

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Le syndrome de stress post-traumatique en
contexte d'urgence : impact du vécu subjectif et de la relation soignant-soigné
sur la compliance thérapeutique**

Auteur : Bertoncello, Camille

Promoteur(s) : ANCIION, Aurore

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de
santé publique

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24420>

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.

Le syndrome de stress post-traumatique en contexte d'urgence : impact du vécu
subjectif et de la relation soignant-soigné sur la compliance thérapeutique

Mémoire présenté par **Camille Bertoncello**

En vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en management et promotion à la santé

Année académique 2024-2025

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier ma promotrice, Aurore Ancion, pour sa disponibilité, ses conseils avisés et ses remarques constructives, qui ont été d'une aide précieuse dans l'élaboration et l'amélioration de ce mémoire. Son accompagnement attentif et bienveillant a été une source de motivation tout au long de ce travail.

*Ma gratitude va également à l'ensemble des personnes impliquées dans le projet au sein du **Coma Sciences Group**, ainsi qu'au groupe de « mémorants », pour leur collaboration, leur soutien et la richesse de nos échanges. Leur engagement et leur expertise ont largement contribué à donner vie à ce projet.*

Je remercie mes amis de tout cœur pour leurs encouragements et leur présence rassurante. Leur soutien dans les moments plus difficiles et leur capacité à me faire sourire ont été essentiels pour garder le cap et aller jusqu'au bout.

Enfin, je veux exprimer toute ma reconnaissance à ma famille, et tout particulièrement à ma maman, pour son soutien indéfectible et le temps qu'elle a consacré à relire ce mémoire. Leur confiance en moi et leurs conseils m'ont portée, motivée et aidée à franchir chaque étape.

Résumé

Introduction

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) peut survenir à la suite d'un événement médical aigu, notamment une hospitalisation en salle de déchocage. Le vécu subjectif du patient, sa perception de la menace ainsi que la qualité de la relation soignant-soigné sont des facteurs susceptibles d'influencer le développement de symptômes de stress post-traumatiques, mais aussi la compliance thérapeutique à moyen terme. Cette étude vise à explorer ces liens, dans un contexte spécifique : celui de la salle de déchocage.

Méthode

Une étude observationnelle prospective été menée auprès de 100 patients admis en salle de déchocage du CHU de Liège. Les données ont été recueillies à trois temps : immédiatement après l'admission (T1), deux mois après (T2), puis six mois après (T3). Les outils utilisés incluent : l'échelle CARE (empathie relationnelle perçue), une échelle de perception de la menace, le PCL-5 (symptômes de SSPT) et le MARS (observance thérapeutique). Des analyses corrélationnelles et des régressions linéaires ont été réalisées.

Résultats

Sur les 100 patients inclus, 63 ont répondu au T1, 32 au T2, et 20 au T3. Seuls deux cas de SSPT ont été identifiés (6,25 %). Une corrélation positive significative a été retrouvée entre le score CARE et la perception de la menace ($p = 0,42$; $p = 0,0005$), suggérant que les patients bien accompagnés perçoivent davantage la gravité de la situation. En revanche, aucun lien significatif n'a été trouvé entre la perception de la menace ou la qualité relationnelle et l'observance thérapeutique. Une tendance modérée (non significative) entre perception de la menace et symptômes de SSPT a été observée ($p = 0,33$; $p = 0,07$).

Discussion

Les résultats suggèrent que la relation soignant-soigné joue un rôle important dans la perception de la situation d'urgence, sans toutefois influencer directement l'adhérence thérapeutique. La détresse psychologique, en particulier le symptôme d'évitement, pourrait être un médiateur entre menace perçue et SSPT. Le faible taux de SSPT observé pourrait s'expliquer par le ratio soignant-soigné élevé en déchocage, la temporalité de l'évaluation (à deux mois), ainsi que par des mécanismes de protection comme la dissociation. La taille restreinte de l'échantillon et les biais liés à l'auto-évaluation limitent toutefois la portée des conclusions.

Conclusion

Cette étude met en lumière l'importance des facteurs relationnels et subjectifs dans l'expérience du soin en contexte d'urgence. Elle souligne l'intérêt d'intégrer la dimension empathique dans la prise en charge pour prévenir les troubles post-traumatiques et renforcer la confiance du patient dans les soins. Des recherches complémentaires, sur des échantillons plus larges et avec une approche mixte (quantitative et qualitative), sont nécessaires pour approfondir ces liens.

Mots clés : SSPT, urgence, menace, Care, observance thérapeutique

Abstract

Introduction

Post-traumatic stress disorder (PTSD) may develop following an acute medical event, particularly an admission to the resuscitation room. The patient's subjective experience, perceived threat, and the quality of the caregiver-patient relationship are all factors that may influence both the development of PTSD symptoms and medium-term therapeutic compliance. This study aims to explore these links within the specific context of the resuscitation room.

Method

A prospective observational study was conducted with 100 patients admitted to the resuscitation unit at CHU of Liège. Data were collected at three time points: immediately after admission (T1), two months later (T2), and six months later (T3). The tools used included the CARE scale (perceived relational empathy), a perceived threat scale, the PCL-5 (PTSD symptoms), and the MARS (medication adherence). Correlational analyses and linear regressions were performed.

Results

Out of 100 patients included, 63 completed T1, 32 completed T2, and 20 completed T3. Only two cases of PTSD were identified (6.25%). A significant positive correlation was found between CARE scores and perceived threat ($p = 0.42$; $p = 0.0005$), suggesting that patients who felt well supported were more aware of the seriousness of their condition. No significant association was found between threat perception or relational quality and therapeutic adherence. A moderate, non-significant trend was observed between perceived threat and PTSD symptoms ($p = 0.33$; $p = 0.07$).

Discussion

Results suggest that the caregiver-patient relationship plays an important role in the perception of emergency situations, though it does not directly impact treatment adherence. The link between perceived threat and PTSD may be mediated by psychological distress, particularly avoidance. The low rate of PTSD observed may be explained by high-quality care in the resuscitation room, the timing of assessments, and psychological defense mechanisms such as dissociation. However, the small sample size and self-report bias limit the generalizability of the findings.

Conclusion

This study highlights the importance of relational and subjective factors in emergency care experiences. It emphasizes the value of integrating empathy into medical practice to prevent post-traumatic symptoms and reinforce patient trust. Further research, with larger samples and mixed-method approaches, is needed to deepen these findings.

Keywords : PTSD, emergency, perceived threat, CARE, therapeutic adherence

Liste des abréviations

SSPT	:	Syndrome de stress post traumatique
CARE	:	Consultation and Relational Empathy
PM	:	Echelle de perception de la menace
PCL-5	:	Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5
T1	:	Interview après admission
T2	:	Interview à deux mois
T3	:	Interview à six mois
GOAT	:	Galveston Orientation And Amnesia Test

Table des matières

PREAMBULE.....	1
INTRODUCTION	2
LE SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE DANS LE CONTEXTE DES URGENCES	2
FACTEURS RELATIONNELS ET SUBJECTIFS DANS L'EXPERIENCE TRAUMATIQUE.....	3
LA COMPLIANCE THERAPEUTIQUE ET LA RELATION AUX SOINS	4
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	6
TYPE D'ÉTUDE.....	6
OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	6
POPULATION ÉTUDIÉE.....	7
MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE ET RECRUTEMENT	8
PARAMÈTRES ÉTUDIÉS ET OUTILS DE COLLECTE.....	9
<i>Données sociodémographiques</i>	<i>9</i>
<i>Test de GOAT</i>	<i>9</i>
<i>Échelle PCL-5.....</i>	<i>9</i>
<i>Échelle IER-S.....</i>	<i>9</i>
<i>Echelle CARE (Consultation and Relational Empathy)</i>	<i>10</i>
<i>Échelle de perception de la menace.....</i>	<i>10</i>
<i>Attitude envers les soins</i>	<i>10</i>
ORGANISATION ET PLANIFICATION DE LA COLLECTE DES DONNÉES.....	11
TRAITEMENT DES DONNÉES ET MÉTHODE D'ANALYSE	12
<i>Préparation et organisation des données.....</i>	<i>12</i>
<i>Nature des variables.....</i>	<i>12</i>
<i>Analyse de la distribution des variables quantitatives.....</i>	<i>12</i>
<i>Statistiques descriptives.....</i>	<i>12</i>
<i>Comparaison des scores selon le sexe.....</i>	<i>12</i>
<i>Analyse des corrélations</i>	<i>13</i>
<i>Seuil de significativité</i>	<i>13</i>
CADRE LÉGAL ET FINANCEMENT	13
<i>Comité d'éthique.....</i>	<i>13</i>
<i>Vie privée et protection des données.....</i>	<i>13</i>
<i>Information et consentement.....</i>	<i>13</i>
<i>Assurance.....</i>	<i>14</i>
<i>Financement</i>	<i>14</i>
RÉSULTATS.....	15
FLUX DES PATIENTS INCLUS DANS L'ÉTUDE	15
<i>Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.....</i>	<i>16</i>
<i>Données entretien T2 (SSPT).....</i>	<i>16</i>
STATISTIQUES DESCRIPTIVES.....	16
<i>Tableau 1 : statistiques descriptives de l'échantillon.....</i>	<i>16</i>
<i>Comparaison selon les données sociodémographiques.....</i>	<i>17</i>
<i>Test d'homogénéité</i>	<i>17</i>
STATISTIQUES INFÉRENTIELLES.....	17
<i>Tableau 2 : analyses de corrélation</i>	<i>17</i>
<i>Analyse de régression linéaire multiple</i>	<i>19</i>
<i>Tableau 3 : régression linéaire multiple.....</i>	<i>19</i>

DISCUSSION	20
RAPPEL DES HYPOTHESES	20
RÉSULTATS PRINCIPAUX ET COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE	20
INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	22
<i>Corrélation du score CARE et perception de la menace.....</i>	<i>22</i>
<i>Faible taux de syndrome de stress post traumatique</i>	<i>22</i>
<i>Corrélation perception de la menace et SSPT</i>	<i>23</i>
<i>Entretiens libres</i>	<i>23</i>
LIMITES ET BIAIS	24
<i>Biais liés à l'échantillon.....</i>	<i>24</i>
<i>Biais liés à la mesure et à la temporalité</i>	<i>24</i>
<i>Biais liés à la relation enquêteur-patient.....</i>	<i>25</i>
IMPLICATION EN SANTÉ PUBLIQUE	25
PERSPECTIVES	25
CONCLUSION	26
BIBLIOGRAPHIE.....	28
ANNEXES	31

Préambule

Depuis le début de mon parcours académique, j'ai toujours eu un intérêt particulier pour la santé mentale, notamment dans son interaction avec l'environnement médical et la prise en charge des patients. L'obtention de mon bachelier en orthoptie m'a permis d'acquérir une approche clinique centrée sur le patient, mais il a également renforcé mon intérêt pour l'impact psychologique des soins. En effet, durant mes 3 années de bachelier j'ai eu l'occasion de travailler avec des patients souffrant de troubles visuels, j'ai donc pu observer les répercussions émotionnelles de la maladie et la manière dont certains développaient du stress ou de l'anxiété face à leur prise en charge.

Poursuivre un master en Santé Publique a été pour moi une opportunité enrichissante, me permettant d'explorer des enjeux plus larges liés à la gestion des institutions de soins et à la promotion à la santé. Grâce à cette formation, j'ai pu développer une approche plus globale du système de santé, en intégrant à la fois des dimensions organisationnelles, préventives et psychosociales.

Les options de mon master en Santé Publique (gestion des organisations de santé ainsi que promotion à la santé) permettent d'aborder cette problématique sous deux angles complémentaires. D'une part la gestion des urgences et de la prise en charge hospitalière est essentielle pour comprendre comment l'organisation des soins influence l'expérience du patient et son bien être psychologique. D'autre part la promotion de la santé offre une approche préventive, en aidant à identifier des stratégies visant à améliorer l'accompagnement des patients après leur hospitalisation et à favoriser leur observance thérapeutique.

C'est dans cette perspective que s'inscrit mon intérêt pour le syndrome de stress post-traumatique chez les patients admis aux urgences. Le passage en salle de déchocage représente un moment de grande vulnérabilité, pouvant générer des séquelles psychologiques durables. En étudiant l'impact de cette expérience sur l'observance thérapeutique et la relation des patients avec les institutions de soins, cette recherche vise à proposer des pistes d'amélioration en matière de prévention.

Introduction

Le syndrome de stress post-traumatique dans le contexte des urgences

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), ou PTSD en anglais, est défini par l'Organisation mondiale de la santé comme une réaction prolongée à un événement traumatique exceptionnellement menaçant ou catastrophique. Il se manifeste par des symptômes d'intrusion, d'évitement, d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur, ainsi qu'un état d'hypervigilance, tels que décrits dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5^e édition (DSM-5) (1) (2). Bien qu'universel, ce trouble n'affecte qu'une partie des individus exposés à un traumatisme selon leur vécu, leurs ressources internes et leur environnement (2) (3).

Environ 70 % des personnes dans le monde vivent un événement potentiellement traumatisant au cours de leur existence (4), et 5,6% développe un trouble de stress post traumatique (5). Parmi les événements déclencheurs classiques (guerre, agressions, catastrophes), les situations médicales graves sont également reconnues comme potentiellement traumatisantes : accouchement, fausses couche, infarctus, cancer ou hospitalisation en soin intensifs ou d'urgences (6).

Le service des urgences est un environnement où le risque d'apparition du SSPT est accru. L'urgence de la situation, la peur vitale, l'incertitude médicale et l'agitation du lieu peuvent être vécus comme autant de facteurs de stress majeurs (7). Une méta-analyse menée par le Columbia University Medical Center a révélé qu'environ 23 % des survivants d'un AVC ou d'un AIT développent un trouble de stress post-traumatique dans l'année suivant l'évènement (8).

L'association entre le trouble de stress post-traumatique (SSPT) et les soins d'urgence est particulièrement significative et préoccupante. Selon le rapport de l'INAMI reprenant les chiffres de 2023, près de 2,2 millions de patients ont été pris en charge dans les services d'urgences en Belgique, principalement en mode ambulatoire. Ce rapport signale également une augmentation de 8,13 % du nombre d'admissions entre 2021 et 2023 (9). Or, les études montrent qu'une proportion non négligeable de patients pris en charge dans un service d'urgence peuvent présenter des symptômes de SSPT dans les semaines ou mois qui suivent. Ainsi, cette hausse de fréquentation pourrait mécaniquement s'accompagner d'une augmentation du nombre de cas de SSPT liés à l'expérience des urgences. Cela souligne l'importance de considérer cette problématique comme un véritable enjeu de santé publique.

Ce trouble a un impact global : troubles du sommeil, douleurs chroniques, anxiété, dépression, maladies cardiovasculaires, ou encore céphalées chroniques sont fréquemment associés (10) (11) (12). Le bien être psychologique, relationnel et professionnel des patients est affecté, parfois de manière durable (13). Selon l’OMS, jusqu’à 40% des personnes atteintes de SSPT peuvent se rétablir dans l’année suivant le traumatisme grâce à un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée (5).

Facteurs relationnels et subjectifs dans l’expérience traumatique

Bien que le syndrome de stress post traumatique trouve ses origines dans un évènement objectivement menaçant, le vécu subjectif de cet évènement est tout aussi déterminant dans le développement du trouble. Deux patients qui sont exposés à une même situation clinique peuvent en ressortir avec des conséquences psychologiques différentes, en fonction de leur perception de la situation et de la qualité de l’accompagnement reçu. Plusieurs travaux récents insistent sur l’importance des facteurs relationnels et cognitifs dans la prévention ou l’aggravation du traumatisme.

En effet, au-delà des facteurs médicaux et environnementaux, la qualité de la relation soignant-soigné constitue un déterminant majeur dans l’apparition ou la prévention du SSPT. Deux dimensions fondamentales sont ici en jeu : l’empathie, soit la capacité à comprendre le vécu émotionnel du patient, et la compassion, qui ajoute à cette compréhension un désir d’alléger la souffrance. Ces attitudes relationnelles, bien que souvent perçues comme "naturelles", sont en réalité mesurables, modulables et fortement impactantes dans le vécu subjectif des soins.

Une étude prospective menée dans un service d’urgence américain a démontré que les patients ayant perçu davantage de compassion de la part des soignants lors d’une prise en charge vitale présentaient significativement moins de symptômes de SSPT un mois après l’évènement. Plus précisément, une amélioration d’un point sur l’échelle de compassion CARE (Consultation and relational empathy), qui est un outil conçu permettant de mesurer l’empathie relationnelle perçue par les patients lors d’une consultation médicale, entraînait une baisse de 7 % du risque de développer un SSPT (14).

Ce lien s’explique par le fait que les soins compatissants permettent de réduire la perception de menace, d’atténuer la dissociation péri traumatique et de renforcer les capacités d’adaptation du patient face à un contexte extrême (14).

De plus, une revue de la littérature suggère que la compassion en contexte d'urgence est non seulement souhaitée par les patients, mais qu'elle est aussi associée à une meilleure qualité de vie, une diminution de la détresse émotionnelle et un meilleur engagement dans le parcours de soins (15).

Pourtant, malgré son importance reconnue, la compassion reste irrégulièrement appliquée dans les services d'urgences, souvent éclipsée par une approche biomédicale centrée sur l'acte technique. Il existe donc une réelle opportunité d'amélioration des pratiques professionnelles en intégrant des formations centrées sur la relation empathique, avec un potentiel d'impact direct sur la santé mentale des patients post-urgence.

La compliance thérapeutique et la relation aux soins

Le SSPT peut générer des comportements d'évitement, qui se traduisent par une diminution de la compliance thérapeutique lorsque le traumatisme est lié à un problème de santé. (16). Ce phénomène peut être également aggravé par des perceptions négatives de la prise en charge initiale, en particulier lorsqu'elle est vécue comme impersonnelle, menaçante ou peu empathique.

La compliance thérapeutique, aussi appelée observance, désigne l'adhésion d'un patient aux prescriptions médicales, au suivi des rendez-vous et aux règles d'hygiène de vie. Elle comporte trois dimensions clés : l'adhésion au suivi médical général, aux recommandations hygiéno-diététiques et aux traitements médicamenteux (17). Cette observance est essentielle à la réussite thérapeutique et à la prévention des rechutes.

Or, la non-observance thérapeutique représente une problématique majeure de santé publique. Sur le plan individuel, elle peut entraîner des complications, des hospitalisations répétées, et une augmentation de la mortalité, notamment en cas de maladies chroniques (18) (19) (20). Sur le plan social, elle affecte la qualité de vie des patients et de leurs proches, en particulier chez les personnes âgées (21). Économiquement, elle génère des coûts élevés liés aux réadmissions, aux soins supplémentaires et aux médicaments non pris correctement (22).

Plusieurs facteurs expliquent ce manque d'adhésion, mais l'un d'eux est encore sous-exploré : l'impact psychologique du traumatisme vécu dans le cadre des soins, en particulier en milieu hospitalier. Le SSPT peut entraîner des comportements d'évitement, y compris à l'égard des institutions de santé, compromettant ainsi le suivi médical (23) (16). Ce lien est connu, mais les

études se concentrent souvent sur le traumatisme initial (accident, pathologie) et peu sur le passage en salle d'urgence lui-même comme source de stress post traumatique (24) (13).

Parmi les nombreux facteurs influençant l'observance, le vécu émotionnel de la prise en charge initiale est encore sous-exploré. Une expérience hospitalière perçue comme menaçante ou dépourvue d'humanité peut altérer durablement le lien du patient aux institutions de soins. Le ressenti de menace et le niveau d'empathie perçue (mesurée respectivement par une échelle de menace subjective et par l'échelle CARE) apparaissent alors comme des déterminants essentiels de cette relation.

Des travaux ont montré que des scores faibles à l'échelle CARE étaient associés à une moindre adhésion aux traitements et à une diminution de la satisfaction des soins reçus (30). Inversement, une relation soignant-soigné perçue comme chaleureuse et empathique renforce la confiance du patient, améliore la compréhension des consignes médicales et augmente significativement la probabilité d'un bon suivi thérapeutique à 6 mois (31).

Par ailleurs, la perception de la menace durant la prise en charge, lorsqu'elle n'est pas atténuée par une communication rassurante ou un accompagnement humain, peut générer une rupture du lien thérapeutique. Une étude longitudinale de 2009 a révélé que les patients ayant vécu leur passage à l'hôpital comme fortement menaçant étaient trois fois plus susceptibles d'interrompre leur suivi médical dans les trois mois suivant leur hospitalisation (32).

Ainsi, la manière dont le soin est vécu sur le plan relationnel et émotionnel peut profondément affecter la compliance thérapeutique.

Matériel et méthode

Type d'étude

Il s'agit d'une cohorte prospective observationnelle, centrée sur l'analyse du vécu subjectif d'une admission en salle de déchocage au sein d'un service d'urgences.

L'approche quantitative repose sur l'utilisation d'échelles standardisées (échelle CARE, échelle de perception de la menace, MARS). La collecte de donnée est réalisée à l'aide d'observations sur le terrain ainsi que d'entretiens semi-directifs.

Il est important de stipuler que cette recherche s'intègre dans 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 examinent les souvenirs en fonction des états de conscience des patients. Ce projet est mis en place depuis un an et a déjà reçu l'approbation du comité d'éthique. Plusieurs intervenants collaborent à cette recherche et participent à la collecte des données.

Objectifs et hypothèses de recherche

Ce mémoire a pour ambition d'explorer les conséquences psychologiques d'une admission en salle de déchocage, en s'intéressant particulièrement aux facteurs relationnels et émotionnels qui modulent le vécu hospitalier. Initialement centré sur l'étude du syndrome de stress post-traumatique (SSPT), le travail a été réorienté de manière exploratoire en raison du nombre insuffisant de cas permettant une analyse statistique robuste du trouble. Toutefois, le SSPT demeure le cadre théorique de référence de cette recherche, en tant que manifestation extrême d'un vécu hospitalier traumatique, et guide la compréhension des comportements de santé étudiés.

L'objectif principal est d'évaluer comment la qualité relationnelle perçue avec les soignants et la perception de la menace au moment de l'admission influencent, à moyen terme, le comportement des patients vis-à-vis des institutions de soins. L'attention est portée plus spécifiquement sur l'adhésion thérapeutique, la fréquentation du système de soins et les attitudes d'évitement. Ces éléments sont considérés à la fois comme conséquences comportementales du stress vécu, mais aussi comme indicateurs indirects de vulnérabilité au développement d'un trouble post-traumatique.

Quatre objectifs spécifiques ont été définis :

1. Évaluer le lien entre la qualité relationnelle perçue (mesurée par l'échelle CARE) et l'adhésion thérapeutique à six mois (évaluée par l'échelle MARS et les items comportementaux).
2. Analyser l'influence de la perception de la menace (évaluée par l'échelle de menace subjective) sur la relation ultérieure aux soins, notamment en termes d'évitement ou de non-suivi.
3. Décrire les cas présentant des scores évocateurs de SSPT ($PCL-5 \geq 32$), malgré leur faible nombre, afin de les resituer dans le contexte du vécu subjectif et des facteurs relationnels perçus.
4. Identifier des profils de vulnérabilité ou de protection, à travers la combinaison de scores faibles à l'échelle CARE et élevés à l'échelle de menace, susceptibles de favoriser l'apparition de comportements de type post-traumatique.

À partir de ces objectifs, plusieurs hypothèses de travail sont formulées :

- Les patients ayant perçu une relation soignant-soigné de qualité (scores élevés à l'échelle CARE) seront davantage observants et suivront mieux leur traitement à moyen terme.
- Une perception élevée de la menace durant la prise en charge sera associée à une moindre adhésion thérapeutique et à des attitudes d'évitement vis-à-vis des soins.
- L'effet conjugué d'une faible qualité relationnelle et d'un ressenti de menace important pourrait constituer un terrain propice au développement de troubles de type post-traumatique.
- Enfin, les patients présentant un score élevé à l'échelle PCL-5 illustreront, même de manière descriptive, le lien possible entre vécu émotionnel traumatique, rupture du lien au soin et trouble post-traumatique.

Ainsi, ce mémoire s'inscrit dans une double perspective : mieux comprendre les déterminants psychosociaux de l'adhésion thérapeutique après un épisode de soins aigus, et contribuer à l'identification de facteurs de risque de stress post-traumatique en contexte hospitalier.

Population étudiée

La population de l'étude est choisie selon des critères d'inclusions et d'exclusions spécifiques. Tous les patients majeurs admis en salle de déchocage des urgences du CHU de Liège selon l'échelle de tri ELISA (28), durant les périodes d'inclusion, rencontrent les critères

d'inclusions. Les participants doivent signer un consentement écrit autorisant l'utilisation de leurs données et l'enregistrement vidéo de leur prise en charge. Afin d'être représentatif, l'échantillonnage inclut tous les patients pris en charge pendant les jours d'inclusion prédéfinis, en fonction des contraintes logistiques et de disponibilités du personnel.

Pour la fiabilité des propos recueillis, les patients devaient être exempts de pathologie mentale ou de trouble cognitif sévère. La salle de déchocage permet la présence de trois patients, si plusieurs patients sont pris en charge concomitamment, un seul de ces patients peut être inclus à l'étude.

Méthode d'échantillonnage et recrutement

L'échantillonnage utilisé dans cette étude est non probabiliste par commodité, ce qui signifie que les participants sont recrutés en fonction de leur disponibilité et de critères d'inclusion prédéfinis, cité ci-dessus. Les patients ont été recrutés lors de certains jours d'inclusion prédéfinis, en fonction des contraintes organisationnelles et des disponibilités du personnel de recherche.

Les entretiens sont planifiés à trois moments clés afin d'évaluer l'évolution de leur état psychologique et leur relation avec les institutions de soins :

- 291 admissions en salle de déchocage
- Entretien T0 : 100 inclusions à l'étude
- Questionnaire T1 J-0 : Immédiatement après la prise en charge des urgences dès que le patient est apte à collaborer, idéalement dans les 72h post-admissions ou après son éveil avec un délai maximum de 25 jours après l'admission.
- Questionnaire T2 J+ deux mois : deux mois après son inclusion dans l'étude, pour identifier le stress post-traumatique.
- Questionnaire T3 J+ six mois : Six mois après l'inclusion, afin d'évaluer le SSPT et l'attitude par rapport aux institutions de soins ainsi que la compliance thérapeutique.

Avant d'interviewer le patient, nous nous assurons qu'il présente toutes les facultés cognitives pour poursuivre l'entretien. Pour cela, la personne répond à un questionnaire GOAT (Galveston Orientation and Amnesia test) (Annexe 1), un outil standardisé permettant d'identifier d'éventuels troubles cognitifs ou confusionnels.

Paramètres étudiés et outils de collecte

Données sociodémographiques

Pour chaque admission, plusieurs données démographiques ont été recueillies (Annexe 2), notamment l'âge, le sexe, le niveau d'éducation ainsi que les antécédents médicaux, en particulier psychiatriques.

Test de GOAT

Le test de GOAT (Galveston orientation and Amnesia) comprend 15 questions portant sur l'orientation spatio-temporelle ainsi que sur les souvenirs liés à l'évènement ayant conduit le patient aux urgences. Ce test a pour but initial d'évaluer l'orientation et l'amnésie post-traumatique à la suite d'un traumatisme crânien (26) et a ensuite été élargi à d'autres utilisations. Dans cette étude, il est administré au début de chaque T1 afin d'évaluer l'orientation du patient ainsi que sa capacité à se remémorer les événements précédant et suivant le traumatisme. Le score classé comme normal se situe entre 76 et 100, douteux entre 66 et 75 et affaibli inférieur à 66. Nous avons décidé de ne pas continuer l'entretien si le patient présente un score inférieur à 75.

Échelle PCL-5

L'échelle PCL-5 (posttraumatic stress disorder for DSM-5) (Annexe 3) est un questionnaire standardisé utilisé pour évaluer la présence et la sévérité des symptômes de syndrome de stress post traumatique selon les critères du DSM-5. Il comprend 20 items correspondant aux 20 symptômes du SSPT définis dans le DSM-5. Chaque item est évalué selon l'échelle de likert de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement) pour un score total variant de 0 à 80 (27). Chaque symptôme est évalué 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. Le PCL-5 peut être utilisé pour dépister un SSPT, évaluer la sévérité des symptômes ou encore suivre l'évolution du trouble au cours du temps ou après un traitement.

Échelle IER-S

L'échelle IER-S (Impact of Event Scale – Revised) (Annexe 4) est une échelle d'auto-évaluation utilisée pour mesurer la détresse psychologique liée à un évènement traumatique, en particulier les symptômes du syndrome de stress post-traumatique. Il comprend 22 items, chacun évalué selon l'échelle de likert de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement), pour un score total variant de 0 à 88. Les trois dimensions évaluées sont, la reviviscence, l'évitement, l'hyperactivation (38).

Echelle CARE (Consultation and Relational Empathy)

L'échelle Care (Annexe 5) est un outil conçu pour mesurer l'empathie relationnelle perçue par les patients lors d'une consultation médicale. Développée par des chercheurs spécialisés en soins primaires, elle vise à évaluer la capacité du soignant à établir une relation humaine et compréhensive avec le patient. L'échelle comprend 10 items, chacun noté sur une échelle de Likert à cinq points, allant de 1 (« mauvais ») à 5 (« excellent »), permettant ainsi au patient de donner son ressenti sur différents aspects de la relation soignant-soigné.

Les questions portent notamment sur la qualité de l'écoute, la compréhension des préoccupations du patient, la clarté des explications et la capacité du professionnel à instaurer un climat de confiance. Un score élevé sur cette échelle reflète une perception positive de l'empathie du soignant et donc une expérience relationnelle satisfaisante pour le patient.

Utilisée dans divers contextes cliniques, l'échelle CARE permet non seulement d'évaluer la qualité des interactions médicales, mais aussi de mettre en lumière les domaines nécessitant une amélioration. Elle constitue ainsi un outil précieux pour orienter la formation des professionnels de santé vers des compétences relationnelles plus empathiques, garantes d'une prise en charge centrée sur la personne

Échelle de perception de la menace

L'échelle de la perception de la menace (Annexe 6) est un outil ou cadre théorique qui permet de classer des menaces selon l'intensité avec elle sont perçues. Elle ne mesure pas la gravité objective du danger mais la façon dont il est perçu subjectivement par le patient. Cette échelle rassemble 7 items notés de 1 (pas du tout) à 4 (extrêmement).

Attitude envers les soins

Dans le cadre de ce mémoire, il a été jugé pertinent d'évaluer l'impact potentiel du passage en salle de déchocage sur l'attitude du patient envers les soins médicaux. En effet, l'un des symptômes fréquents du stress post-traumatique est l'évitement, qu'il soit du lieu, des personnes ou de toute situation rappelant l'évènement traumatisant. Dans le contexte hospitalier, cela peut se traduire par une rupture du lien avec le système de soins, un non-suivi des traitements ou une diminution de l'observance thérapeutique (2).

A travers ce questionnaire, nous avons donc cherché à objectiver si une telle dynamique d'évitement pouvait se manifester chez les patients passés en salle de déchocage, en évaluant plusieurs aspects de leur comportement de santé post-évènement.

Le détail des items est celui-ci :

- Question 1 : Évalue directement l'évolution de la peur vis-à-vis des institutions de soins, sur une échelle allant de -2 (peur fortement augmentée) à +2 (peur fortement diminuée) (Annexe 7)
- Question 2 : Porte sur la fréquentation des rendez-vous médicaux. Elle comprend une mesure du comportement actuel et de son éventuelle évolution post-déchocage (sous forme d'auto évaluation) (Annexe 8)
- Question 3 : Évalue l'adhésion aux recommandations médicales, avec également une mesure de son évolution (sous forme d'auto évaluation)
- Question 4 : Utilise le MARS (Medication Adherence Report Scale), un outil reconnu permettant de quantifier l'observance médicamenteuse. Il est suivi d'une évaluation de l'évolution du comportement. (Annexe 9)

Organisation et planification de la collecte des données

L'équipe de recherche comportait 10 membres, chercheurs et étudiants participant à la collecte de données après une période d'apprentissage. Cette formation portait sur la réalisation des entretiens, la compréhension des outils utilisés, de la simulation ainsi que sur la posture à adopter en contexte hospitalier en face-à-face patient. Nous avons tous été formés à réaliser les entretiens de façon standardisée pour garantir l'homogénéité et éviter les biais. Un guide d'entretiens était également inclus dans le questionnaire.

À partir de juillet 2024, un système de garde avait été mis en place afin d'assurer un suivi quotidien des nouvelles inclusions, avec un binôme en « back up » en cas d'indisponibilité.

Une fois le patient admis en salle de déchocage et inclus dans l'étude, l'entretien T1 devait être réalisé dans un délai de 72h après l'admission. Ce délai était adapté pour les patients présentant une altération de la conscience (qu'elle soit spontanée ou pharmacologique).

Les entretiens étaient planifiés afin de s'assurer de la disponibilité et de la capacité du patient à y participer. Dès la signature du consentement éclairé, l'entretien pouvait être enregistré, avec l'accord du patient, dans le but de permettre une retranscription fidèle, si besoin, une réécoute ultérieure pour mieux saisir certaines nuances du discours.

L'état clinique des patients et la densité des questionnaires comportant plusieurs sections, ont parfois nécessité de scinder l'entretien en plusieurs séances, réparties sur plusieurs jours, afin de respecter le rythme et la fatigue des patients.

Les entretiens de suivi à deux mois (T2) et à trois mois (T3) étaient ensuite répartis entre les quatre étudiants enquêteurs. Chacun avait en charge la relance et la planification des rendez-vous téléphoniques ou en présentiel, en veillant à ce qu'un même patient ne soit pas interrogé par la même personne à plusieurs reprises, ceci afin de limiter les biais relationnels et d'assurer une neutralité dans le recueil des données.

Traitement des données et méthode d'analyse

Préparation et organisation des données

Les données issues des entretiens ont été saisies progressivement dans un fichier Excel sécurisé, hébergé sur un serveur protégé de l'institut GIGA de l'Université de Liège. Chaque entretien a fait l'objet d'un double encodage, avec une relecture indépendante, afin d'assurer la fiabilité des données.

Nature des variables

Les variables sociodémographiques comprennent l'âge qui est quantitative continue, le sexe et le niveau d'éducation qualitatives nominales. Les échelles sont les suivantes, CARE, MARS et perception de la menace sont des variables ordinales et le PCL-5 est un score quantitatif continu.

Analyse de la distribution des variables quantitatives

La normalité des distributions a été évaluée graphiquement à l'aide de l'histogramme et du Q-Q plots ainsi que statistiquement via le test de Shapiro-Wilk. Les résultats montrent un non-respect significatif de l'hypothèse de normalité, justifiant l'utilisation de test non paramétriques.

Statistiques descriptives

Les variables quantitatives ont été décrites par la médiane et les quartiles (25^e et 75^e percentiles), ainsi que par la moyenne et l'écart-type pour information. Les variables qualitatives ont été représentée sous forme de fréquences et pourcentages.

Comparaison des scores selon le sexe

Des tests non paramétriques de Wilcoxon ont été réalisés pour comparer les scores CARE, MARS, PCL-5 et perception de la menace entre les sexes.

Analyse des corrélations

Les relations entre les scores des différentes échelles ont été explorées à l'aide du coefficient de corrélation de Spearman, adapté aux variables ordinales et distributions non normales.

Traitement du score PCL-5 le faible nombre de participants ayant un score PCL-5 au-dessus du seuil diagnostique (>32) ne permet pas la réalisation d'analyses statistiques approfondies sur cette variable. Les résultats sont donc présentés uniquement de façon descriptive.

Seuil de significativité

Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$. Toutes les analyses ont été réalisées avec ce niveau de confiance.

Cadre légal et financement

Comité d'éthique

Conformément aux exigences réglementaires, une validation éthique est nécessaire pour la conduite de cette étude. Étant donné que cette étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche pour une thèse de doctorat, l'accord obtenu du comité d'éthique pour cette thèse est suffisant pour la réalisation de ce mémoire.

Vie privée et protection des données

Tous les patients inclus dans cette étude ont fourni un consentement éclairé et signé, autorisant l'utilisation anonymisée de leurs données ainsi que l'enregistrement audio des entretiens. Les données collectées ont été enregistrées dans un fichier Excel protégé par mot de passe, stocké sur un serveur sécurisé du GIGA, accessible uniquement aux membres de l'équipe de recherche. À terme, toutes les données seront détruites après la publication des résultats de l'étude.

Information et consentement

Chaque patient a signé un consentement détaillé, à la fois expliqué oralement et fourni par écrit avant l'entretien T1. Ce consentement comprenait des informations sur l'objet de l'étude, les détails organisationnels ainsi que les normes réglementaires associées (RGPD, assurance). Tous les patients ont eu l'opportunité d'obtenir des réponses à leurs questions supplémentaires, ainsi qu'un document imprimé en double exemplaire. Il leur a été clairement précisé qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment, sans aucune conséquence. À noter, cette étude ne comportait aucune rémunération ni frais supplémentaires pour les patients.

Assurance

En conformité avec la législation sur les expérimentations sur la personne humaine, cette étude est couverte par l'assurance fournie par le CHU de Liège.

Financement

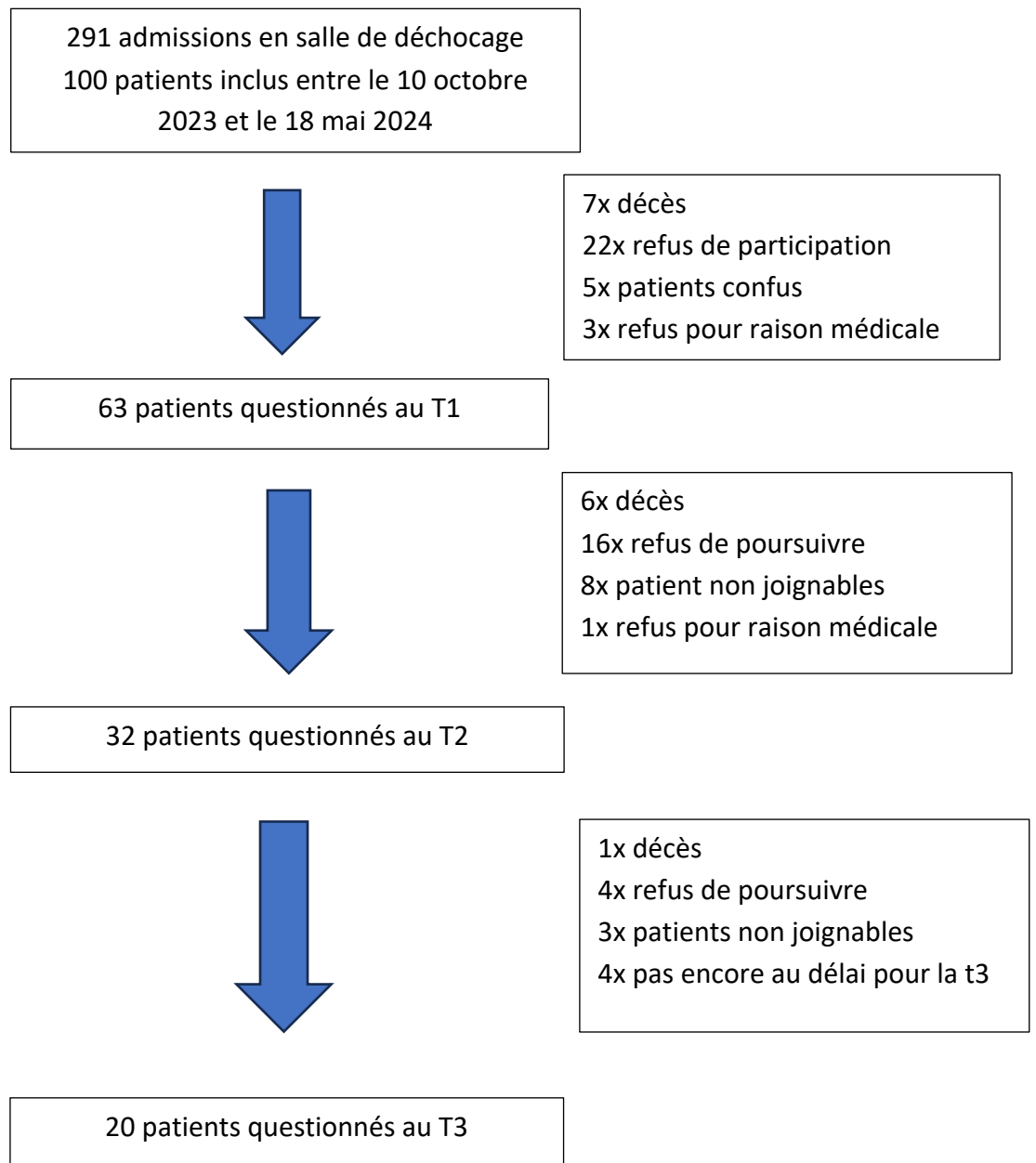
Le projet de recherche lié à cette thèse et à ce mémoire bénéficie du soutien financier de deux institutions. D'une part, la BIAL Foundation, créée en 1994 par la société pharmaceutique BIAL et le Conseil des recteurs des universités portugaises. Cette fondation a pour mission de promouvoir l'étude scientifique de l'être humain, tant d'un point de vue physique que spirituel. Elle est gérée par des représentants des deux institutions. D'autre part, le projet est soutenu par le Crédit Sectoriel de l'Université de Liège.

Résultats

Flux des patients inclus dans l'étude

Entre le 10 octobre 2023 et le 18 mai 2024, 100 patients ont été inclus dans l'étude. Parmi eux, 63 ont réalisé la T1, tandis que 37 ont été exclus en raison d'un consentement invalide, d'un refus de participation ou d'un décès. 32 patients ont accepté de répondre à la T2, et 20 ont complété l'ensemble du suivi jusqu'à la T3.

L'échantillon final se compose donc de 63 patients ayant rempli l'échelle CARE et la mesure de la perception de la menace à T1 (100 %), 32 patients ayant complété l'échelle PCL-5 à T2 (50,8 %) et 20 patients ayant répondu au questionnaire MARS à T3 (31,7 %).



Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

L'échantillon comprend 63 participants, dont 33,33 % de femmes (n = 21) et 66,67 % d'hommes (n = 42). L'âge moyen est de 63 ans. Concernant le niveau de diplôme, la majorité possède un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur (38,46 %), suivie du niveau primaire (30,77 %), du bachelier (20 %), du master (7,69 %) et du doctorat (3,08 %).

Données entretien T2 (SSPT)

Sur un échantillon de 32 patients, seulement deux d'entre eux présentaient un SSPT selon le score de PCL-5 soit 6,25%.

Statistiques descriptives

Tableau 1 : statistiques descriptives de l'échantillon

Variables	P50 (P25-P75)	N (%)
Âge	63 (49-75)	
Sexe		
Homme		42 (66,67)
Femme		21 (33,33)
Niveau d'études		
1. Primaire		20 (30,77)
2. Enseignement secondaire supérieur		25 (38,46)
3. Bachelier		13 (20,00)
4. Master		5 (7,69)
5. PhD/doctorat		2 (3,08)
Niveau de conscience au moment de l'inclusion		
1. Inconscient		4 (7,41)
2. Intermédiaire/fluctuant		10 (18,52)
3. Conscient		25 (46,30)
4. Sédation transitoire		9 (16,67)
5. Conscient/fluctuant puis sédaté/intubé		6 (11,11)
CARE	40 (31-47,89)	
Menace	14 (9-17,50)	
MARS	32 (31,5-33)	
PCL-5	4,5 (1,75-9,00)	

Comparaison selon les données sociodémographiques

Aucune différence statistiquement significative n'a été observée selon le sexe ou le niveau de diplôme pour les scores étudiés.

Test d'homogénéité

Les comparaisons des scores obtenus aux différentes échelles (CARE, MARS, PCL-5, PM) entre les groupes définis par le niveau d'éducation et par le sexe ont été réalisées à l'aide de tests non paramétriques de Kruskal-Wallis.

Les résultats montrent que les médianes des scores sont globalement proches entre les différents groupes. En effet, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les niveaux d'éducation pour les scores CARE ($\chi^2 = 0,94$, $p = 0,92$), MARS ($\chi^2 = 5,61$, $p = 0,23$), PCL-5 ($\chi^2 = 7,31$, $p = 0,12$) ou PM ($\chi^2 = 3,43$, $p = 0,49$). De même, les comparaisons selon le sexe n'ont révélé aucune différence significative pour les scores CARE ($\chi^2 = 0,01$, $p = 0,93$), MARS ($\chi^2 = 0,52$, $p = 0,47$), PCL-5 ($\chi^2 = 0,09$, $p = 0,76$) ou PM ($\chi^2 = 0,99$, $p = 0,32$).

Ces résultats suggèrent une homogénéité des groupes vis-à-vis de ces variables.

Statistiques inférentielles

Tableau 2 : analyses de corrélation

Échelle	Coefficient	p-value
Tout l'ensemble de l'échantillon		
CARE – PM	Rho = 0,42	0,0005
CARE – PCL-5	Rho = -0,07	0,70
PCL-5 -PM	Rho = 0,33	0,07
ÂGE – CARE	Rho = 0,07	0,60
ÂGE -PM	Rho = -0,007	0,96

1. Patients inconscients (n=4)		
CARE – PM	1,00	< 2,2e-16
CARE – PCL-5	-	-
PCL-5 -PM	-	-
ÂGE – CARE	0,775	0,225
ÂGE -PM	0,775	0,225

2. Patients intermédiaire/fluctuant (n=10)		
CARE – PM	0,316	0,293
CARE – PCL-5	-0,230	0,552
PCL-5 -PM	0,630	0,069
ÂGE – CARE	0,035	0,910
ÂGE -PM	-0,314	0,296
3. Patients conscients (n=25)		
CARE – PM	0,21	0,275
CARE – PCL-5	-0,14	0,634
PCL-5 -PM	-0,15	0,611
ÂGE – CARE	-0,05	0,796
ÂGE -PM	-0,19	0,328
4. Sédation transitoire (n=9)		
CARE – PM	0,198	0,584
CARE – PCL-5	0,894	0,106
PCL-5 -PM	0,000	1,000
ÂGE – CARE	0,043	0,907
ÂGE -PM	0,800	0,005
6. Conscients/Fluctuants puis sédaté/intubé (n=6)		
CARE – PM	0,646	0,117
CARE – PCL-5	-	0,333
PCL-5 -PM	1,000	0,333
ÂGE – CARE	0,267	0,562
ÂGE -PM	0,040	0,932

Des analyses de corrélation de rang de Spearman ont été réalisées afin d'explorer les relations entre les différents scores des échelles utilisées (CARE, PM, PCL-5) ainsi qu'avec l'âge des participants.

Dans l'échantillon global, seule la corrélation entre CARE et PM était significative ($Rho = 0,42$, $p = 0,0005$), tandis que les autres corrélations restaient faibles et non significatives.

Dans les sous-groupes, CARE et PM étaient parfaitement corrélés chez les patients inconscients ($Rho = 1,00$, $p < 2,2e-16$), modérément corrélés chez les patients intermédiaires/fluctuants ($Rho = 0,316$, $p = 0,293$) et faiblement corrélés chez les patients conscients ($Rho = 0,21$, $p = 0,275$).

Les corrélations impliquant PCL-5 étaient variables et souvent non significatives, à l'exception de CARE – PCL-5 et Âge – PM dans le groupe en sédation transitoire ($Rho = 0,894$, $p = 0,106$ et $Rho = 0,800$, $p = 0,005$, respectivement). Dans le groupe conscients/fluctuants puis sédatisés/intubés, certaines corrélations étaient modérées ou parfaites, mais non significatives.

Les corrélations avec l'âge restaient globalement faibles, excepté pour les sous-groupes en sédation transitoire. Certains sous-groupes comportaient un petit nombre de patients, limitant la puissance des analyses.

Analyse de régression linéaire multiple

Une régression linéaire multiple a été réalisée afin d'évaluer l'effet de la qualité relationnelle perçue et de la perception de la menace sur l'observance thérapeutique à six mois.

Les résultats indiquent que ni la qualité relationnelle perçue ($\beta = 0,007$; $p = 0,797$), ni la perception de la menace ($\beta = 0,044$; $p = 0,560$) ne présentent d'effet significatif sur le score d'observance. Le modèle explique environ 5 % de la variance du score MARS ($R^2 = 0,054$), ce qui est très faible et suggère une absence d'association linéaire claire entre ces variables dans cet échantillon.

Tableau 3 : régression linéaire multiple

Variable	Coefficient	p-valeur
CARE	0,0078	0,797
PM	0,0445	0,560

Discussion

Rappel des hypothèses

Ce travail avait pour objectif principal d'explorer l'impact du vécu subjectif et de la relation soignant-soigné sur la compliance thérapeutique à moyen terme, chez les patients admis en salle de déchocage. Le cadre théorique reposait sur le syndrome de stress post-traumatique, en tant que conséquence extrême d'un vécu hospitalier traumatique. Quatre hypothèses principales structuraient cette recherche :

1. Les patients ayant perçu une relation soignant-soigné de qualité (score élevé à l'échelle CARE) présentaient une meilleure observance thérapeutique (score MARS)
2. Une forte perception de la menace (score élevé à l'échelle PM) serait associée à une moindre adhérence thérapeutique et à des attitudes d'évitement.
3. L'effet combiné d'une faible qualité relationnelle et d'une perception élevée de la menace favoriserait l'émergence de symptômes de type post-traumatique.
4. Les patients ayant un score élevé au PCL-5 (SSPT) présenteraient un vécu plus difficile et une rupture du lien au soin.

Les résultats obtenus n'ont pas permis de valider ces hypothèses de façon statistiquement significative, mais certaines tendances peuvent être discutées.

Résultats principaux et comparaison avec la littérature

Concernant la première hypothèse, la régression linéaire multiple n'a pas mis en évidence de lien significatif entre la qualité relationnelle perçue (CARE) et l'observance thérapeutique à six mois (MARS). Ces résultats, bien qu'ils ne soient pas statistiquement significatifs dans notre échantillon, s'inscrivent dans une littérature soulignant le rôle central de la relation soignant-soigné dans l'observance thérapeutique.

Plusieurs études ont en effet montré que la qualité de la relation perçue par le patient influence directement l'observance thérapeutique. Plusieurs études, dont une sur des patients atteints de pathologie cardiovasculaire, ont montré une corrélation positive significative entre la perception de l'empathie et l'observance thérapeutique. (33)

C'est le cas également dans une étude conduite auprès de patients atteints de sclérose en plaques, la qualité perçue de la relation médicale améliorait significativement l'adhésion au traitement. (34)

Ces éléments confortent l'idée que l'empathie et la compassion des soignants jouent un rôle essentiel dans l'adhésion au traitement et la prévention des complications.

La deuxième hypothèse, stipulant qu'une forte perception de la menace serait associée à une moindre adhérence thérapeutique et à des attitudes d'évitement. Contrairement à l'hypothèse initiale, les résultats obtenus dans cette étude n'ont pas mis en évidence de lien statistiquement significatif entre la perception de la menace et l'observance thérapeutique. Le modèle de régression linéaire multiple suggère une absence d'effet direct entre ces deux variables dans notre échantillon.

Cependant, une tendance modérée est observée entre la perception de la menace et les symptômes de stress post traumatique (PCL-5), ce qui pourrait suggérer une influence indirecte de la menace perçue sur le comportement de santé, via la détresse psychologique. Ce lien bien que non significatif car l'échantillon ne permet pas une analyse statistique robuste, reste cohérent avec les données de la littérature

Bien que notre modèle n'ait pas révélé d'association directe significative entre la perception de la menace et l'observance thérapeutique, la littérature en psychologie de la santé suggère que cette relation est plus complexe. Selon Witte (1998), en l'absence de sentiment d'efficacité, une forte menace conduit souvent à des comportement défensifs, évitement ou déni, plutôt qu'à une meilleure observance. (35)

Autrement dit, ce n'est pas la perception de la menace en tant que telle qui freine l'observance thérapeutique, mais la détresse psychologique qu'elle génère, en particulier les symptômes de stress post traumatique tel que l'évitement. Dans ce cadre, la perception de la menace agirait comme un facteur déclencheur de réponses émotionnelles intenses, pouvant mener au SSPT, qui, à leur tour, inhibent l'engagement du patient dans le parcours de soins.

L'hypothèse d'un effet combiné CARE faible/menace forte comme facteur de risque de SSPT n'a pas pu être testée formellement, faute de puissance statistique. Cependant une étude a testé le lien entre la perception par le patient de la compassion des soignants et le développement ultérieur de SSPT. L'étude démontre que l'augmentation d'un point de l'échelle CARE était associée à une diminution de 7% du risque de développer un SSPT. (36) Il a également été

démontré que lorsque les patients perçoivent un haut degré d'empathie, leur niveau d'anxiété diminue. (37)

Enfin, parmi les 32 patients ayant répondu au PCL-5 à deux mois, seuls 2 dépassaient le seuil de 32 points, ce qui empêche toute analyse statistique.

Interprétation des résultats

Corrélation du score CARE et perception de la menace

La corrélation positive observée entre les scores CARE et la perception de la menace peut s'expliquer par plusieurs mécanismes psychologiques et relationnels. Tout d'abord, les patients bénéficiant d'une relation soignant-soigné de qualité, caractérisée par une écoute attentive, une communication claire et une forte empathie, sont probablement mieux informés sur leur état de santé. Cette meilleure compréhension peut les amener à percevoir avec plus de lucidité la gravité de leur situation, ce qui accroît leur perception de la menace. En d'autres termes, la qualité de la communication et du soutien reçu pourrait favoriser une prise de conscience plus réaliste du danger, même si cette prise de conscience augmente l'anxiété perçue. Une autre interprétation serait que les patients qui perçoivent une menace élevée deviennent plus attentifs à la qualité de la relation avec les soignants, ce qui les rend plus réceptifs à l'attention, à l'écoute ou aux signes de bienveillance. Ils pourraient ainsi valoriser davantage les comportements empathiques et le soutien émotionnel. Enfin, il est aussi envisageable que les soignants adaptent spontanément leur posture relationnelle face à des patients qu'ils perçoivent comme particulièrement vulnérables ou inquiets. Une menace exprimée de manière explicite par le patient peut activer une réponse empathique renforcée de la part des professionnels de santé, augmentant ainsi la qualité perçue de la relation. Ces hypothèses soulignent le caractère bidirectionnel et dynamique de la relation entre perception de la menace et qualité de la relation thérapeutique.

Faible taux de syndrome de stress post traumatique

Contrairement à ce qui est décrit dans la littérature, le faible taux de SSPT observé dans cette étude suggère que le développement de ce trouble dans le contexte des urgences reste marginal. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette faible prévalence. D'abord, la configuration particulière de la salle de déchocage au CHU de Liège, avec une forte présence de soignants, favorise un encadrement intensif et rassurant. Cette proximité renforce la qualité relationnelle,

atténue le sentiment de solitude et permet une réponse rapide aux besoins des patients, limitant ainsi l'impact traumatique.

De plus, la communication est particulièrement active dans cette zone, les soignants informant les patients à chaque étape de la prise en charge. Cette transparence diminue l'imprévisibilité, souvent liée à l'émergence de symptômes post-traumatique, et favorise un sentiment de contrôle. Enfin, l'état de conscience du patient dans la salle de déchocage peut également avoir un impact sur l'apparition du trouble.

Corrélation perception de la menace et SSPT

Bien que la corrélation entre la perception de la menace et le score PCL-5 ne soit pas statistiquement significative dans cette étude, une tendance modérée se dessine, laissant entrevoir une relation indirecte. Cette observation est théoriquement cohérente avec les modèles de développement du SSPT. La perception subjective de la menace est en effet un facteur déterminant dans la survenue de réponses émotionnelles intenses, notamment l'hypervigilance, l'évitement ou les pensées intrusives.

Dans ce cadre, plus la situation est perçue comme menaçante, indépendamment de sa gravité objective, plus le risque de développer un trouble de stress post traumatique augmente. Cette relation peut évidemment être modérée ou amplifiée par d'autres facteurs, comme l'efficacité perçue à faire face, la dissociation, ou encore la qualité du soutien relationnel reçu. Il est donc possible que la perception de la menace ne déclenche pas directement un SSPT, mais agisse comme un facteur de vulnérabilité psychique, dont les effets sont partiellement filtrés ou aggravés par les autres composantes du vécu subjectif.

Entretiens libres

Les entretiens libres menés avec les patients ont apporté un éclairage qualitatif sur leur vécu. Plusieurs patients ont spontanément évoqué des éléments émotionnels marquants, comme la peur de mourir, sans développer un SSPT. La plupart évoquait au contraire un profond sentiment de bienveillance de la part de l'équipe soignante. De nombreux patients ont évoqués, la gentillesse, l'attention du personnel soignant envers eux, ils ont également communiqué leur confiance envers les professionnels. Ces récits confirment l'importance du cadre relationnel dans la perception de l'évènement.

Certains ont décrit des moments de confusion ou perte de repères, parfois associés à une sédation ou à des douleurs intenses. D'autres n'ont aucun souvenir de la salle de déchocage. Les patients qui se souviennent de la salle de déchocage ont insisté sur l'attention reçue, l'écoute ou la manière dont les gestes techniques étaient expliqués, ce qui contribuait à leur apaisement. Ces témoignages illustrent la diversité des vécus et soulignent que la menace perçue et la qualité de la relation thérapeutique ne sont pas des dimensions abstraites, mais bien incarnées dans des interactions concrètes, vécues dans un moment de forte vulnérabilité.

Limites et biais

Comme toute étude menée en conditions réelles et sur un terrain clinique complexe, ce travail comporte plusieurs limites méthodologiques qu'il convient de prendre en compte.

Biais liés à l'échantillon

La méthode d'échantillonnage par convenance, dictée par les contraintes logistiques et la disponibilité des enquêteurs, ont pu produire un biais de sélection. Il est possible que les patients les plus lucides, coopérants ou disponibles aient été surreprésentés, tandis que les profils les plus vulnérables aient été sous-représentés. De plus, la taille réduite de l'échantillon, notamment lors des suivis à deux et six mois, limite la puissance statistique et empêche la généralisation des résultats. Le biais d'attribution, lié aux nombreuses pertes de suivi (décès, refus, injoignables), renforce ce risque de distorsion.

Biais liés à la mesure et à la temporalité

Les outils utilisés reposent principalement sur des échelles auto-administrées, ce qui expose à un biais de subjectivité. La perception de la relation soignant-soigné, de la menace ou de l'observance est fortement influencée par l'état émotionnel du patient, sa compréhension des questions ou encore son niveau de confiance envers le système de soins. Par ailleurs, certains patients ont pu minimiser leurs difficultés par pudeur ou désirabilité sociale, afin de préserver leur image ou d'éviter d'exprimer une souffrance psychologique. Ces effets sont accentués par l'ordre tardif de certaines questions sensibles dans le questionnaire (CARE, menace), à un moment où la fatigue ou la lassitude pouvaient altérer la qualité des réponses.

Enfin, le délai entre l'évènement traumatique et les évaluations (T2 à deux mois, et T3 à six mois) peut engendrer un biais de mémoire ou de temporalité. Certains patients peuvent avoir oublié certains détails ou au contraire reconfiguré leur souvenir à travers des processus d'adaptation ou de rationalisation. Certains patients n'ont d'ailleurs aucun souvenir. Cela rend plus difficile

l'attribution claire de certains symptômes ou comportements à l'évènement initial, ce qui rejoint également le biais d'attribution.

Biais liés à la relation enquêteur-patient

Malgré l'utilisation d'un protocole standardisé et la formation des enquêteurs, la posture relationnelle adoptée a pu introduire un biais d'interaction. La relation entre l'enquêteur et le patient, qu'elle soit trop distante ou au contraire trop bienveillante, peut influencer la formulation ou la teneur des réponses. De même, un biais de l'observateur ne peut être exclu, notamment lors de la reformulation des questions ou dans la gestion des émotions exprimées par les patients, ce qui peut altérer la neutralité de la passation.

Implication en santé publique

Malgré ses limites, cette étude met en lumière des enjeux majeurs pour la santé publique. Elle montre que le vécu subjectif d'une hospitalisation en contexte d'urgence, et notamment la relation soignant-soigné, peut avoir un impact à moyen terme sur le comportement de santé des patients. Le fait que la perception de la menace et la qualité relationnelle perçue soient liées à des comportements d'évitement ou à l'observance thérapeutique souligne l'importance de l'approche humaine des soins, même en contexte aigu.

Intégrer une dimension relationnelle et émotionnelle dans la prise en charge en salle de déchocage représente une piste d'amélioration à la fois simple, peu coûteuse et potentiellement très efficace. Cela passe par une formation spécifique des professionnels de santé à la communication empathique, à la reconnaissance du stress péri traumatique et à la prise en compte du vécu psychique des patients. En renforçant cette dimension, on pourrait non seulement prévenir le développement de troubles comme le SSPT, mais aussi améliorer l'adhésion thérapeutique, réduire les réhospitalisations et renforcer la confiance dans les institutions de santé.

Perspectives

Cette étude ouvre la voie à plusieurs perspectives de recherche et d'intervention. D'un point de vue scientifique, il serait pertinent de répliquer cette étude sur un échantillon plus large, en intégrant des outils d'évaluation clinique du traumatisme, et en prolongeant le suivi au-delà de six mois. Une approche mixte, combinant échelles standardisées et entretiens qualitatifs, permettrait de mieux comprendre les mécanismes subjectifs impliqués dans la survenue de comportements d'évitement ou de troubles post-traumatiques.

Sur le plan pratique, ces résultats plaident pour la mise en place de protocoles de repérage précoce des patients à risque de SSPT après un passage en salle de déchocage. Une évaluation psychologique systématique, réalisée à distance de l'événement, pourrait permettre d'identifier les patients en souffrance psychique silencieuse. Enfin, l'intégration de psychologues en salle de déchocage ou en suivi post-urgence pourrait renforcer la dimension humaine de la prise en charge et offrir une véritable prévention secondaire du traumatisme.

Conclusion

Ce mémoire s'inscrit dans une volonté de mieux comprendre les répercussions psychologiques d'une hospitalisation en contexte d'urgence, en portant une attention particulière à deux dimensions souvent négligées : le vécu subjectif du patient et la qualité de la relation soignant-soigné. À travers une étude observationnelle prospective centrée sur la salle de déchocage, ce travail a exploré l'impact de la perception de la menace et de la relation empathique sur le développement de symptômes post-traumatiques et sur la compliance thérapeutique à moyen terme.

Bien que la faible taille de l'échantillon n'ait pas permis de confirmer statistiquement toutes les hypothèses de départ, plusieurs tendances riches d'enseignement ont émergé. La corrélation positive entre la qualité de la relation soignant-soigné (score CARE) et la perception de la menace suggère une dynamique paradoxale mais cohérente : les patients les mieux accompagnés seraient aussi ceux qui perçoivent avec plus de lucidité la gravité de leur situation, sans pour autant en être submergés. Par ailleurs, les résultats mettent en lumière un lien indirect possible entre la menace perçue et l'observance thérapeutique, via l'intensité des symptômes post-traumatiques, notamment l'évitement.

Le très faible taux de syndrome de stress post-traumatique relevé dans cette étude invite à ne pas en conclure une absence de souffrance psychologique, mais plutôt à interroger les facteurs protecteurs en jeu : présence soignante renforcée, communication rassurante, relation humaine. Cela souligne l'importance de considérer le soin non seulement comme un acte médical, mais aussi comme une expérience émotionnelle, dont la trace peut influencer durablement le comportement et la santé mentale du patient.

Au-delà de sa portée exploratoire, ce mémoire invite à repenser l'organisation des soins aigus à travers une approche plus empathique, préventive et intégrée, qui prenne en compte l'expérience vécue par les patients. L'humanisation des soins en contexte d'urgence n'est pas un

luxé, mais un levier de santé publique : elle protège, rassure, et favorise l'adhésion du patient au parcours de soins. En ce sens, les résultats de ce travail, bien que préliminaires, posent les bases d'une réflexion essentielle sur la manière d'allier performance médicale et soutien psychologique, au bénéfice d'une médecine plus humaine.

Bibliographie

1. **ATIH.** *CIM-10-FR 2021. Version provisoire.* Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation; 2021. [Internet] Disponible : <https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3963/cim-10fr-2021.pdf>.
2. **American Psychiatric Association.** *Cautionary Statement for Forensic Use of DSM-5.* American Psychiatric Publishing, Inc.; 2014 [eBook]. [Internet] Disponible : <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>.
3. **Barnhill JW.** Trouble de stress post-traumatique. In: Édition Professionnelle du Manuel MSD; 2023 [Internet]. Disponible : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psiatriques/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/trouble-de-stress-post-traumatique>.
4. **Auxéméry Y.** L'état de stress post-traumatique comme conséquence de l'interaction entre une susceptibilité génétique individuelle, un évènement traumatogène et un contexte social. *L'encéphale*. 2012 Oct;38(5):373–80. [Article en français]. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700611002284?via%3Dihub>.
5. **Waddington A, Ampelas JF, Mauriac F, Bronchard M, Zeltner L, Mallat V.** État de stress post-traumatique: le syndrome aux différents visages [Post-traumatic stress disorder (PTSD): the syndrome with multiple faces]. *Encephale*. 2003 Jan–Feb;29(1):20–7. French. PMID: 12640323.
6. **Williamson JB, Jaffee MS, Jorge RE.** Posttraumatic Stress Disorder and Anxiety-Related Conditions. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2021 Dec 1;27(6):1738–63. doi: 10.1212/CON.0000000000001054. PMID: 34881734.
7. **Boscarino JA.** Posttraumatic Stress Disorder and Mortality Among U.S. Army Veterans 30 Years After Military Service. *Ann Epidemiol*. 2006 Apr 1;16(4):248–56.
8. **Pascal Meeus et al.** *Rapport – Admission aux urgences 2023.* [Internet]. Disponible : https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-FR-Admission_aux_urgences_2023.pdf.
9. **Kessler RC.** The effects of stressful life events on depression. *Annu Rev Psychol*. 1997;48:191–214. doi: 10.1146/annurev.psych.48.1.191. PMID: 9046559.
10. **Moss J, Roberts MB, Shea L, Jones CW, Kilgannon H, Edmondson DE, Trzeciak S, Roberts BW.** Association Between Perceived Threat and the Development of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Patients With Life-threatening Medical Emergencies. *Acad Emerg Med*. 2020 Feb;27(2):109–16. doi: 10.1111/acem.13877. Epub 2019 Nov 24. PMID: 31650652.
11. **Edmondson D, Richardson S, Fausett JK, Falzon L, Howard VJ, Kronish IM.** Prevalence of PTSD in Survivors of Stroke and Transient Ischemic Attack: A Meta-Analytic Review. *PLoS One*. 2013 Jun 19;8(6):e66435. doi: 10.1371/journal.pone.0066435. PMID: 23840467; PMCID: PMC3686746.

12. *Admissions via le service des urgences – Vers une Belgique en bonne santé*. [Internet; cité 2024 May 26]. Disponible : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/activite/admissions-via-le-service-des-urgences>.
13. **Mouthaan J, Sijbrandij M, Reitsma JB, Gersons BP, Olf M**. Comparing screening instruments to predict posttraumatic stress disorder. *PLoS One*. 2014 May 9;9(5):e97183. doi: 10.1371/journal.pone.0097183. PMID: 24816642; PMCID: PMC4016271.
14. **Hanquet J, Benhahmed N, Castanares Zapatero D, Dauvrin M, Desomer A, Adrienssens J, Rondia K**. Le syndrome post-soins intensifs (PICS). 29 October 2020. D/2020/10.273/12. ISSN: 2684-5830. KCE report, Creative Commons by-nc-nd.
15. **Righy C, Rosa RG, da Silva RTA, Kochhann R, Migliavaca CB, Robinson CC, Teche SP, Teixeira C, Bozza FA, Falavigna M**. Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in adult critical care survivors: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 2019 Jun 11;23(1):213. doi: 10.1186/s13054-019-2489-3. PMID: 31186070; PMCID: PMC6560853.
16. **Schieen AJ, Giet D**. Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège*. 2010;65(5–6):239–45. Disponible : https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/70194/1/20100506_03.pdf.
17. **Pan Afr Med J**. 2015;20:273. Published online 20 March 2015. French. doi: 10.11604/pamj.2015.20.273.3380. PMCID: PMC4484332. PMID: 26161196.
18. **Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, et al**. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*. 2006;333:15.
19. **Rosenberg MJ, Waugh MS**. The economics of compliance in managed health-care settings. *Am J Manag Care*. 1996;2:176–80.
20. **Col N, Fanale JE, Kronholm P**. The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalization of the elderly. *Arch Intern Med*. 1990;150:841–5.
21. **Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS**. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care*. 2005;43:521–30.
22. **Brewin CR, Andrews B, Valentine JD**. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000 Oct;68(5):748–66. doi: 10.1037//0022-006X.68.5.748. PMID: 11068961.
23. **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*. 2017 Nov 6;17(1):33. doi: 10.1186/s12873-017-0144-3. PMID: 29110718; PMCID: PMC5674847.
24. **Defrance, Julie, et al**. « Incidence et impact des céphalées au cours du syndrome de stress post-traumatique ». *Revue Neurologique*, vol. 173, mars 2017, p. S144. *ScienceDirect*, <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2017.01.262>.
25. **WHO**. Post-traumatic stress disorder [Internet]. Geneva: World Health Organization; 27 May 2024. [Fact sheet]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder> Organisation mondiale de la santé.

26. **Carlson EB, Palmieri PA, Field NP, Dalenberg CJ, Macia KS, Spain DA.** Contributions of risk and protective factors to prediction of psychological symptoms after traumatic experiences. *Compr Psychiatry*. 2016;69:106–15.
27. **Breslau N.** The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma Violence Abuse*. 2009;10(3):198–210.
28. **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition*. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2015.
29. **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*. 1979 Nov;167(11):675–84. [Internet; cited 2024 Aug 15]. Available : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/501342/>.
30. **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.
31. . *Healthcare provider compassion is associated with lower PTSD symptoms among patients with life-threatening medical emergencies: a prospective cohort study. Intensive Care Med*. 2019 Jun 1;45(6):815–22. [Internet; cited 2024 Aug 15]. Available : <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-019-05601-5>.
32. *Healthcare provider compassion...* [PDF titles only; missing full citation].
33. *Compassionate care in the emergency department: review and blueprint for future inquiry.* [PDF — no further details].
34. **Coste J, Guillemin F, Pouchot J, Fermanian J.** *Medical decision-making: effect of the doctor-patient relationship on compliance and outcome in patients with chronic disease.* *Eur J Public Health*. 2011.
35. **Coste J, Guillemin F, Pouchot J, Fermanian J.** Medical decision-making: effect of the doctor-patient relationship on compliance and outcome in patients with chronic disease. *Eur J Public Health*. 2011;21(4):?–?.
36. **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*. 2019 Jun 1;45(6):815–22. [Internet; cited 2024 Aug 15]. Disponible : <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-019-05601-5>.
37. **Shalev A, Liberzon I, Marmar C.** Post-Traumatic Stress Disorder. In: *N Engl J Med*. 2017 Jun 22;376(25):2459–69. doi: 10.1056/NEJMra1612499. [Internet; cited 2023 May 24]. Disponible : <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1612499>.
38. **Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP.** The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Washington (DC): National Center for PTSD; 2013.
39. **Weiss DS.** The Impact of Event Scale–Revised (IES-R) [Internet]. Washington (DC): National Center for PTSD; 2007 [cited 2025 Aug 13]. Available from: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ies-r.asp>

Annexes

Annexe 1: GOAT (Galveston Orientation and Amnesia test)

1. TEST ORIENTATION GOAT + DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

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 ($100 - \text{points d'erreur} =$).

→ 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 »

Question	Erreur Score	Notes
15) Quel est votre nom/prénom	/2	<p>- Nom et prénom</p> <p>→ 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 victime perd 2 points si elle</p>

		omet le nom ou le prénom, ce n'est pas 1 point chacun).
15) Quand êtes-vous né(e) ?	/4	<p>– Jour/Mois/Année</p> <p>→ Donner 4 points d'erreur si la victime ne donne pas correctement et au complet sa date de naissance (jour, mois, an).</p>
15) Où habitez-vous ?	/4	<p>- Ville est suffisante</p> <p>→ Donner 4 points d'erreurs si la victime ne donne pas correctement sa ville de résidence</p>
15) Où êtes-vous maintenant ? (b) Ville (b) Bâtiment	/5 /5	<p>– Ville + « hôpital ».</p> <p>- Inutile de citer le nom de l'hôpital</p> <p>→ 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.</p>
15) A quelle date avez-vous été admis à l'hôpital ?	/5	<p>- Date</p> <p>→ Si la victime ne peut se souvenir de la date de son admission à l'hôpital (J/M/A), attribuer 5 points d'erreur ;</p>
15) Comment vous êtes-vous rendu(e) à l'hôpital ?	/5	<p>- Moyen de transport</p> <p>→ 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).</p>
15) Quel est le premier événement dont vous vous rappelez après votre accident / événement qui vous a amené aux urgences ? (si le participant est resté conscient → il peut raconter la situation qui l'a amené aux urgences)	/5	<p>- Tout événement plausible est suffisant</p> <p>→ 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'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>15) Pouvez-vous me décrire cet évènement en détail (par exemple, la date, l'heure où les personnes présentes) ?</p> <p>(si le participant est resté conscient → il peut raconter la situation qui l'a amené aux urgences)</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>15) Quel est le dernier événement dont vous vous rappelez avant l'épisode/l'accident qui vous a amené aux urgences ?</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>15) Pouvez-vous me décrire cet évènement en détail ? (par exemple, la date, l'heure où les personnes présentes) ?</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>15) Quelle heure est-il maintenant ?</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"> • De 0 à 30 minutes de différence : 1 point d'erreur • De 31 à 60 minutes de différence : 2 points d'erreur • Ainsi de suite.

15) 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"> • Le jour réel est lundi • La victime répond vendredi : elle est à trois jours (S,D,L) de la bonne réponse <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>
15) 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>
15) 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>
Score total d'erreur		
100 – Total erreur		Peut-être un nombre négatif

1) 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
Si plus d'un code s'applique, utilisez le code qui interfère le plus avec l'administration du test.	

Annexe 2: Paramètres démographiques

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)

1) PROFIL MÉDICAL

PASSÉ MÉDICAL :

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

a. **Si oui, sont-ils corrigés** (lunettes, lentilles de contact) ? Oui Non

b. **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 ?

Annexe 3: PCL-5 (posttraumatic stress disorder for DSM-5)

1. 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.**

0 – Pas du tout 1 – Un peu 2 – Modérément 3 –Beaucoup 4 – Extrêmement					
Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	0	1	2	3	4
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 ?					
3. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
4. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
5. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
6. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
7. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
8. 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) ?					
9. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
10. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
11. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
12. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					

13. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
14. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
15. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
16. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
17. Sursauter facilement ?					
18. Avoir du mal à vous concentrer ?					
19. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					
SCORE TOTAL (ajoutez les éléments 1 à 20) =					

« 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					

1. IES-R

MOI

« Cette nouvelle échelle va relater des difficultés que certaines personnes peuvent éprouver à la suite d'un évènement 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.**

0 = Pas du tout	1 = Un peu	2 = Modérément	3 = Beaucoup	4 = Extrêmement
-----------------	------------	----------------	--------------	-----------------

<u>Items</u>	0	1	2	3	4
1. Tout rappel de l'évènement ravivait mes sentiments face à l'évènement					
2. Je me réveillais la nuit					
3. Différentes choses m'y faisaient penser					
4. Je me sentais irritable et en colère					
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser					
6. Sans le vouloir, j'y repensais					
7. J'ai eu l'impression que l'évènement n'était jamais arrivé ou qu'il n'était pas réel					
8. Je me suis tenu(e) loin de ce qui m'y faisait penser					
9. Des images de l'évènement surgissaient dans ma tête					
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement					

11. J'essayais de ne pas y penser					
12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'évènement, mais je n'y ai pas fait face					
13. Mes sentiments à propos de l'évènement étaient comme figés					
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'évènement					
15. J'avais du mal à m'endormir					
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'évènement					
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire					
18. J'avais du mal à me concentrer					
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					
20. J'ai rêvé à l'évènement					
21. J'étais aux aguets, sur mes gardes					
22. J'ai essayé de ne pas en parler					

Annexes 5: Echelle CARE (Consultation And Relational Empathy)

1. SALLE DE DÉCHOQUAGE ENVIRONNEMENT

1.1. 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	1	2	3	4	5	NA	NSP

compris de vos préoccupations, il n'a pas mésestimer ou n'en a pas diminuer l'importance)							
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

Annexes 6 : Echelle de perception de la menace

1.1. 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

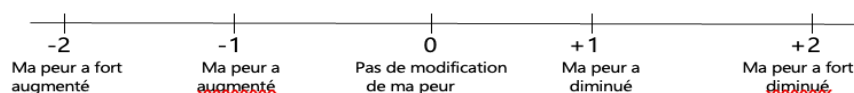
	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Extrêmement	Ne se souvient pas
1. Je me suis senti vulnérable	1	2	3	4	NSP
2. J'ai craint de ne pas maîtriser la situation	1	2	3	4	NSP
3. J'ai cru que mes symptômes étaient graves	1	2	3	4	NSP
4. Je me suis senti impuissant	1	2	3	4	NSP
5. J'ai eu peur de mourir	1	2	3	4	NSP
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

Annexes 7 : Attitude envers les institutions de soin

1. 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 ?"



Annexes 8 : Attitude envers les institutions de soin

1.

- a. « Est-ce que vous suivez régulièrement vos RDV médicaux (quel que soit le type de médecin) ? »

Je ne vais à aucun des RDV programmés	Je manque la plupart des RDV programmés	Je vais à presque tous les RDV programmés	Je vais à tous les RDV programmés
1	2	3	4

b. Cette attitude a-t-elle changé depuis votre passage en salle de déchoquage ?

Je rate plus de RDV depuis mon passage en salle de déchoquage	Mon attitude n'a pas changé	Je suis plus mes RDV qu'avant mon passage au déchoquage
-1	0	+1

2.

a. « Est-ce que vous suivez les recommandations des médecins ? »

Je ne suis jamais les recommandations médicales qui me sont données	Je suis rarement les recommandations médicales qui me sont données	Je suis presque toutes les recommandations médicales qui me sont données	Je suis toutes les recommandations médicales qui me sont données
1	2	3	4

b. Cette attitude a-t-elle changé depuis votre passage en salle de déchoquage ?

Je suis moins les recommandations médicales depuis mon passage en salle de déchoquage	Mon attitude n'a pas changé	Je suis plus les recommandations médicales qu'avant mon passage au déchoquage
-1	0	+1

Annexe 9: MARS (Medication Adherence Report Scale)

	Toujours (score = 1)	Souvent (score = 2)	Parfois (score = 3)	Rarement (score = 4)	Jamais (score = 5)
J'oublie de prendre mon médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je modifie le dosage de mon médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'interromps un moment la prise de mon médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je décide de passer une prise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je prends moins que ce qui est prescrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tableau 1 : Questionnaire MARS					

Annexe 10 : Engagement de non plagiat



Engagement de non plagiat.

Je soussigné(e) NOM Prénom.....

Matricule étudiant :

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement conscient(e) que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

Fait le

Signature

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'D. M. S.' followed by a flourish.

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



Sart Tilman, le 27/11/2024

Madame **Camille BERTONCELLO**

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: 2024/472

"Etude des « reprises de conscience » en salle de déchoquage. "
Protocole : v1

Chère Collègue,

Le Comité d'Ethique n'émet pas d'objection à la participation de Madame Camille BERTONCELLO à l'étude approuvée 2022-389.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

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

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique