recollection : votre choix est accompagné d'une reconnaissance sur base de la recollection d'un ou plusieurs éléments associés au contexte dans lequel vous avez entendu le mot. Vous vous souvenez de l'image, du contexte ou de certains détails précis associés à sa présentation. Ça peut être une association d'idées que vous avez faite, une image qui vous est venue en tête, une pensée, votre impression quand vous avez vu cette image, ou encore s'il y a eu un bruit dans la pièce à ce moment-là, etc. C'est ainsi le fait que vous vous rappelez quelque chose en plus par rapport à cet item par rapport à l'écran qui vous sera présenté.
- B. Familiarité : votre choix a uniquement été accompagné d'un sentiment de familiarité, sans détails précis associés. Vous savez que vous avez vu l'image mais vous ne savez pas m'en dire plus. Le sentiment que vous avez par rapport à votre choix peut être parfois flou mais il peut également être précis et certain sans pour autant vous rappeler de détails associés → C'est similaire au fait de croiser quelqu'un dans la rue et d'être certain à 100 % de l'avoir déjà rencontré sans pouvoir donner le contexte dans lequel la rencontre a eu lieu. Ainsi vous auriez pu avoir rencontré la personne auparavant dans une soirée, le reconnaître, mais ne pas être capable de dire que c'est à cette soirée que vous l'avez rencontré. Ici, c'est pareil avec les images : vous vous rappelez de l'image, mais pas du contexte précis dans lequel vous l'avez vu ni des différents détails associés au moment où vous l'avez vu. Il s'agit d'un sentiment de familiarité.

C. Hasard : vous avez deviné, choisi l'image au hasard, de façon incertaine. ATTENTION, cela doit vraiment être le hasard. Si vous avez tout de même l'impression de tendre vers une réponse ou l'autre même si ce sentiment de certitude par rapport à la réponse est flou, il s'agit plus tôt de la familiarité. → par exemple : je ne suis pas certaine mais j'avais vraiment l'impression que c'était rouge mais je ne sais plus dire pourquoi → familiarité. La réponse 3 sert donc uniquement lorsque vous répondez **totalemment AU HASARD**

faire défiler les dias, cocher la réponse donnée + si RKG 

ITEM VS ITEMS		
Items - Entourer l'item choisi		Recollection / Know / Guess
Canne à plume pour chat	Balais	R K G
Casque de musique	Manette de jeux vidéos	R K G
Cône de chantier	panneau stop	R K G
Cannette de coca	Machine à café	R K G
Big Ben	Tour Eiffel	R K G
Arbre	Soleil	R K G
Pyramide Egypte	Pyramide en lego	R K G
Bonbons	Chocolat	R K G
Couronne	Epée	R K G
Cirque	Arène	R K G
Parasol	Parapluie	R K G
Attrape rêves	Rosace / Vitrail	R K G
Planète	Astronaute	R K G
Monopoly	Echiquier	R K G
Bulles de savon	Ballons	R K G
Fusée	Sous-marin	R K G
Guirlandes lumineuses	Bouquet de marguerites	R K G
Boussole	Compas	R K G
Étoile	Feux d'artifice	R K G
baguette de pain	Part de gâteau	R K G
Igloo	Tipee	R K G
Papillon	Abeille	R K G
Labyrinthe	Pièce de puzzle	R K G
jet ski	Barque	R K G
Cactus	Palmier	R K G
Calculatrice	Dés	R K G
Chapeau	Manteau	R K G
Ours en peluche	Éléphant en peluche	R K G

Bottes de pluie	Talons aiguilles	R	K	G
Horloge	Calendrier	R	K	G
Clé de porte	Clé de voiture	R	K	G
Jetons de Poker	Carte de jeu	R	K	G
Avion en papier	Cerf-Volant	R	K	G
Chapeau de diplômé	Coupe	R	K	G
Fourmis	Coccinelle	R	K	G
Flamant rose	Hibou	R	K	G
Sifflet	Cloche	R	K	G
Arc-en-Ciel	Fontaine	R	K	G

## 2) TÂCHE AUDITIVE

Installer l'ordinateur de façon à ce que le patient puisse bien visualiser l'écran. Si le participant à des lunettes, veillez à ce qu'il les porte. De même si appareil auditif. Ouvrir le power point. Réexpliquer brièvement le RKG si nécessaire. 

**MOI**

Nous allons maintenant passer à la seconde partie du questionnaire. Je vais vous demander d'essayer de rester le plus concentré possible et je vais vous expliquer à nouveau, ce que nous allons faire.

### 1<sup>ère</sup> partie : mots

**MOI**

Je vais vous demander d'écouter attentivement les deux mots qui vont vous être présentés. Vous allez devoir m'indiquer si vous vous souvenez d'un des deux mots suite à votre passage en salle de déchoquage.

Une fois l'enregistrement choisi je vous demanderai de m'indiquer dans quelle mesure vous êtes certain(e) de votre réponse. **Il y a trois possibilités :**

- A. Votre choix est accompagné d'une reconnaissance sur base de la recollection d'un ou plusieurs éléments associés au contexte dans lequel vous avez entendu le mot. Vous vous souvenez du mot, du contexte ou de certains détails précis associés à sa présentation. Cela peut être une association d'idées que vous avez faite, le souvenir de la phrase qui allait avec le mot, une image qui vous est venue en tête, une pensée, votre impression quand vous avez vu ce mot, ou encore s'il y a eu un bruit dans la pièce à ce moment-là, etc. C'est ainsi le fait que vous vous rappelez quelque chose en plus par rapport à cet item par rapport à l'écran qui vous sera présenté.

- B. Votre choix a uniquement été accompagné d'un sentiment de familiarité, sans détails précis associés. Vous savez que vous avez entendu le mot, mais vous ne savez pas m'en dire plus. Le sentiment que vous avez par rapport à votre choix peut être parfois flou mais il peut également être précis et certain sans pour autant vous rappeler de détails associés → C'est similaire au fait de croiser quelqu'un dans la rue et d'être certain à 100 % de l'avoir déjà rencontré sans pouvoir donner le contexte dans lequel la rencontre a eu lieu. Ainsi vous auriez pu avoir rencontré la personne auparavant dans une soirée, le reconnaître, mais ne pas être capable de dire que c'est à cette soirée que vous l'avez rencontré. Ici, c'est pareil avec les mots : vous vous rappelez du mot, mais pas du contexte précis dans lequel vous l'avez vu ni des différents détails associés au moment où vous l'avez vu. Il s'agit d'un sentiment de familiarité.
- C. Vous avez deviné, choisi le mot au hasard, de façon incertaine. ATTENTION, cela doit vraiment être le hasard. Si vous avez tout de même l'impression de tendre vers une réponse ou l'autre même si ce sentiment de certitude par rapport à la réponse est flou, il s'agit plus tôt de la familiarité. → par exemple : je ne suis pas certaine mais j'avais vraiment l'impression que c'était rouge mais je ne sais plus dire pourquoi → familiarité. La réponse 3 sert donc **uniquement** lorsque vous répondez totalement **AU HASARD**

Faire défiler les diapos, cocher la réponse donnée + si RKG.



## 2<sup>ème</sup> partie : catégories

**MOI**

« Maintenant que nous avons terminé cette partie je vais tout simplement vous demander : Est-ce que durant votre passage salle de déchoquage vous pensez avoir plutôt entendu des noms de xxxx ou des mots xxxx (cf, liste ci-dessous) et, à nouveau, me dire si ce choix est réalisé sur base d'une recollection, d'un sentiment de familiarité ou d'un choix au hasard.

Faire défiler les diapos, cocher la réponse donnée + si RKG.



## 3<sup>ème</sup> partie : liste de mots

**MOI**

Je vais maintenant vous diffuser des listes de mots. Je vais vous demander de me dire pour chaque liste si vous pensez l'avoir entendu ou non lors de votre passage en salle de déchoquage. Si vous pensez l'avoir entendu, je vous demanderai, sur une échelle de 1 à 10, de me dire à quel point vous êtes certain

de votre réponse avec 1 –je suis certaine de ne pas avoir entendu le mot et 10 – je suis certaine d’avoir entendu le mot.

Consignes expérimentateur : faire défiler les dias, cocher la réponse donnée + si RKG. 

ITEM VS ITEMS					
Items - Entourer l'item choisi		Recollection / Know / Guess			Entendu par le staff / autres
Masque	Ecran	R	K	G	
Cuillère	Tambour	R	K	G	
Guitare	Assiette	R	K	G	
Facteur	Bonnet	R	K	G	
Baleine	Train	R	K	G	
Velours	Violet	R	K	G	
Pinceau	Carotte	R	K	G	
Plumier	Porcelaine	R	K	G	
Voiture	Canard	R	K	G	
Pharmacie	Coquillage	R	K	G	
Déguisement	Etagère	R	K	G	
Bleu	Tableau	R	K	G	
Clou	Fouet	R	K	G	
Tulipe	Bibliothèque	R	K	G	
Divan	Imprimante	R	K	G	
Plage	Arbre	R	K	G	
Toile	Banane	R	K	G	
Football	Coiffeur	R	K	G	
Corbeau	Dauphin	R	K	G	
Tomate	Pomme	R	K	G	
Chalet	Natation	R	K	G	

Catégorie VS Catégorie					
Légumes	Couleurs	R	K	G	
Informatique	Animaux marins	R	K	G	
Vacances à la montagne	Carnaval	R	K	G	
Fruits	Matériel scolaire	R	K	G	
Instrument de musique	Métiers	R	K	G	
Plantes	Bricolage	R	K	G	
Vacances à la mer	Oiseaux	R	K	G	
Boissons	Meubles	R	K	G	
Sports	Ustensile de cuisine	R	K	G	
Matières	Peinture	R	K	G	
Lieux / Bâtiments	Moyen de transports	R	K	G	
Liste					
Moyen de transports	OUI - NON	1	2	3	4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Plantes	OUI - NON	1	2	3	4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Légumes	OUI - NON	1	2	3	4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Sports	OUI - NON	1	2	3	4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Fruits	OUI - NON	1	2	3	4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Peinture	OUI - NON	1	2	3	4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Matériel scolaire	OUI - NON	1	2	3	4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Vacances à la mer	OUI - NON	1	2	3	4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Instrument de musique	OUI - NON	1	2	3	4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Bricolage	OUI - NON	1	2	3	4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Métiers	OUI - NON	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
Animaux marins	OUI - NON	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
Lieux / Bâtiments	OUI - NON	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
Meubles	OUI - NON	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	

#### 4<sup>ème</sup> partie : sons

Consignes expérimentateur pour les SONS :

A. Demander une catégorie VS catégorie avec RKG → première ligne

B. Deux cas de figures:

- Si le participant choisi la liste « cris d'animaux », ALORS repassez la liste complète des sons et demander pour chaque item « Vous souvenez-vous d'avoir entendu ce son ? ». Évaluez le degré de confiance pour chaque item avec une échelle de confiance de 1 à 10 avec 1 –je suis certaine de ne pas avoir entendu le mot et 10 – je suis certaine d'avoir entendu le mot.

-Si le participant choisi la liste « sons de la nature » → stoppez la tâche et passez à la partie 6.

→ Même consigne que le phase 2 et 3 de la tâche auditive.



Catégorie VS Catégorie		
Cris d'animaux	Sons de la nature	R K G
Items		
Oiseaux	OUI - NON	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Chat	OUI - NON	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Cheval	OUI - NON	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Chien	OUI - NON	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Mouton	OUI - NON	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Coq	OUI - NON	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Canard	OUI - NON	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

### 5. CONSCIENCE DÉCONNECTÉE

1) Avez-vous rêvé durant l'intervention ? Si oui pourriez-vous me raconter votre rêve le plus précisément possible ?

	<b><u>NON</u></b>
	<b><u>OUI-DESCRIPTION:</u></b>

2) Si vous avez rêvé, les rêves étaient-ils perturbant pour vous ?  
OUI  NON

Si le participant n'a pas rêvé et que vous vous en êtes bien assuré → Ne pas administrer le questionnaire rêve ci-dessous.



## 6. QUESTIONNAIRE RÊVE

Lire la question et les explications en dessous de chaque question aux participants (**uniquement si nécessaire** dans le but de ne pas trop allonger le questionnaire) puis entourer la réponse du participant



**MOI**

« Je vais à présent vous posez des questions un peu plus précises sur le ou les rêves que vous avez pu vivre »

1) **Votre expérience s'apparente-t-elle davantage à des moments brefs / flashes, sans chronologie dans les événements rêvés ou plutôt à une histoire ?**

2) **Comment décririez-vous votre perception durant votre rêve (goût, odeur, vision ...)**  
?

3) **Étiez-vous passif ou actif durant votre rêve (Faisiez-vous quelque chose activement ou observiez-vous passivement les événements se dérouler devant vous) ?**

## 7. L'ÉCHELLE DE CONTENU DES EXPÉRIENCES DE MORT IMMINENTE (C-EMI)

Lire les propositions à voix haute. Si le participant est OK et qu'il est capable de lire, il peut compléter lui-même le questionnaire.



### **MOI**

« Je vais vous demander de répondre à chacune des 20 propositions que je vais vous lister selon vos émotions et vos pensées au moment de l'expérience/du rêve que vous avez pu vivre, en choisissant la réponse qui vous semble la plus appropriée (UNE SEULE réponse par proposition est admise). Toute expérience ou sensation étant vécue plus ou moins intensément, nous vous invitons à préciser l'intensité ressentie à l'aide de 4 choix de réponses (allant de 1 à 4) à chacune des propositions. Si, au contraire, vous n'avez pas fait l'expérience du phénomène présenté dans la proposition, veuillez cocher « 0 – Pas du tout ; absence ». Si vous avez vécu un même phénomène à plusieurs reprises durant l'expérience, nous vous invitons à répondre selon le phénomène le plus marquant. »

Choix de réponse				
0	1	2	3	4
Pas du tout ; absence	Légèrement	Moyennement	Intensément équivalent à toute autre expérience intense vécue jusqu'à présent	Extrêmement Plus qu'à tout autre moment de ma vie et plus intense que 3

	<b>0</b> <i>Pas du tout-Absence</i>	<b>1</b> <i>Légèrement</i>	<b>2</b> <i>Moyennement</i>	<b>3</b> <i>Intensément</i>	<b>4</b> <i>Extrêmement</i>	<i>Vécu hors de la RR</i>
1. Votre perception du temps était modifiée						
2. Vos pensées étaient accélérées						
3. Vous avez entendu une ou des voix ne possédant pas d'incarnation matérielle						
4. Vous avez eu l'impression de soudainement tout comprendre sur vous-même, les autres et/ou l'univers						
5. Vous avez eu un sentiment de paix et/ou de bien-être						
6. Vous avez eu une sensation d'harmonie ou d'unité, comme si vous faisiez partie d'un tout						
7. Vous avez vu ou avez été entouré par une lumière brillante sans origine matérielle déterminée						
8. Vous avez eu des capacités sensorielles inhabituelles (vue, ouïe, odorat, toucher et/ou goût)						
9. Vous étiez conscient(e) de choses au-delà de ce que vos sens peuvent habituellement percevoir						
10. Vous avez acquis des connaissances sur l'avenir						
11. Vous avez eu la sensation d'être « en dehors » ou séparé de votre corps						
12. Vous avez eu la sensation de quitter le monde terrestre ou d'intégrer une nouvelle dimension et/ou environnement						
13. Vous avez revu ou revécu un ou des événement(s) de votre passé.						
14. Vous avez fait la rencontre d'une présence et/ou d'une entité (il peut s'agir d'une personne décédée)						
15. Vous avez eu un sentiment de non-existence, de vide absolu et/ou de peur						
16. Vous avez fait l'expérience d'une frontière et/ou d'un point de non-retour						
17. Vous avez pris la décision ou avez été contraint(e) de revenir de l'expérience que vous viviez						
18. Vous avez eu l'impression de mourir et/ou d'être mort						

19. Vous avez vu ou êtes entré(e) dans une zone de passage (par exemple un tunnel ou une porte)										
20. Vous avez l'impression de ne pas disposer des mots adéquats pour décrire votre expérience										
Intensément *: Intensément équivalent à toute autre expérience intense vécue jusqu'à présent										
Extrêmement **: Extrêmement plus qu'à tout autre moment de ma vie et plus intense que 3										

## 8. THE DISSOCIATIVE EXPERIENCE SCALE (DES)

Lire les propositions à voix haute et entourer les pourcentages. Si le participant est Ok → lui proposer d'entourer lui-même.

### **MOI**

« Ce questionnaire comprend quelques questions personnelles d'ordre général ou concernant des expériences que vous pouvez avoir dans votre vie quotidienne. Nous souhaitons déterminer avec quelle fréquence vous arrivent ces expériences. Il est important, cependant, que vos réponses montrent avec quelle fréquence ces expériences vous arrivent en dehors des moments où vous pouvez être sous l'influence d'alcool ou de drogues. Veuillez répondre à la question en indiquant dans quelle mesure l'expérience décrite s'applique à vous en indiquant la fréquence de l'expérience décrite. Vous pouvez faire cela en entourant le pourcentage correspondant. »

- 1. Certaines personnes font l'expérience, alors qu'elles conduisent ou séjournent dans une voiture (ou dans le métro ou le bus), de soudainement réaliser qu'elles ne se souviennent pas de ce qui est arrivé pendant tout ou une partie du trajet.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

- 2. Parfois certaines personnes qui sont en train d'écouter quelqu'un parler, réalisent soudain qu'elles n'ont pas entendu tout ou partie de ce qui vient d'être dit.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**3. Certaines personnes font l'expérience de se trouver dans un lieu et de n'avoir aucune idée sur la façon dont elles sont arrivées là.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**4. Certaines personnes font l'expérience de se trouver vêtues d'habits qu'elles ne se souviennent pas avoir mis.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**5. Certaines personnes font l'expérience de trouver des objets nouveaux dans leurs affaires sans se rappeler les avoir achetés.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**6. Il arrive à certaines personnes d'être abordées par des gens qu'elles-mêmes ne reconnaissent pas. Ces inconnus les appellent par un nom qu'elles ne pensent pas être le leur ou affirment les connaître.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**7. Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**8. On dit parfois à certaines personnes qu'elles ne reconnaissent pas des amis ou des membres de leur famille. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**9. Certaines personnes s'aperçoivent qu'elles n'ont pas de souvenir sur des événements importants de leur vie (par exemple, cérémonies de mariage ou de remise d'un diplôme).**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**10. Certaines personnes font l'expérience d'être accusées de mentir alors qu'elles pensent ne pas avoir menti.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**11. Certaines personnes font l'expérience de se regarder dans un miroir et de ne pas s'y reconnaître. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**12. Certaines personnes font parfois l'expérience de ressentir comme irréels, d'autres gens, des objets, et le monde autour d'eux.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**13. Certaines personnes ont parfois l'impression que leur corps ne leur appartient pas.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**14. Certaines personnes font l'expérience de se souvenir parfois d'un événement passé de manière si vive qu'elles ressentent les choses comme si elles étaient en train de revivre cet événement.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**15. Certaines personnes font l'expérience de ne pas être sûres si les choses dont elles se souviennent être arrivées, sont réellement arrivées ou si elles les ont juste rêvées.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**16. Certaines personnes font l'expérience d'être dans un lieu familier mais de le trouver étrange et inhabituel.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**17. Certaines personnes constatent que, lorsqu'elles sont en train de regarder la télévision ou un film, elles sont tellement absorbées par l'histoire qu'elles n'ont pas conscience des autres événements qui se produisent autour d'elles.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**18. Certaines personnes constatent parfois qu'elles deviennent si impliquées dans une pensée imaginaire ou dans une rêverie qu'elles les ressentent comme si c'était réellement en train de leur arriver.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**19. Certaines personnes constatent qu'elles sont parfois capables de ne pas prêter attention à la douleur.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**20. Il arrive à certaines personnes de rester le regard perdu dans le vide, sans penser à rien et sans avoir conscience du temps qui passe.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**21. Parfois certaines personnes se rendent compte que quand elles sont seules, elles se parlent à haute voix.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**22. Il arrive à certaines personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre situation, qu'elles se ressentent presque comme si elles étaient deux personnes différentes.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**23. Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations, elles sont capables de faire avec une spontanéité et une aisance étonnantes, des choses qui seraient habituellement difficiles pour elles (par exemple sports, travail, situations sociales...).**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**24. Certaines personnes constatent que parfois elles ne peuvent se souvenir si elles ont fait quelque chose ou si elles ont juste pensé qu'elles allaient faire cette chose (par exemple, ne pas savoir si elles ont posté une lettre ou si elles ont juste pensé la poster).**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**25. Il arrive à certaines personnes de ne pas se rappeler avoir fait quelque chose alors qu'elles trouvent la preuve qu'elles ont fait cette chose.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**26. Certaines personnes trouvent parfois des écrits, des dessins ou des notes dans leurs affaires qu'elles ont dû faire mais qu'elles ne se souviennent pas avoir faits.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**27. Certaines personnes constatent qu'elles entendent des voix dans leur tête qui leur disent de faire des choses ou qui commentent des choses qu'elles font. Marquez la ligne pour montrer le pourcentage de temps où cela vous arrive.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

**28. Certaines personnes ont parfois la sensation de regarder le monde à travers un brouillard de telle sorte que les gens et les objets apparaissent lointains ou indistincts. Entourez un nombre pour indiquer le pourcentage de temps où cela arrive.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
jamais										tout le temps

## 9. SALLE DE DECHOQUAGE ENVIRONNEMENT

### 9.1. CARE

Proposer les consignes au patient, lire les différentes propositions, ou proposer au patient de répondre lui-même à l'aide d'un stylo. Entourer pour chaque phrase, 1, 2, 3, 4, 5 ou ne s'applique pas. 

**Moi :** A l'aide de ces descriptions, pourriez-vous décrire votre relation avec l'équipe médicale lors de votre passage en salle de déchocage. Pour chaque proposition, vous pourrez répondre sur une échelle de 1 à 5 avec 1 = mauvais, 2 = moyen, 3 = bon, 4 = très bon et 5 = excellent.

	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Excellent	Non applicable	Ne se souvient pas
1. Vous a fait vous sentir à l'aise (il a été amical et chaleureux avec vous, vous a traité avec respect, n'a pas été froid ou brusque)	1	2	3	4	5	NA	NSP
2. Il/elle vous a laissé le temps de raconter votre histoire (il a vous donné du temps pour décrire entièrement votre problème avec vos propres mots, ne vous a pas interrompu ou ne vous a pas distrait)	1	2	3	4	5	NA	NSP
3. Il/elle a pris le temps de vous écouter (a été attentif à ce que vous dites, n'a pas été distrait pendant que vous parliez)	1	2	3	4	5	NA	NSP
4. Il/elle a été intéressé par vous comme une personne entière (il vous a demandé des détails pertinents au sujet de votre vie ou de votre situation, il ne vous a pas traité comme un numéro)	1	2	3	4	5	NA	NSP
5. Il/elle a complètement compris vos préoccupations (il a communiqué ce qu'il a compris de vos préoccupations, il n'a pas mésestimer ou n'en a pas diminuer l'importance)	1	2	3	4	5	NA	NSP
6. Il/elle vous a démontré de l'attention et a été compatissant (il semblait véritablement être préoccupé par votre situation, il était en lien avec vous sur le plan humain, il n'a pas été indifférent ou détaché)	1	2	3	4	5	NA	NSP

7. Il/elle a été positif(ve) (avait une approche et une attitude positive, était honnête mais pas négatif(ve) concernant son problème)	1	2	3	4	5	NA	NSP
8. Il/elle a expliqué les choses clairement (il a répondu pleinement à vos questions, il vous a donné des renseignements adéquats, ne pas être vague)	1	2	3	4	5	NA	NSP
9. Il/elle vous a aidé à prendre le contrôle (il a exploré avec vous ce que vous pouvez faire pour améliorer avec votre santé, vous encourager plutôt que de vous faire la leçon)	1	2	3	4	5	NA	NSP
10. Il/elle a fait un plan d'action avec vous (il a discuté avec vous des possibilités, il vous a permis de vous impliquer dans les décisions autant que vous désiriez, il n'a pas ignoré votre point de vue)	1	2	3	4	5	NA	NSP

### **9.2. ÉCHELLE DE PERCEPTION DE LA MENACE EN 7 POINTS**

Entourez les réponses de 1 à 4 ou proposer au patient de répondre lui-même.



**Moi :** « Voici quelques questions à propos de votre ressenti en salle de déchocage.

Pourriez-vous me répondre sur une échelle de 1 à 4 où :

1= Pas du tout

2= Un peu

3= Moyennement

4= Extrêmement

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Extrêmement	Ne se souvient pas
1. Je me suis senti vulnérable	1	2	3	4	NSP
2. J'ai craint de ne pas maîtriser la situation	1	2	3	4	NSP
3. J'ai cru que mes symptômes étaient graves	1	2	3	4	NSP
4. Je me suis senti impuissant	1	2	3	4	NSP
5. J'ai eu peur de mourir	1	2	3	4	NSP
6. J'ai eu peur	1	2	3	4	NSP
7. J'ai pensé que cet événement aura un grand impact important sur ma vie	1	2	3	4	NSP

- 1) Est-ce que vous auriez voulu que des choses se passent différemment au niveau de votre prise en charge en salle de déchocage ?

- 2) Quelles sont vos suggestions ou idées concrètes pour améliorer la prise en charge des patients aux urgences, afin d'assurer une meilleure expérience pour les patients et un fonctionnement plus efficace du service ?

- 3) Avez-vous d'autres commentaires avant de terminer ?

2. Remercier les participants
3. Donner un moyen de contact vers nous  
« pauline.fritz@uliege.be »  
+32 4 323 36 14
4. Les prévenir qu'on les recontactera à 1 et 6 mois  
Moyen de contact préférentiel :

Remarques éventuelles de l'examineur :

35

## **TABLE DES MATIÈRES**

Préparation de l'interview.....	2
Interview.....	3
1. Présentation .....	3
2. Montréal Cognitive Assesment (MoCA) .....	4
3. MCQ du souvenir de la salle de dechoc.....	10
4. OPTION : MCQ SI EMI ou reve vécu.....	12
5. échelle de contenu des expériences de mort imminente (C-EMI) .....	14
6. PCL-5.....	16
7. PHQ-9 .....	18
8. IES-R.....	19
9. Échelle de Hamilton.....	21
10. PSI-Q.....	22
11. Attitude envers les institutions :.....	23
12. Conclusion .....	24

## PREPARATION DE L'INTERVIEW

Nom de l'expérimentateur : .....

**Récolte des données à propos des patients reprendre les données du premier questionnaire sauf la date du jour et l'endroit actuel**

ID (admission/hospit) : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Date d'admission en salle de déchoquage : .....

Service où le patient est actuellement hospitalisé ou domicile ou autre structure :

.....

### Matériel nécessaire à préparer avant l'interview :

- Questionnaires papiers
- Bic
- Dictaphone
- Possibilité de chronométrer (montre avec trotteuse/GSM)

### Check à réaliser en appelant le service ou sur place avant de réaliser l'interview :

- Appeler le patient via le moyen de contact préférentiel + convenir d'un rendez-vous
- Appeler le patient, son institution ou le service si patient toujours hospitalisé
- Heures de visite du service où le patient est hospitalisé ou convenir d'un rdv avec le patient
- Demander les disponibilités des patients avant d'y aller aux infirmiers/médecins (autres examens ?)
- Demander aux infirmières ou au patient lui-même si OK d'aller le voir pour une durée d'environ 1H.

**Date de l'interview :**

**Heure de début de l'interview :**

**Consignes générales durant l'interview :**

- S'assurer de la bonne vision et de la bonne audition du patient (mettre lunettes /appareils auditifs au besoin)
- Noter pour chaque questionnaire si c'est le participant qui a complété avec un « P » au dessus du questionnaire ou si c'est l'examineur qui a complété avec un « E » au dessus du questionnaire.

## **INTERVIEW**

### **1. PRESENTATION**

#### **1) ÉLÉMENTS DE PRESENTATION AU PATIENT :**

**Moi**

« Je m'appelle ....., je suis infirmière/..... et je viens vous trouver aujourd'hui pour poursuivre l'étude débutée le ..... suite à votre prise en charge au CHU de Liège.

#### **2) BREF RAPPEL DE L'ETUDE – VERIFICATION DE L'ACTUALITE DU CONSENTEMENT**

**Moi**

« Je suis ici car vous durant votre trajet de soin au CHU vous êtes passés par la salle de déchoquage (remontrez la photo si nécessaire). Suite à cette prise en charge nous avons réalisé un premier entretien et aviez marqué votre accord pour prendre part à l'étude du Coma Science Group ayant pour but une meilleure compréhension de la conscience et une amélioration de la prise en charge aiguë des patients. Êtes-vous d'accord de poursuivre celle-ci ? »

**Si OK → Poursuivre**

**Si pas OK → Voir si le patiente souhaite éventuellement que nous repassions un autre jour.**



#### **3) ENREGISTREMENT ET DONNEES**

**Moi**

« Comme lors du premier entretien, cette interview sera enregistrée puis anonymisée. Les données seront gardées le temps de l'étude et ne seront pas diffusées. »

## 2. MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

### **Moi**

« Je vais à présent réaliser quelques exercices avec vous, ils ont pour but d'évaluer notamment l'attention, la concentration, la mémoire, le langage, le calcul etc... »

### **Consignes**

**Visuospatial/exécutif :**

#### **1. Alternance conceptuelle**

**Instruction :** « Je veux que vous traciez une ligne en alternant d'un chiffre à une lettre, tout en respectant l'ordre chronologique et l'ordre de l'alphabet. Commencez ici (indiquez le 1) et tracez la ligne vers la lettre A, ensuite vers le 2, etc. Terminez ici (indiquez le E). »

Un point est alloué si le sujet réussit la séquence suivante : 1 A 2 B 3 C 4 D 5 E. N'allouez aucun point si une erreur n'est pas immédiatement corrigée par le sujet.

#### **2. Cube**

**Instruction :** Donner les instructions suivantes, indiquant le cube : « Je veux que vous copiez ce dessin le plus précisément possible ».

Un point est alloué si le dessin est correctement réalisé.

- Le dessin doit être tridimensionnel
- Toutes les arêtes sont présentes
- Il n'y a pas d'arête supplémentaire
- Les arêtes sont relativement parallèles et de même longueur approximative (les prismes rectangulaires sont acceptables)

Le point n'est pas alloué si les critères ci-dessus ne sont pas respectés.

#### **3. Horloge**

**Instruction :** Indiquer l'espace approprié. « Maintenant je veux que vous dessiniez une horloge en plaçant tous les chiffres et indiquant l'heure à 11h10 »

Un point est alloué pour chacun des trois critères suivants.

- Contour (1 pt.) : Le contour doit être un cercle avec peu de déformation
- Chiffres (1 pt.) : Tous les chiffres doivent être présents sans aucun chiffre en surplus; les chiffres doivent être dans le bon ordre et bien positionnés ; les chiffres romains sont acceptés ainsi que les chiffres inscrits à l'extérieur du contour.
- Aiguilles (1 pt.) : Les deux aiguilles doivent indiquer la bonne heure ; l'aiguille de l'heure doit être clairement plus petite que l'aiguille des minutes. La jonction des aiguilles doit être proche du centre de l'horloge.

#### 4. Dénomination

**Instruction :** L'examineur demande au sujet de nommer le nom de chacun des animaux de la gauche vers la droite. : « **Est-ce que vous pourriez me nommer chacun de ces trois animaux ?** »

Un point est alloué pour la dénomination exacte de chacun des dessins : (1) chameau ou dromadaire (2) lion (3) rhinocéros ou rhino.

#### 5. Mémoire

**Instruction :** « **Nous allons maintenant passer à un test de mémoire. Je vais vous lire une liste de mots que vous aurez à retenir. Écoutez attentivement et quand j'aurai terminé, je veux que vous me redissiez le plus de mots possibles dont vous pouvez vous rappeler, dans l'ordre que vous voulez.** ». Lire la liste de mots au rythme de 1 par seconde. « **Visage, Velours, Église, Marguerite, Rouge** ».

Première lecture et réponse du patient, identifier par un crochet (V), dans l'espace réservé à cet effet, chacun des mots énoncés par le patient. Lorsque le sujet a terminé (s'est souvenu de tous les mots), ou s'il ne peut se rappeler davantage de mots, l'examineur relit la liste de mots après avoir donné les instructions suivantes :

« **Maintenant je vais lire la même liste de mots une seconde fois. Essayez de vous rappeler du plus grand nombre de mots possible, y compris ceux que vous avez énoncés la première fois.** ».

Identifier par un crochet, dans l'espace réservé à cet effet, chacun des mots énoncés au deuxième essai. À la fin du deuxième essai, l'examineur informe le sujet qu'il devra retenir ces mots car il aura à les redire à la fin du test.

Aucun point n'est alloué pour le rappel immédiat après le premier et le deuxième essai.

#### 6. Attention

**Instruction :**

**1. Empan numérique :** « **Je vais vous dire une série de chiffres, et lorsque j'aurai terminé, je veux que vous répétiez ces chiffres dans le même ordre que je vous les ai présentés.** ». Lire la séquence de 5 chiffres à un rythme de 1 par seconde, après avoir donné les instructions suivantes.

**2. Empan numérique inversé :** « **Je vais maintenant vous dire une série de chiffres, et lorsque j'aurai terminé, je veux que vous répétiez ces chiffres dans l'ordre inverse que je vous les ai présentés.** ». Lire la séquence de 3 chiffres à un rythme de 1 par seconde.

Un point est alloué pour chacune des séquences correctement répétées (N.B.: la réponse exacte de l'empan à rebours est **2-4-7**).

**3. Concentration :** « **Je vais vous lire une série de lettres. Chaque fois que je dirai la lettre A, vous devrez taper de la main une fois. Lorsque je dirai une lettre différente de A, vous ne taperez pas de la main.** ». Lire la série de lettres à un rythme de 1 par

seconde.

Aucun point n'est alloué s'il y a plus d'une erreur (e.g. tape sur une mauvaise lettre ou omet de taper sur une lettre A).

**4. Calcul sérié :** « **Maintenant je veux que vous calculiez 100 - 7, et ensuite, continuez de soustraire 7 de votre réponse, jusqu'à ce que je vous dise d'arrêter** ».

L'examineur peut répéter les instructions une deuxième fois si nécessaire.

Cet item est coté sur 3 points. N'allouer aucun point si aucune soustraction n'est correcte. 1 point pour 1 soustraction correcte. 2 points pour 2 ou 3 soustractions correctes. 3 points pour 4 ou 5 soustractions correctes. Chaque soustraction est évaluée individuellement. Si le sujet fait une erreur de soustraction mais par la suite soustrait correctement le chiffre 7 mais à partir du chiffre erroné, les points sont alloués lorsque la soustraction du chiffre 7 est correcte, e.g.  $100 - 7 = 92 - 85 - 78 - 71 - 64$ . Le "92" est incorrect mais tous les chiffres subséquents sont corrects. Donc il s'agit de 4 soustractions correctes, le score est de 3 points

## 7. Langage

### 1. Répétition de phrases

**Instruction :** « **Maintenant je vais vous lire une phrase et je veux que vous la répétiez après moi :** « **Le colibri a déposé ses œufs sur le sable** ».

« **Maintenant je vais vous lire une seconde phrase et vous allez la répéter après moi :** **L'argument de l'avocat les a convaincus** ».

Un point est alloué pour chaque phrase correctement répétée. La répétition doit être exacte.

### 2. Fluidité verbale

**Instruction :** « **Je veux que vous me disiez le plus de mots possibles qui débutent par une lettre de l'alphabet que je vais vous dire. Vous pouvez dire n'importe quelle sorte de mot, sauf les noms propres, des chiffres, les conjugaisons de verbe (e.g. mange, mangerons, mangerez) et les mots de même famille (e.g. pomme, pommette, pommier). Je vais vous dire d'arrêter après une minute. Êtes-vous prêt ? Maintenant, dites le plus de mots possibles qui commencent par la lettre F** ».

Un point est alloué si le sujet énonce 11 mots et plus en une minute

## 8. Abstraction

**Instruction :** « Je vais vous demander de donner le point commun entre deux items présentés, en illustrant cela par l'exemple suivant : « **En quoi une orange et une banane sont-elles semblables** » ?

Si le sujet fournit une réponse concrète, l'examineur demande à une seule autre reprise : « **Donnez-moi une autre raison pour laquelle une orange et une banane se ressemblent** ».

Si le sujet ne donne pas la bonne réponse, dites : « oui, et elles sont toutes les deux des fruits ». **Ne pas donner d'autres instructions ou explications.**

Après l'épreuve d'essai, demander : « Maintenant, dites-moi en quoi un train et une bicyclette se ressemblent ».

Ensuite : « Maintenant, dites-moi en quoi une montre et une règle se ressemblent ».

**Ne pas donner d'instruction ou d'indice supplémentaire.**

Un point est alloué pour chacune des deux dernières paires correctement réussies. Les réponses suivantes sont acceptées : pour train/bicyclette ; moyens de transport, moyens de locomotion, pour voyager ; règle-montre/instruments de mesure, pour mesurer. Les réponses non acceptables : pour train-bicyclette : ils ont des roues, ils roulent ; et pour règle-montre : ils ont des chiffres.

### 9. Rappel différé

**Instruction :** « Je vous ai lu une série de mots plus tôt dont je vous ai demandé de vous rappeler. Maintenant, dites-moi tous les mots dont vous vous rappelez. »

L'examineur identifie les mots correctement énoncés sans indice, par un crochet (V) dans l'espace réservé à cet effet.

Un point est alloué pour chacun des mots rappelés spontanément, sans indice. Aucun point pour la partie optionnelle

#### **Optionnel :**

Pour les mots dont le sujet ne se rappelle pas spontanément, l'examineur fournit un indice catégoriel (sémantique). Ensuite, pour les mots dont le sujet ne se rappelle pas malgré l'indice sémantique, l'examineur fournit un choix de réponses et le sujet doit alors identifier le mot approprié. Les indices pour chacun des mots sont :

**VISAGE** : indice catégoriel : partie du corps choix de réponses : nez, visage, main

**VELOURS** : indice catégoriel : tissu choix de réponses : denim, coton, velours

**ÉGLISE** : indice catégoriel : bâtiment choix de réponses : église, école, hôpital

**MARGUERITE** : indice catégoriel : fleur choix de réponses : rose, marguerite, tulipe

**ROUGE** : indice catégoriel : couleur choix de réponses : rouge, bleu, vert

Identifier par un crochet (V) dans l'espace approprié les mots qui ont été énoncés suite à un indice (catégoriel ou choix de réponse).

### 10. Orientation

**Instruction :** « Dites-moi quelle date sommes-nous aujourd'hui » ?

Si le sujet fournit une réponse incomplète, « Dites-moi l'année, le mois, la date, et le jour exact ».

Ensuite, l'examineur demande : « Maintenant, dites-moi comment s'appelle l'endroit où nous sommes présentement et dans quelle ville est-ce » ?

Un point est alloué pour chacune des réponses exactement énoncées. Le patient doit dire la date exacte et l'endroit exact (hôpital, clinique, bureau, etc.). Aucun point n'est alloué si le sujet se trompe d'une seule journée pour la date et le jour.

Additionnez tous les points accumulés dans l'espace inférieur droit de la feuille, pour un maximum de 30 points.  
Ajouter un point si la scolarité du sujet est de 12 ans ou moins (si le MoCA est plus petit que 30). Un score égal ou supérieur à 26 est considéré normal.

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)**  
Version 7.1 **FRANÇAIS**

NOM :  
Scolarité : Date de naissance :  
Sexe : DATE :

<b>VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF</b>		Copier le cube		Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)		POINTS	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		___/5	
<b>DÉNOMINATION</b>							
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				___/3	
<b>MÉMOIRE</b>	Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point
	1 <sup>er</sup> essai						
	2 <sup>ème</sup> essai						
<b>ATTENTION</b>	Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter.	[ ] 2 1 8 5 4				___/2	
	Le patient doit la répéter à l'envers.	[ ] 7 4 2					
	Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs	[ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB				___/1	
	Soustraire série de 7 à partir de 100.	[ ] 93	[ ] 86	[ ] 79	[ ] 72	[ ] 65	___/3
		4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt					
<b>LANGAGE</b>	Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [ ] L'argument de l'avocat les a convaincus. [ ]					___/2	
	Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min	[ ] _____ (N ≥ 11 mots)				___/1	
<b>ABSTRACTION</b>	Similitude entre ex : banane - orange = fruit [ ] train - bicyclette [ ] montre - règle					___/2	
<b>RAPPEL</b>	Doit se souvenir des mots SANS INDICES	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Points pour rappel SANS INDICES seulement
	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]						
Optionnel	Indice de catégorie						
	Indice choix multiples						
<b>ORIENTATION</b>	[ ] Date [ ] Mois [ ] Année [ ] Jour [ ] Endroit [ ] Ville					___/6	
© Z.Nosreddine MD		www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL ___/30	
Administré par : _____						Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans	

### 3. MCQ DU SOUVENIR DE LA SALLE DE DECHOC

#### MOI

« Nous allons tout d'abord débiter par un questionnaire qui concerne uniquement le souvenir que vous avez de votre passage en salle de déchocage. Il est important de bien lire et comprendre la question posée, même si elle semble simple, avant de prendre le temps d'évaluer où situer votre propre réponse entre 1, « pas du tout d'accord » et 7 « complètement d'accord » Je suis disponible pour répondre à vos questions éventuelles. »



Lire les propositions à voix haute. Si le participant est OK et qu'il est capable de lire, il peut compléter lui-même le questionnaire. **Noter si le participant répond seul.**



**MCQ 1 :** Quand vous vous rappelez de l'événement, vous vous sentez comme si vous le reviviez :

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Pas du tout						Complètement

**MCQ 2 :** Le souvenir que vous avez de votre expérience comprend des détails visuels :

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Aucun						Énormément

**MCQ 3 :** Le souvenir que vous avez de votre expérience comprend d'autres détails (des sons, des odeurs et/ou des goûts) :

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Aucun						Énormément

**MCQ 4 :** Vous vous souvenez de l'endroit où votre expérience a eu lieu :

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
très vaguement						très clairement

**MCQ 5 :** Vous vous souvenez de l'heure à laquelle votre expérience a eu lieu :

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Très vaguement						Très clairement

**MCQ 6 :** Quand vous vous souvenez de l'expérience, elle revient comme une histoire cohérente et non comme une scène isolée :

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Pas du tout						Complètement

**MCQ 7 :** Quand vous vous souvenez de l'événement cela vous revient via des **mots** :

1       2       3       4       5       6       7  
Aucun      Énormément

**MCQ 8 :** Quand vous vous souvenez de votre expérience, **vous ressentez les émotions** que vous avez ressenties en la vivant :

1       2       3       4       5       6       7  
Pas du tout      Complètement

**MCQ 9 :** Vous pensez que l'événement qui est dans votre souvenir s'est réellement passé **de la manière dont vous vous en souvenez** et que vous n'avez ni imaginé ni fabriqué quoi que ce soit qui ne serait pas arrivé :

1       2       3       4       5       6       7  
100% imaginaire      100% réel

**MCQ 10 :** Vous vous souvenez de **vos propres actions** durant l'expérience :

1       2       3       4       5       6       7  
Pas du tout      Très clairement

**MCQ 11 :** Vous vous souvenez de **ce que vous avez dit ou exprimé** durant l'expérience :

1       2       3       4       5       6       7  
Pas du tout      Très clairement

**MCQ 12 :** Vous vous souvenez de **ce que vous pensiez** durant l'expérience :

1       2       3       4       5       6       7  
Pas du tout      Très clairement

**MCQ 13 :** Des études ont montré que l'on peut visualiser différents souvenirs selon des points de vue différents. En fonction des catégories suivantes, de quel point de vue revoyez-vous votre expérience ?

- Dans votre souvenir, vous imaginez la scène comme un **observateur** pourrait la voir. En tant qu'observateur, vous pouvez vous voir vous-même agir ainsi que d'autres aspects de la situation.
- ✓ Dans votre souvenir, vous imaginez la scène de votre propre point de vue (à travers vos propres « yeux »). Vous en êtes un **acteur**.
- ✓ Les **deux possibilités** s'appliquent plus ou moins à la façon dont vous vous remémorez l'expérience.

**A quel point êtes-vous observateur ou acteur ?**

-3       -2       -1       0       1       2       3  
Totalemment observateur      Neutre      Totalemment acteur

**MCQ 14 :** Durant l'expérience, **vos émotions** étaient :

-3       -2       -1       0       1       2       3  
Très négatives      Neutre      Très positives

**MCQ 15 :** Cet événement est **important** pour vous (il représente un tournant ou un épisode dans votre vie) :

1       2       3       4       5       6       7  
Sans aucune importance      Très important

**MCQ 16 :** Depuis votre expérience, **vous y avez pensé ou en avez parlé** :

1       2       3       4       5       6       7  
Pas du tout      Très souvent

## 4. OPTION : MCQ SI EMI OU REVE VECU

### **MOI**

« Nous souhaiterions que vous remplissiez à nouveau ce questionnaire, mais cette fois concernant uniquement **le souvenir que vous avez de votre expérience ou rêve vécu en salle de déchocage**. Il est important de bien lire et comprendre la question posée, même si elle semble simple, avant de prendre le temps d'évaluer où situer votre propre réponse entre 1, « pas du tout du d'accord » et 7 « complètement d'accord » Je suis disponible pour répondre à vos questions éventuelles. »

Lire les propositions à voix haute. Si le participant est OK et qu'il est capable de lire, il peut compléter lui-même le questionnaire. **Noter si le participant répond seul.** 

**MCQ 1 :** Quand vous vous rappelez de l'événement, vous vous sentez comme si vous le **reviviez** :

1       2       3       4       5       6       7  
Pas du tout      Complètement

**MCQ 2 :** Le souvenir que vous avez de votre expérience comprend des **détails visuels** :

1       2       3       4       5       6       7  
Aucun      Énormément

**MCQ 3 :** Le souvenir que vous avez de votre expérience comprend **d'autres détails** (des sons, des odeurs et/ou des goûts) :

1       2       3       4       5       6       7  
Aucun      Énormément

**MCQ 4 :** Vous vous souvenez de **l'endroit** où votre expérience a eu lieu :

1       2       3       4       5       6       7  
très vaguement      très clairement

**MCQ 5 :** Vous vous souvenez de **l'heure** à laquelle votre expérience a eu lieu :

1  2  3  4  5  6  7  
Très vaguement Très clairement

**MCQ 6 :** Quand vous vous souvenez de l'expérience, elle revient comme **une histoire cohérente** et non comme **une scène isolée** :

1  2  3  4  5  6  7  
Pas du tout Complètement

**MCQ 7 :** Quand vous vous souvenez de l'événement cela vous revient via des **mots** :

1  2  3  4  5  6  7  
Aucun Énormément

**MCQ 8 :** Quand vous vous souvenez de votre expérience, **vous ressentez les émotions** que vous avez ressenties en la vivant :

1  2  3  4  5  6  7  
Pas du tout Complètement

**MCQ 9 :** Vous pensez que l'événement qui est dans votre souvenir s'est réellement passé **de la manière dont vous vous en souvenez** et que vous n'avez ni imaginé ni fabriqué quoi que ce soit qui ne serait pas arrivé :

1  2  3  4  5  6  7  
100% imaginaire 100% réel

**MCQ 10 :** Vous vous souvenez de **vos propres actions** durant l'expérience :

1  2  3  4  5  6  7  
Pas du tout Très clairement

**MCQ 11 :** Vous vous souvenez de **ce que vous avez dit ou exprimé** durant l'expérience :

1  2  3  4  5  6  7  
Pas du tout Très clairement

**MCQ 12 :** Vous vous souvenez de **ce que vous pensiez** durant l'expérience :

1  2  3  4  5  6  7  
Pas du tout Très clairement

**MCQ 13 :** Des études ont montré que l'on peut visualiser différents souvenirs selon des points de vue différents. En fonction des catégories suivantes, de quel point de vue revoyez-vous votre expérience ?

- Dans votre souvenir, vous imaginez la scène comme un **observateur** pourrait la voir. En tant qu'observateur, vous pouvez vous voir vous-même agir ainsi que d'autres aspects de la situation.
- ✓ Dans votre souvenir, vous imaginez la scène de votre propre point de vue (à travers vos propres « yeux »). Vous en êtes un **acteur**.

- ✓ Les **deux possibilités** s'appliquent plus ou moins à la façon dont vous vous remémorez l'expérience.

**A quel point êtes-vous observateur ou acteur ?**

-3       -2       -1       0       1       2       3  
Totalemment observateur      Neutre      Totalemment acteur

**MCQ 14** : Durant l'expérience, **vos émotions** étaient :

-3       -2       -1       0       1       2       3  
Très négatives      Neutre      Très positives

**MCQ 15** : Cet événement est **important** pour vous (il représente un tournant ou un épisode dans votre vie) :

1       2       3       4       5       6       7  
Sans aucune importance      Très important

**MCQ 16** : Depuis votre expérience, **vous y avez pensé ou en avez parlé** :

1       2       3       4       5       6       7  
Pas du tout      Très souvent

## 5. ÉCHELLE DE CONTENU DES EXPÉRIENCES DE MORT IMMINENTE (C-EMI)

À administrer pour TOUS les patients, même s'ils n'ont pas vécu d'EMI ou de rêve ! Lire les propositions à voix haute. Si le participant est OK et qu'il est capable de lire, il peut compléter lui-même le questionnaire. **Notez si le participant répond seul.** 

**Moi**

« Je vais vous demander de répondre à chacune des 20 propositions que je vais vous lister selon vos émotions et vos pensées au moment de l'expérience/du rêve que vous avez pu vivre, en choisissant la réponse qui vous semble la plus appropriée (UNE SEULE réponse par proposition est admise). Toute expérience ou sensation étant vécue plus ou moins intensément, nous vous invitons à préciser l'intensité ressentie à l'aide de 4 choix de réponses (allant de 1 à 4) à chacune des propositions. Si, au contraire, vous n'avez pas fait l'expérience du phénomène présenté dans la proposition, veuillez cocher « 0 – Pas du tout ; absence ». Si vous avez vécu un même phénomène à plusieurs reprises durant l'expérience, nous vous invitons à répondre selon le phénomène le plus marquant. »

Choix de réponse				
0	1	2	3	4
Pas du tout ; absence	Légèrement	Moyennement	Intensément équivalent à toute autre expérience intense vécue jusqu'à présent	Extrêmement Plus qu'à tout autre moment de ma vie et plus intense que 3

	<b>0</b> <i>Pas du tout- Absence</i>	<b>1</b> <i>Légèreme nt</i>	<b>2</b> <i>Moyennement</i>	<b>3</b> <i>Intensémen t</i>	<b>4</b> <i>Extrêmement</i>	<i>Vécu hors de la RR</i>
1. Votre perception du temps était modifiée						
2. Vos pensées étaient accélérées						
3. Vous avez entendu une ou des voix ne possédant pas d'incarnation matérielle						
4. Vous avez eu l'impression de soudainement tout comprendre sur vous-même, les autres et/ou l'univers						
5. Vous avez eu un sentiment de paix et/ou de bien-être						
6. Vous avez eu une sensation d'harmonie ou d'unité, comme si vous faisiez partie d'un tout						
7. Vous avez vu ou avez été entouré par une lumière brillante sans origine matérielle déterminée						
8. Vous avez eu des capacités sensorielles inhabituelles (vue, ouïe, odorat, toucher et/ou goût)						
9. Vous étiez conscient(e) de choses au-delà de ce que vos sens peuvent habituellement percevoir						
10. Vous avez acquis des connaissances sur l'avenir						
11. Vous avez eu la sensation d'être « en dehors » ou séparé de votre corps						
12. Vous avez eu la sensation de quitter le monde terrestre ou d'intégrer une nouvelle dimension et/ou environnement						
13. Vous avez revu ou revécu un ou des évènement(s) de votre passé.						
14. Vous avez fait la rencontre d'une présence et/ou d'une entité (il peut s'agir d'une personne décédée)						

15. Vous avez eu un sentiment de non-existence, de vide absolu et/ou de peur						
16. Vous avez fait l'expérience d'une frontière et/ou d'un point de non-retour						
17. Vous avez pris la décision ou avez été contraint(e) de revenir de l'expérience que vous viviez						
18. Vous avez eu l'impression de mourir et/ou d'être mort						
19. Vous avez vu ou êtes entré(e) dans une zone de passage (par exemple un tunnel ou une porte)						
20. Vous avez l'impression de ne pas disposer des mots adéquats pour décrire votre expérience						
Intensément *: Intensément équivalent à toute autre expérience intense vécue jusqu'à présent Extrêmement **: Extrêmement plus qu'à tout autre moment de ma vie et plus intense que 3						

**Avez-vous déjà vécu ce type d'expérience (expérience de mort imminente) avant votre hospitalisation ?**

- a. Oui
- b. Non/je ne m'en rappelle plus

## 6. PCL-5

**MOI**

*« L'échelle suivante traite de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté dans le dernier mois, depuis votre passage en salle de déchoquage. »*

Lire les propositions à voix haute. Si le participant est OK et qu'il est capable de lire, il peut compléter lui-même le questionnaire. **Noter si le participant répond seul.** 

<b>0 – Pas du tout</b>					
<b>1 – Un peu</b>					
<b>2 – Modérément</b>					
<b>3 – Beaucoup</b>					
<b>4 – Extrêmement</b>					
<b>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					

3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					
<b>SCORE TOTAL (ajoutez les éléments 1 à 20) =</b>					

« Si vous avez donné une autre réponse que « Pas du tout » pour un ou plusieurs items : En suivant la même échelle de cotation, veuillez indiquer dans quelle mesure ces problèmes vous ont affecté dans le dernier mois. »

1. A quel point ces difficultés vous dérangent-elles ?						
2. Dans quelle mesure ces difficultés ont-elles interféré avec votre vie quotidienne (par ex vos relations, votre travail ou d'autres activités importantes) ?						
3. Combien de temps après le traumatisme ces difficultés ont-elles commencé ?						
o Moins de 6 mois						
o Plus de 6 mois						
4. Depuis combien de temps avez-vous ces difficultés liées au traumatisme ?						
o Mois d'un mois						
o Plus d'un mois						

## 7. PHQ-9

### MOI

« Les trois échelles suivantes vont porter davantage sur votre moral. Cette première échelle portera sur les deux dernières semaines. Vous allez pouvoir répondre aux questions en identifiant la fréquence de survenue des propositions de 0 à 3, 0 étant jamais, 1 plusieurs jours, 2 plus de la moitié du temps et 3 presque tous les jours. »

Lire les propositions à voix haute. Si le participant est OK et qu'il est capable de lire, il peut compléter lui-même le questionnaire. **Noter si le participant répond seul.** 

<b>0 = Jamais</b>	<b>1 = Plusieurs jours</b>	<b>2 = Plus de 7 jours</b>	<b>3 = Presque tous les jours</b>
-------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

<b>Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses				
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)				
3. Difficultés à s'endormir, à rester endormi(e) ou dormir trop				
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie				
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop				
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(l)e, ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même				

7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision				
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude				
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre				

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec votre les autres difficiles	Pas du tout difficile	Assez difficile	Très difficile	Extrêmement difficile
--	-----------------------	-----------------	----------------	-----------------------

## 8. IES-R

### MOI

« Cette nouvelle échelle va relater des difficultés que certaines personnes peuvent éprouver à la suite d'un événement traumatisant. Vous allez devoir évaluer à quelle point ces difficultés ont pu vous impacter au cours de 7 derniers jours. »

Lire les propositions à voix haute. Si le participant est OK et qu'il est capable de lire, il peut compléter lui-même le questionnaire. **Noter si le participant répond seul.** 

<b>0 = Pas du tout</b>	<b>1 = Un peu</b>	<b>2 = Modérément</b>	<b>3 = Beaucoup</b>	<b>4 = Extrêmement</b>
------------------------	-------------------	-----------------------	---------------------	------------------------

<u>Items</u>	0	1	2	3	4
<b>1. Tout rappel de l'évènement ravivait mes sentiments face à l'évènement</b>					
<b>2. Je me réveillais la nuit</b>					
<b>3. Différentes choses m'y faisaient penser</b>					

<b>4. Je me sentais irritable et en colère</b>					
<b>5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser</b>					
<b>6. Sans le vouloir, j'y repensais</b>					
<b>7. J'ai eu l'impression que l'évènement n'était jamais arrivé ou qu'il n'était pas réel</b>					
<b>8. Je me suis tenu(e) loin de ce qui m'y faisait penser</b>					
<b>9. Des images de l'évènement surgissaient dans ma tête</b>					
<b>10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement</b>					
<b>11. J'essayais de ne pas y penser</b>					
<b>12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'évènement, mais je n'y ai pas fait face</b>					
<b>13. Mes sentiments à propos de l'évènement étaient comme figés</b>					
<b>14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'évènement</b>					
<b>15. J'avais du mal à m'endormir</b>					
<b>16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'évènement</b>					
<b>17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire</b>					
<b>18. J'avais du mal à me concentrer</b>					
<b>19. Ce qui me rappelait l'évènement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations</b>					
<b>20. J'ai rêvé à l'évènement</b>					
<b>21. J'étais aux aguets, sur mes gardes</b>					
<b>22. J'ai essayé de ne pas en parler</b>					

## 9. ÉCHELLE DE HAMILTON

### **MOI**

“ Pour l'échelle suivante, je vais vous demander d'évaluer les propositions suivantes par rapport à votre ressenti actuel. Vous devrez définir si la proposition ne vous correspond pas du tout, un peu, modérément, beaucoup ou énormément. ”

Lire les propositions à voix haute. Si le participant est OK et qu'il est capable de lire, il peut compléter lui-même le questionnaire. **Noter si le participant répond seul.** 

**0 = Pas du tout    1 = Un peu    2 = Modérément    3 = Beaucoup    4 = Enormément**

Catégories	Exemples	0	1	2	3	4
1. Humeur anxieuse	- Inquiétude, pessimisme, appréhension, irritabilité					
2. Tension	- Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience (besoin de bouger), incapacité de se détendre					
3. Crainte	- De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules					
4. Insomnies	- Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars					
5. Dysfonction intellectuelle	- Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire »					
6. Humeur dépressive	- Manque d'intérêt, tristesse, réveil, précoce, fluctuations diurnes de l'humeur					
7. Symptômes musculaires	- Douleurs musculaires, courbatures, crispation, tension musculaire, grincements de dents, voix mal assurée					
8. Symptômes sensoriels	- Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau					
9. Symptômes cardio-respiratoires	- Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux					
10. Symptômes respiratoires	- Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement					
11. Symptômes gastro-intestinaux	- Difficulté à avaler, boule œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements,					

	mauvaise digestion, brûlures d'estomac, nausées, constipation								
12. Symptômes génitaux-urinaires	- Aménorrhée (absence de menstruations), menstruations abondantes, début de frigidité, impuissance, miction impérieuse, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido								
13. Symptômes neuro-végétatifs	- Sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalée tensionnelle								
14. Comportement au cours de l'entrevue	- Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements subits et rapides, yeux agrandis								

## 10. PSI-Q

### MOI

« Pour l'échelle suivante, je vais vous demander de vous représenter mentalement les images décrites ci-dessous, vous devrez ensuite coter chaque image mentale entre 0 et 10 selon les critères suivants 0 (pas d'image du tout) à 10 (image aussi claire et vive que la vraie vie), Cochez la case appropriée pour chaque élément. »

Pour coter finalement, calculez la réponse moyenne dans chaque sous-échelle et dans l'ensemble. **Noter si le participant répond seul.**



	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Imaginez l'apparence de :</b>											
Un ami que vous connaissez bien											
Un chat qui grimpe à un arbre											
Un coucher de soleil											
La porte d'entrée de votre maison											
Un incendie											
<b>Imaginez le son de :</b>											
La sirène d'une ambulance											
Des mains qui applaudissent											
Le miaulement d'un chat											
Le klaxon de voiture											
Les bruits des enfants qui jouent											
<b>Imaginez l'odeur de :</b>											
Une chambre non-aérée											
Une rose											
La peinture fraîche											

L'herbe fraîchement coupée																				
Du bois qui brûle																				
<b>Imaginez le goût de :</b>																				
La moutarde																				
Le dentifrice																				
Le citron																				
L'eau de mer																				
Le poivre noir																				
<b>Imaginez la sensation corporelle de :</b>																				
Se relaxer dans un bain chaud																				
Avoir mal à la gorge																				
Enfiler une aiguille																				
Sauter dans une piscine																				
Marcher rapidement dans le froid																				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10									
<b>Imaginez le toucher de :</b>																				
Du sable chaud																				
Un essui doux																				
La pointe d'une épingle																				
L'eau glacée																				
La fourrure																				
<b>Imaginez-vous vous sentir :</b>																				
Excité																				
Soulagé																				
Furieux																				
Amoureux																				
Effrayé																				

## 11. ATTITUDE ENVERS LES INSTITUTIONS :

**Moi :** « Pour terminer, je vais vous demander de répondre aux dernières questions en sélectionnant la réponse adéquate sur l'échelle ci-dessous. »

"Est-ce que **votre passage en salle de déchocage** a modifié votre peur vis-à-vis des institutions de soins?"



**Veillez commenter si vous le souhaitez :**

## **12. CONCLUSION**

Remercier les participants

Les prévenir qu'on les recontactera une dernière fois dans 5 mois →

Vérifier le moyen de contact préférentiel

Avez-vous des questions ?

## Interprétation des questionnaires

### PCL-5 :

#### Interprétation :

Un seuil de **33-38** au PCL-5 semble raisonnable pour suggérer la présence d' un ESPT (état de stress post-traumatique).

### PHQ-9 :

#### INTERPRETATION

- 0 – 4 : Dépression minimale
- 5 – 9 : Dépression légère
- 10 – 14 : Dépression modérée
- 15 – 19 : Dépression modérément sévère
- 20 – 27 : Dépression sévère

### IES-R

#### Interprétation :

Un score total de 22 représente des symptômes significatifs de stress aigu, un score de 36 suggère la présence d'un trouble de stress post-traumatique. Cette échelle n'est cependant pas considérée comme un outil de diagnostic.

### Echelle de Hamilton :

#### Score :

0-12, anxiété dite « normale »  
12-20, anxiété légère  
20-25, anxiété modérée  
> 25, anxiété grave à sévère

### Annexe 3 : Score de GOAT

Question	Error score	Notes
What is your name?	/ 2	Must give both first name and surname.
When were you born?	/ 4	Must give day, month, and year.
Where do you live?	/ 4	Town is sufficient.
Where are you now?		
(a) City	/ 5	Must give actual town.
(b) Building	/ 5	Usually in hospital or rehab center. Actual name necessary.
When were you admitted to this hospital?	/ 5	Date.
How did you get here?	/ 5	Mode of transport.
What is the first event you can remember after the injury?	/ 5	Any plausible event is sufficient (record answer)
Can you give some detail?	/ 5	Must give relevant detail.
Can you describe the last event you can recall before the accident?	/ 5	Any plausible event is sufficient (record answer)
What time is it now?	/ 5	1 for each half-hour error, etc.
What day of the week is it?	/ 3	1 for each day error, etc.
What day of the month is it? (i.e. the date)	/ 5	1 for each day error, etc.
What is the month?	/ 15	5 for each month error, etc.
What is the year?	/ 30	10 for each year error.
Total Error:		
<b>100 - total error</b>		Can be a negative number.

76-100 = Normal

66-75 = Borderline

< 66 = Impaired

Annexe 4 : Échelle CARE

**CARE Patient Feedback Measure for**

\*\*\* Type name of Practitioner here \*\*\*

Please write today's date here:

/   /    
 D D M M Y Y

Please rate the following statements about today's consultation.

Please mark the box like this  with a ball point pen. If you change your mind just cross out your old response and make your new choice. Please answer every statement.

How good was the practitioner at...	Poor	Fair	Good	Very Good	Excellent	Does not apply
<b>1) Making you feel at ease</b> (introducing him/herself, explaining his/her position, being friendly and warm towards you, treating you with respect; not cold or abrupt)	<input type="checkbox"/>					
<b>2) Letting you tell your "story"</b> (giving you time to fully describe your condition in your own words; not interrupting, rushing or diverting you)	<input type="checkbox"/>					
<b>3) Really listening</b> (paying close attention to what you were saying; not looking at the notes or computer as you were talking)	<input type="checkbox"/>					
<b>4) Being interested in you as a whole person</b> (asking/knowing relevant details about your life, your situation; not treating you as "just a number")	<input type="checkbox"/>					
<b>5) Fully understanding your concerns</b> (communicating that he/she had accurately understood your concerns and anxieties; not overlooking or dismissing anything)	<input type="checkbox"/>					
<b>6) Showing care and compassion</b> (seeming genuinely concerned, connecting with you on a human level; not being indifferent or "detached")	<input type="checkbox"/>					
<b>7) Being positive</b> (having a positive approach and a positive attitude; being honest but not negative about your problems)	<input type="checkbox"/>					
<b>8) Explaining things clearly</b> (fully answering your questions; explaining clearly, giving you adequate information; not being vague)	<input type="checkbox"/>					
<b>9) Helping you to take control</b> (exploring with you what you can do to improve you health yourself; encouraging rather than "lecturing" you)	<input type="checkbox"/>					
<b>10) Making a plan of action with you</b> (discussing the options, involving you in decisions as much as you want to be involved; not ignoring your views)	<input type="checkbox"/>					

**Comments:** If you would like to add further comments on this consultation, please do so here.

## Annexe 5 : Échelle de perception de la menace

**Table 2**

Factor matrix for Exploratory Factor Analysis.

Item	ED Threat Perceptions	Item Mean (SD)
<b>I feel vulnerable.<sup>a</sup></b>	<b>.669</b>	<b>1.95 (1.07)</b>
<b>I am worried that I am not in control.</b>	<b>.665</b>	<b>1.99 (1.16)</b>
<b>I am worried that my symptoms are severe.</b>	<b>.665</b>	<b>2.19 (1.14)</b>
<b>I feel helpless.</b>	<b>.628</b>	<b>1.71 (1.05)</b>
<b>I am worried that I am going to die.</b>	<b>.617</b>	<b>1.49 (0.92)</b>
<b>I am afraid.</b>	<b>.579</b>	<b>1.52 (0.87)</b>
<b>I think this event will have a big impact on my life.</b>	<b>.563</b>	<b>2.30 (1.18)</b>
I am worried that the doctors are not in control of my situation.	.457	1.51 (.93)
I am concerned about my family.	.454	2.54 (1.26)
I believe that my symptoms are connected to my heart.	.381	2.86 (1.08)
I am in pain.	.267	1.97 (1.03)
I feel like I can handle the symptoms myself.	-.133	1.59 (.93)

<sup>a</sup>Loadings for items that were retained are bolded in their respective columns.

<sup>b</sup>Response options for items ranged from 1 to 4.

**Supplemental Materials**

**Psychometric Properties of the Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale Interview for DSM-5  
(PSSI-5)**

by E. B. Foa et al., 2015, *Psychological Assessment*

<http://dx.doi.org/10.1037/pas0000259>

**PTSD Symptom Scale – Interview Version for DSM-5  
(PSSI-5)**

**TRAUMA SCREEN**

Many people are exposed to a disturbing or traumatic event at some point in their lives. These experiences can happen in any of the following ways:

1. Directly experiencing the event
2. Witnessing the event
3. Learning that the event happened to a close family member or close friend
4. Experiencing repeated or intense exposure to distressing details of the event (e.g. emergency workers collecting human remains)

Examples of traumatic events include: natural disasters, accidents, sexual assaults, physical assaults, combat, childhood sexual abuse, torture, or life-threatening illness.

Have you experienced such an event?

- Yes  
 No

Please briefly describe the experience which is the **most distressing and the most haunting for you currently**.

If you are unsure, briefly describe the experience anyway:

---

---

---

---

Did this event included:

- |  |     |    |
|--|-----|----|
| a. Actual or threatened death?           | Yes | No |
| b. Actual or threatened serious injury?  | Yes | No |
| c. Actual or threatened sexual violation | Yes | No |

When did this event occur? \_\_\_\_\_

*Questions should be about the most currently distressing trauma.* Each item below should be asked in reference to the past month (if < 1 month since trauma, ask "Since the event..."). Probe all positive responses (e.g., "How often has this been happening?") following the instructions provided in the PSS-I-5 manual.

0	1	2	3	4
Not at all	Once a week or less/a little	2 to 3 times a week/somewhat	4 to 5 times a week/very much	6 or more times a week/severe

**RE-EXPERIENCING** (need one): [probe, then quantify]

- \_\_\_ 1. Have you had unwanted distressing memories about the trauma?
- \_\_\_ 2. Have you been having bad dreams or nightmares related to the trauma?
- \_\_\_ 3. Have you had the experience of feeling as if the trauma were actually happening again?
- \_\_\_ 4. Have you been very EMOTIONALLY upset when reminded of the trauma?
- \_\_\_ 5. Have you had PHYSICAL reactions when reminded of the trauma (e.g., sweating, heart racing)?

**AVOIDANCE** (Need one): [probe, then qualify]

- \_\_\_ 6. Have you been making efforts to avoid thoughts or feelings related to the trauma?
- \_\_\_ 7. Have you been making efforts to avoid activities, situations, or places that remind you of the trauma or that feel more dangerous since the trauma?

**CHANGES IN COGNITION AND MOOD** (Need two): [probe, then qualify]

- \_\_\_ 8. Are there any important parts of the trauma that you cannot remember?
- \_\_\_ 9. Have you been viewing yourself, others, or the world in a more negative way (e.g. "I can't trust people," "I'm a weak person")?
- \_\_\_ 10. Have you blamed yourself for the trauma or for what happened afterwards? Have you blamed others that did not directly cause the event for the trauma or what happened afterwards?
- \_\_\_ 11. Have you had intense negative feelings such as fear, horror, anger, guilt or shame?
- \_\_\_ 12. Have you lost interest in activities you used to do?
- \_\_\_ 13. Have you felt detached or cut off from others?
- \_\_\_ 14. Have you had difficulty experiencing positive feelings?

0	1	2	3	4
Not at all	Once a week or less/a little	2 to 3 times a week/somewhat	4 to 5 times a week/very much	6 or more times a week/severe

**INCREASED AROUSAL AND REACTIVITY** (need two): [probe, then quantify]

- \_\_\_ 15. Have you been acting more irritable or aggressive?
- \_\_\_ 16. Have you been taking more risks or doing things that might cause you or others harm (e.g., driving recklessly, taking drugs, having unprotected sex)?
- \_\_\_ 17. Have you been overly alert or on-guard (e.g., checking to see who is around you, etc.)?
- \_\_\_ 18. Have you been jumpier or more easily startled?
- \_\_\_ 19. Have you had difficulty concentrating?
- \_\_\_ 20. Have you had difficulty falling or staying asleep?

**TOTAL SCORE (add items 1-20) = \_\_\_\_\_**

**DISTRESS AND INTERFERENCE**

- \_\_\_ 21. How much have these difficulties been bothering you?
- \_\_\_ 22. How much have these difficulties been interfering with your everyday life (e.g. relationships, work, or other important activities)?

**SYMPTOM ONSET AND DURATION**

23. How long after the trauma did these difficulties begin? [circle one]
- Less than 6 months
  - More than 6 months
24. How long have you had these trauma-related difficulties? [circle one]
- Less than 1 month
  - More than 1 month

**Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)**



Sart Tilman, le 13/04/2023

Monsieur le Prof. S. LAUREYS  
Monsieur le Prof. A. GHUYSEN  
Madame la Dr C. MARTIAL  
Madame la Dr A. ANCION  
Madame P. FRITZ  
CENTRE DU CERVEAU

CHU B34

Cher Collègue,

Vous trouverez ci-joint l'avis d'approbation de l'étude :

**"Unintended returns of awareness in the resuscitation room."**

Dans le cadre des responsabilités qui lui sont imposées par la loi du 07 mai 2004, Le Comité d'Ethique souhaite vous faire part des recommandations suivantes :

- aucun patient ne peut être inclus dans l'étude avant la réception de la lettre d'approbation;
- nous souhaitons être informés de la date de début effectif de l'étude dans votre site (date d'inclusion du 1<sup>er</sup> patient);
- nous attachons une grande importance à la protection de la vie privée des patients/volontaires sains et nous comptons sur vous pour :
  - assurer un archivage sûr des documents sources (conservation sous clefs),
  - assurer la protection par mot de passe des bases de données éventuellement créées pour la gestion de vos résultats, refuser, si ces données doivent être transmises à un tiers, de transmettre non seulement des données directement identifiantes (attention à l'anonymisation des copies d'examens ou protocoles d'examens) mais également toute association de données qui pourraient permettre la ré-identification du patient (attention à l'association initiales, date de naissance et sexe encore trop souvent retrouvée dans les CRF).
- nous devons impérativement être informés :
  - de tout événement indésirable grave, suspect et inattendu (SUSAR) survenu chez l'un de vos patients ou volontaire sain,
  - du renouvellement de l'assurance (request in progress: attestation to be furnished before starting the study) quand celle-ci arrive à échéance,
  - du déroulement de l'étude, et ce annuellement,
  - de la clôture de l'étude avec rapport des résultats obtenus.
- aucun changement ne peut être apporté au protocole sans l'obtention d'un avis favorable du Comité d'Ethique;
- qu'il relève de votre responsabilité de veiller à ce que tout dommage, lié de manière directe ou indirecte à l'expérimentation, encouru par un patient inclus par vos soins soit pris en charge financièrement par le promoteur soit directement, soit via le recours à l'assurance "étude";
- tout courrier/courriel de suivi que vous nous transmettez doit bien évidemment reprendre les références de l'étude et sera accompagné de votre évaluation actuelle de la balance risques/bénéfices si ce courrier est en rapport avec la sécurité du patient (amendement, nouvelle brochure d'investigateur, déviation de protocole, nouvelle information pouvant affecter la sécurité du sujet, SAE, etc....).

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE

Président : Professeur V. SEUTIN

Secrétaire exécutif : Docteur G. DAENEN

Secrétariat administratif : 04/323.21.58 – Coordination scientifique: 04/323.22.65

Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)

Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

**Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)**



Sart Tilman, le 13/04/2023

Monsieur le **Prof. S. LAUREYS**  
Monsieur le **Prof. A. GHUYSEN**  
Madame la **Dr C. MARTIAL**  
Madame la **Dr A. ANCIEN**  
Madame **P. FRITZ**  
**CENTRE DU CERVEAU**

**CHU B34**

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique  
**Nr EudraCT ou Nr belge : B7072022000060 ; Notre réf: 2022/389**

Cher Collègue,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique a donné une réponse favorable à votre demande d'avis intitulée :

**"Unintended returns of awareness in the resuscitation room. "**

Vous trouverez, sous ce pli, le formulaire de réponse reprenant, en français et en anglais, les différents éléments examinés et approuvés et la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs,

Prof. V. SEUTIN  
Président du Comité d'Ethique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

Copie à la **Direction de l'AFMPS**

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE  
Président : Professeur V. SEUTIN  
Secrétaire exécutif : Docteur G. DAENEN  
Secrétariat administratif : 04/323.21.58 – Coordination scientifique: 04/323.22.65  
Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)  
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Notre Dossier nr : *Our File nr* : 2022 / 389  
Nr EudraCT : B7072022000060

COMITE D'ETHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE  
(707)

Approbation d'une demande d'étude clinique  
*Approval form for a clinical trial*

Après examen des éléments suivants : *Having considered the following data* :

Protocole, Titre, *Title*

**Unintended returns of awareness in the resuscitation room.**

Numéro d'étude, *Study Number* : v2

Nr EudraCT ou Nr belge: B7072022000060

Promoteur, *Promoter*:

**PROF. S. LAUREYS**

Date du protocole, *Protocol date* : 29/03/2023

Amendem. numéro et date, *Amend. Numb. and date*

	Date	Oui/Yes	Non/No
Brochure pour l'investigateur, <i>Investigator's brochure</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIC Principal FIC Proche en cas de décès du patient 29/03/2023 <i>Subject information and consent sheet (in French)</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dossier clinique individuel <i>Case report form</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déclaration d'assurance <i>Insurance declaration</i>	06/01/2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notre Dossier nr : *Our File nr* : 2022 / 389

Approbation d'une demande d'étude clinique (suite)  
*Approval form for a clinical trial (following page)*

Protocole

**Unintended returns of awareness in the resuscitation room.**

Service de : CENTRE DU CERVEAU  
Clinical unit

Chef de Service : Prof. S. LAUREYS  
*Director of the clinical unit*

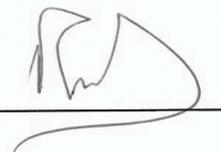
Expérimentateur principal : Dr Ch. MARTIAL, Dr O. GOSSERIES, P. FRITZ  
*Principal investigator*

Par décision collégiale, le Comité d'Ethique (voir liste des membres en annexe) :  
*By collegial decision, the Ethics Committee (see enclosed list of the members) :*

Oui/Yes Non/No

■ estime que l'étude peut être réalisée  
*has accepted the performance of the study*

Signature  
*Signature*



Nom : Prof. V. SEUTIN Président  
*Printed name :*

Date, *Date* :

13/04/2023

*The Ethics Committee states that it is organized and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures*

*Cette approbation ne signifie pas que le comité prend la responsabilité de l'étude.  
This approval does not mean that the Ethics Committee takes the responsibility of the study*

MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE  
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur **Vincent SEUTIN** **Président**  
Pharmacologue, membre extérieur au CHU

Monsieur le Docteur **Guy DAENEN** **Secrétaire exécutif**  
Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU

Monsieur **Resmi AGIRMAN**  
Représentant des volontaires sains

Monsieur le Docteur **Etienne BAUDOUX**  
Expert en Thérapie Cellulaire, CHU

Madame **Viviane DESSOUROUX** / Monsieur **Pascal GRILLI** (suppléant)  
Représentant (e) des patients

Monsieur le Professeur **Pierre FIRKET**  
Généraliste, membre extérieur au CHU

Madame **Régine HARDY** / Madame la Professeure **Adélaïde BLAVIER** (suppléante)  
Psychologue, CHU                      Psychologue, membre extérieure au CHU

Madame **Isabelle HERMANS**  
Assistante sociale, CHU

Monsieur le Professeur **Maurice LAMY**  
Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU

Madame la Docteure **Marie-Paule LECART**  
Rhumato-gériatre, CHU

Monsieur le Docteur **Didier LEDOUX**  
Intensiviste, CHU

Madame **Marie LIEBEN**  
Philosophe, membre extérieure au CHU

Madame **Patricia MODANESE**  
Infirmière cheffe d'unité, CHU

Madame la Professeure **Anne-Simone PARENT**  
Pédiatre, CHU

Monsieur le Professeur **Marc RADERMECKER**  
Chirurgien, CHU

Monsieur **Stéphane ROBIDA**  
Juriste, membre extérieur au CHU

Madame **Isabelle ROLAND**  
Pharmacien, CHU

Madame la Docteure **Liliya ROSTOMYAN**  
Endocrinologue, CHU

Madame la Docteure **Isabelle RUTTEN**  
Radiothérapeute, membre extérieure CHU

Madame **Cécile THIRION**  
Infirmière cheffe d'unité, CHU

13/04/2023

## Annexe 8 : Assurance

ETHIAS ASSURANCE  
Rue des Croisiers, 24  
4000 Liège  
[www.ethias.be](http://www.ethias.be)  
Tel : 04/220.31.11  
Fax : 04/249.65.30



2022-389 - CHU de Liège – Professeur Vincent Bonhomme

### ATTESTATION D'ASSURANCE

Ethias SA, rue des Croisiers n° 24 à Liège, certifie que par la police n° 45.118.230 souscrite par le Centre Hospitalier Universitaire de Liège, Domaine universitaire, B.35 à 4000 LIEGE, elle garantit, dans les limites des conditions générales et spéciales du contrat, conformément aux dispositions de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine telle que modifiée par la loi du 27 décembre 2005 et tous arrêtés royaux d'exécution qui seraient adoptés en application des dispositions précitées, la responsabilité civile qui pourrait incomber au **Professeur Vincent Bonhomme** en sa qualité de promoteur, du chef de dommages causés aux participants et/ou à leurs ayants droit dans le cadre de l'étude clinique suivante :

#### « Etude des « reprises de conscience » en salle de déchoquage »

Nombre de participants : 200  
Etude monocentrique  
Durée de l'expérimentation : du 1<sup>er</sup> février 2023 au 1<sup>er</sup> février 2026  
Classe : IA

#### Montants de Garantie :

La garantie est acquise à raison de 2.500.000 € par sinistre, tous dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs confondus. Ce montant constitue également la limite de la garantie pour l'ensemble des dommages déclarés dans le cadre de l'essai précité.

Par ailleurs, la garantie est limitée à 500.000 € par victime.

Fait en double à Liège  
Le 19 mars 2024

Pour le Comité de direction,

Florian Pirard  
Head of Liability Underwriting  
Public & Corporate

Ethias SA, rue des Croisiers 24 à 4000 Liège [www.ethias.be](http://www.ethias.be) ou [info.assurance@ethias.be](mailto:info.assurance@ethias.be)

Entreprise d'assurances agréée sous le n° 0196 (AR des 4 et 13 juillet 1979, MB du 14 juillet 1979)  
RPM Liège TVA BE0404.484.654 Compte Belfius Banque : BE72 0910 0078 4416 BIC : GKCCBEBB