

Cartographie de la santé mentale des adultes en milieu hospitalier

Auteur : Schmit, Noélie

Promoteur(s) : Wagener, Aurélie

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/27407>

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.

« Mémoire – Partim 2 » (YMEM0005-2)

**Cartographie de la santé mentale des adultes en milieu
hospitalier**

Promotrice : Aurélie Wagener

Investigateur : Éric Adam



*Mémoire présenté par Amal Taj Ousrout et Noélie Schmit
en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences Psychologiques,
à finalité spécialisée*

Table des matières

PRÉAMBULE.....	7
INTRODUCTION.....	9
PARTIE THÉORIQUE.....	10
Chapitre 1 : Santé mentale et hospitalisation	10
1.1. Prévalence des troubles psychiatriques en milieu hospitalier	12
1.1.1. Dépression.....	12
1.1.2. Anxiété	13
1.1.3. Stress post-traumatique	14
1.1.4. Troubles neurocognitifs.....	15
1.1.5. L'intolérance à l'incertitude en contexte hospitalier	15
1.1.6. Vue d'ensemble	16
1.2. Le stress hospitalier et la surcharge allostatique : mécanismes et impacts	16
1.3. L'après-hospitalisation : enjeux socio-économiques	19
Chapitre 2 : L'amélioration du bien-être en milieu hospitalier	21
2.1. Humanisation des soins et interventions non médicamenteuses en milieu hospitalier	21
2.2. Rôle des proches et soutien relationnel	23
2.3. La mesure de l'expérience patient : outil central pour l'amélioration continue	25
2.4. L'environnement hospitalier comme levier d'amélioration du bien-être des patients	26
PARTIE EMPIRIQUE.....	28
Chapitre 3 : Méthodologie	28
3.1. Objectiver le vécu hospitalier : pourquoi privilégier la recherche quantitative ?	28
3.2. Type de recherche et justification du choix.....	29
3.3. Population et critères d'inclusion.....	29
3.4. Échantillonnage	30
3.5. Outils et instruments de mesure	30
3.6. Considérations éthiques	31
3.7. Questionnaires et outils d'évaluation	31
3.7.1. Questionnaire sociodémographique	32
3.7.2. Échelle d'Intolérance à l'Incertitude (ÉII)	32
3.7.3. Entretien neuropsychiatrique international abrégé (MINI).....	33
3.7.4. Questionnaire des émotions de base	34
3.8. Analyses statistiques	34
3.9. Hypothèses de recherche	35
Chapitre 4 : Résultats	37
4.1. Données sociodémographiques, contextuelles et cliniques	38
4.2. Évaluation des émotions de base	39
4.2.1. Intensité globale des émotions durant la dernière semaine.....	39
4.2.2. Profil détaillé des émotions au cours de la dernière semaine	40
4.2.3. Profil émotionnel général (hors focus sur la dernière semaine).....	41
4.2.3.1. Intensité globale des six émotions.....	42
4.2.3.2. Profil détaillé des émotions en général	42
4.2.4. Gestion perçue des émotions de base	43
4.2.4.1. Intensité globale des six émotions dans la gestion perçue	43

4.2.4.2. Profil détaillé de la gestion émotionnelle en général	44
4.3. Intolérance à l'incertitude	44
4.3.1. L'ÉII considérée comme instrument unifactoriel	44
4.3.2. L'ÉII considérée comme instrument bifactoriel	45
4.4. Profil diagnostique MINI	46
4.5. Analyses des hypothèses	47
4.5.1. H1 – Âge et détresse émotionnelle :.....	47
4.5.2. H2 – Niveau d'études et tolérance à l'incertitude :	47
4.5.3. H3 – Niveau d'études et émotions positives :	48
4.5.4. H4 – Service d'hospitalisation et détresse psychologique :.....	48
4.5.5. H5 – Première hospitalisation versus hospitalisation répétée :	49
4.5.6. H6 – Relation entre incertitude et troubles psychiques :	50
4.5.7. H7 – Gestion des émotions et symptômes MINI :.....	51
4.5.8. H8 – Gestion des émotions et incertitude :	52
4.5.9. H9 – Comparaison des émotions ressenties durant la dernière semaine et des émotions ressenties de manière générale :.....	52
PARTIE RÉFLEXIVE.....	53
Chapitre 5 : Discussion, limites, pistes d'intervention et perspectives futures	53
5.1. Discussion	53
5.1.1. Examen des hypothèses	53
5.1.2. Profil émotionnel des patients hospitalisés	54
5.1.3. Gestion des émotions et intolérance à l'incertitude	55
5.1.4. Diagnostics MINI et cartographie des troubles	57
5.1.5. Variables sociodémographiques et contextuelles	58
5.1.6. Apport de l'étude	60
5.2. Limites	60
5.3. Pistes d'intervention	63
5.4. Perspectives futures.....	66
BIBLIOGRAPHIE	68
ANNEXES	75
Annexe 1. Support de recrutement (Flyer).....	75
Annexe 2. Formulaire d'information et de consentement initial	76
Annexe 3. Questionnaire sociodémographique	86
Annexe 4. Questionnaire sur les émotions de base	88
Annexe 5. Questionnaire sur l'intolérance à l'incertitude.....	93
Annexe 6. Questionnaire MINI	97
Annexe 7. Codebook détaillé des variables	104
Annexe 8. Grille d'utilisation des intelligences artificielles génératives	114
RÉSUMÉ.....	116

Liste des figures

Figure 1 - Modèle du syndrome Général d'Adaptation (SGA) (Moment Care,2024).....	19
Figure 2 - Caractéristiques clinique de l'échantillon	38
Figure 3 - Évaluation des émotions de base.....	39
Figure 4 - Intensité des émotions (semaine dernière)	40
Figure 5 - Intensité globale des émotions en général.....	41
Figure 6 - Capacité perçue des patients à gérer leurs émotions	43
Figure 7 - Prévalence des principaux diagnostics psychiatriques évalués à l'aide de la MINI (N=119)	46

Liste des tableaux

Tableau 1 - Statistiques descriptives du Score global d'intolérance à l'incertitude (EI)	45
Tableau 2 - Statistiques descriptives du score des dimensions de l'intolérance à l'incertitude (EI).	45

Remerciements

La réalisation de ce mémoire marque l'aboutissement de plusieurs années d'études, mais également d'un parcours jalonné de rencontres, de soutien et de collaborations précieuses. Il me tient donc particulièrement à cœur d'exprimer ma profonde gratitude envers toutes les personnes qui ont contribué à cette aventure.

Je tiens à adresser mes plus sincères remerciements à Madame Aurélie Wagener, ma promotrice, pour son accompagnement tout au long de ce travail. Sa disponibilité, ses conseils avisés, sa rigueur scientifique et sa confiance ont constitué des repères essentiels dans la réalisation de ce mémoire. Son encadrement m'a permis d'évoluer tant sur le plan académique que personnel et je lui en suis profondément reconnaissante.

Je souhaite également remercier chaleureusement Monsieur Éric Adam, investigateur de cette étude. Je le remercie de nous avoir offert l'opportunité de réaliser cette recherche au sein du CHU, ainsi que pour son accueil, sa disponibilité et les précieux conseils qu'il nous a apportés.

Mes remerciements s'adressent également à l'ensemble du personnel du CHU de Liège, qui m'a accueillie avec bienveillance et dont la disponibilité et l'aide ont grandement contribué au bon déroulement de cette étude. Je tiens également à exprimer toute ma gratitude aux 132 participants qui ont accepté de consacrer une partie de leur temps à cette recherche. Sans leur confiance et leur contribution, cette étude n'aurait pas pu voir le jour.

Je souhaite adresser une pensée particulière à mes amis et à ma famille, pour leur présence, leurs encouragements et leur soutien tout au long de ces années d'études. Les moments de légèreté partagés avec mes amis, tout comme l'amour, la patience et la confiance de ma famille, ont été de précieuses sources de force et de motivation.

Pour terminer, je souhaite adresser une mention toute particulière à Amal, avec qui j'ai partagé cette aventure depuis notre premier jour de cours. Réaliser ce mémoire à tes côtés a été une véritable chance, entre nos moments de doute, nos réussites et les souvenirs qui ont rendu cette aventure si particulière. Au fil des années, tu es devenue bien plus qu'une camarade de classe : une amie précieuse. Je te suis sincèrement reconnaissante d'avoir contribué à rendre ces années si belles. Et si ce mémoire marque la fin d'un chapitre, je sais que notre aventure, elle, est loin d'être terminée.

PRÉAMBULE

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons choisi de nous pencher sur la santé mentale des patients hospitalisés. Si les soins physiques sont naturellement au cœur des priorités hospitalières, il est tout aussi crucial de ne pas sous-estimer l'importance du bien-être psychologique des patients souvent mis à l'épreuve durant leur hospitalisation.

En effet, une hospitalisation n'est pas un événement anodin dans la vie d'une personne et peut impacter sa santé mentale. La littérature montre que l'hospitalisation peut avoir un impact négatif sur la santé mentale des patients adultes, en étant associée à une augmentation de l'anxiété, de la dépression et du stress. La durée d'hospitalisation semble également influencer la sévérité des symptômes, les séjours plus longs étant liés à une détresse psychologique plus importante. Quel que soit le motif de l'hospitalisation, cette expérience peut générer du stress, de l'anxiété et même des épisodes dépressifs. L'incertitude liée à la maladie, l'attente des traitements, l'isolement ou encore la perte de repères sont autant de facteurs susceptibles de fragiliser la santé mentale des patients (Khan, 2023).

Le but de ce mémoire est donc de dresser une cartographie de la santé mentale des patients hospitalisés. Bien que l'on sache que les patients hospitalisés rencontrent fréquemment des difficultés sur le plan mental, il nous semble essentiel de comprendre précisément lesquelles. À partir de ce constat, nous pourrions ensuite proposer des pistes d'intervention concrètes. Pour cela, nous allons nous intéresser à plusieurs aspects comme : les types de troubles les plus fréquemment rencontrés, leur prévalence et leurs déterminants.

Plusieurs études mettent en évidence une forte proportion de détresse mentale chez les patients hospitalisés. Dans la revue systématique « La prévalence des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés dans les hôpitaux généraux » (Van Niekerk et al., 2022), 11 728 articles ont été examinés, dont 10 revues systématiques ont été retenues. Les auteurs y rapportent des estimations de prévalence groupées : dépression majeure entre 12 % et 20 %, troubles anxieux 8 %, trouble anxieux généralisé 5 %, trouble de panique 3 % et délire 15 %. Pour la démence, seule une fourchette large a pu être identifiée allant de 3 % à 63 %. Ces résultats confirment la fréquence élevée des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés en milieu général. À ces données quantitatives s'ajoutent des descriptions plus qualitatives comme celles évoquant les troubles de l'humeur, l'angoisse, la dépression, les

pensées obsédantes ou encore le sentiment de résignation lié à la solitude et à la perte d'autonomie (Bouzouika, 2022).

La détresse psychologique des patients hospitalisés ne se développe pas dans le vide. Elle est influencée par l'environnement hospitalier, les politiques de santé et les pratiques de soins. En effet, la souffrance psychique des patients hospitalisés peut se manifester sous différentes formes telles que l'anxiété, le stress, la peur, le sentiment d'impuissance, la tristesse, la solitude ou encore le découragement. Si la maladie en elle-même constitue un facteur important de cette détresse, de nombreux éléments liés à l'hospitalisation peuvent également y contribuer. Les patients évoquent notamment un manque d'écoute ou d'empathie de la part de certains soignants, des attitudes perçues comme froides, peu bienveillantes, pouvant générer un sentiment de déshumanisation. L'environnement hospitalier représente également une source de stress : le bruit constant des conversations ou des passages dans les couloirs, de jour comme de nuit, peut perturber le sommeil et favoriser l'épuisement. À cela s'ajoutent parfois un inconfort physique lié à une chambre trop chaude en période de fortes chaleurs, à un manque d'intimité lors des soins ou encore à des interruptions fréquentes pour les examens et les traitements. L'incertitude concernant le diagnostic ou l'évolution de la maladie, les délais d'attente pour obtenir des informations, la perte d'autonomie, l'éloignement des proches, les restrictions de visites, la monotonie du quotidien hospitalier, la perte des repères habituels ainsi que le sentiment de ne plus avoir de contrôle sur son propre rythme de vie constituent également des facteurs susceptibles d'accentuer la souffrance psychologique. Identifier ces différentes dimensions apparaît donc essentiel afin de mieux comprendre l'expérience vécue par les patients hospitalisés et d'adapter les pratiques de soins pour répondre à leurs besoins psychologiques autant que physiques. Ces éléments proviennent des précisions ajoutées spontanément par les patients lors du remplissage des questionnaires.

L'ensemble de ces constats met en évidence la complexité des difficultés psychologiques rencontrées par les patients hospitalisés. Au-delà de leur identification, ce travail propose d'aller un pas plus loin en dressant une cartographie de ces difficultés afin de mieux identifier les besoins des patients et de réfléchir aux outils et interventions susceptibles de leur être proposés.

INTRODUCTION

Entrer à l'hôpital signifie avant tout recevoir des soins, mais l'hospitalisation constitue aussi une expérience qui peut affecter profondément le vécu psychologique des patients. La santé du patient ne peut donc être envisagée uniquement sous l'angle physique : son état psychologique mérite également une attention particulière.

Cette approche rejoint la conception de la santé mentale proposée par Doré et Caron (2017), qui la considèrent comme un état de bien-être dépassant la simple absence de troubles mentaux. Les auteurs distinguent notamment la santé mentale de la maladie mentale : une personne peut ne présenter aucun trouble psychiatrique tout en connaissant un faible niveau de bien-être émotionnel, psychologique ou social. La santé mentale doit ainsi être envisagée comme une réalité multidimensionnelle, influencée par différents facteurs individuels, sociaux et environnementaux.

Dans ce contexte, une question se pose : comment se caractérise la santé mentale des adultes au cours d'une hospitalisation ? Si les difficultés psychologiques rencontrées par les patients sont aujourd'hui bien identifiées, leur diversité et leurs relations restent importantes à considérer. Il apparaît dès lors pertinent de dépasser la seule recherche de troubles psychiatriques pour s'intéresser également au vécu émotionnel des patients et aux facteurs susceptibles d'y être associés.

C'est dans cette perspective que s'inscrit ce mémoire, intitulé « Cartographie de la santé mentale des adultes en milieu hospitalier ». Le terme cartographie désigne ici la volonté de dresser un portrait global de la santé mentale des patients hospitalisés, en prenant en compte différentes dimensions de leur vécu psychologique. Cette démarche permet notamment d'examiner les émotions ressenties et leur gestion, l'intolérance à l'incertitude ainsi que la présence de certains troubles psychiatriques.

Ce travail vise à mieux comprendre le vécu psychologique des adultes hospitalisés, en identifiant ses principales caractéristiques et leurs relations. Il cherche ainsi à mettre en lumière la diversité des expériences vécues à l'hôpital et à contribuer à une prise en charge prenant davantage en compte les dimensions psychologiques de l'hospitalisation.

PARTIE THÉORIQUE

Avant de présenter notre projet, il convient de définir plus en détails ce que nous entendons par cartographie de la santé mentale en milieu hospitalier. Il s'agit d'une approche analytique qui vise à examiner et à représenter les différents aspects psychologiques et psychiatriques des patients hospitalisés dans le but d'optimiser leur prise en charge.

Pour élaborer cette cartographie de la santé mentale, nous souhaitons évaluer plusieurs dimensions liées au vécu psychologique des patients hospitalisés. Cette cartographie s'articule autour de plusieurs dimensions évaluées :

- Le vécu émotionnel des patients, à travers l'intensité et la fréquence des émotions ressenties ainsi que leur gestion perçue.
- L'intolérance à l'incertitude, afin d'évaluer les réactions des patients face aux situations ambiguës et incertaines
- Le profil diagnostique psychiatrique, évalué à l'aide de la MINI.

Ces axes d'investigation guident notre démarche en facilitant la compréhension et la représentation des besoins des patients. En somme, cette approche vise à approfondir, clarifier et mesurer les enjeux liés à la santé mentale des patients hospitalisés afin de développer des interventions mieux adaptées et de promouvoir leur bien-être.

Chapitre 1 : Santé mentale et hospitalisation

Selon Bouzouika (2022), l'hospitalisation représente un bouleversement psychologique majeur pour les patients, les confrontant brutalement à la fragilité de leur corps et à une dépendance accrue vis-à-vis du personnel soignant. L'article de Moment Care (2024) rappelle que l'hospitalisation est une expérience de stress et de perte de repères. Alzahrani (2021) réalise une revue intégrative de 18 études sur le vécu psychologique des patients hospitalisés. L'anxiété, la dépression et la perte d'autonomie sont des réactions fréquentes influencées par l'admission, la durée du séjour ou la qualité du lien avec les soignants. L'article d'Alzahrani (2021) souligne la pénurie de recherches sur ces effets et appelle à les considérer dans l'accompagnement hospitalier. Cette perte d'autonomie, difficile à accepter dans une société valorisant l'indépendance, peut provoquer des comportements régressifs tels que des plaintes

fréquentes, une recherche d'attention ou de réassurance. Lorsque la solitude s'installe durablement dans un environnement sensoriellement éprouvant (bruits, odeurs, manipulations, regards), elle peut accentuer l'angoisse existentielle, susciter des troubles dépressifs, des pensées obsédantes, des troubles alimentaires voire conduire à un état de résignation et de désespoir (Alzahrani, 2021). Face à cette détresse, le soutien des proches joue un rôle fondamental, mais certains visiteurs, confrontés à leur propre peur de la maladie ou à l'identification au malade, limitent leurs visites ou les évitent, ce qui renforce le sentiment d'abandon du patient. Dans ce contexte, les équipes soignantes assurent un rôle de soutien émotionnel essentiel : elles accueillent les affects négatifs (colère, peur, tristesse) tout en offrant un cadre maternant qui accompagne la régression du patient jusqu'au rétablissement d'un sentiment de sécurité interne. Toutefois, malgré leur rôle central, elles ne peuvent remplacer la chaleur des liens affectifs externes, si bien que l'isolement affectif reste une problématique cruciale du milieu hospitalier (Alzahrani, 2021).

L'hospitalisation en contexte d'isolement constitue une expérience psychologique particulièrement éprouvante pour les patients, en raison de la combinaison d'une déprivation sensorielle, d'une restriction des interactions sociales et d'un confinement prolongé dans un espace restreint. À partir d'une revue de la littérature anglophone et francophone, Proia-Lelouey et Letrecher (2018) montrent que l'isolement hospitalier est associé à une augmentation significative de l'anxiété, des symptômes dépressifs, du stress et du sentiment de solitude, dont l'intensité tend à s'accroître avec la durée de l'hospitalisation. Les auteures soulignent que cette rupture des repères habituels et des liens sociaux fragilise le vécu subjectif des patients et peut altérer durablement leur bien-être psychique. Elles insistent ainsi sur la nécessité de penser l'environnement hospitalier non seulement comme un espace de soins techniques, mais comme un cadre relationnel et sensoriel à part entière, justifiant la mise en place de dispositifs d'accompagnement psychologique et de conditions environnementales plus humanisées afin d'atténuer l'impact psychologique de l'hospitalisation.

Selon une étude réalisée en Turquie, 37,5 % des patients souffraient d'un trouble psychiatrique parmi lesquels 24,2 % présentaient un trouble anxieux et 14,4 % un trouble de l'humeur. Les troubles les plus courants étaient la dépression majeure (8,6 %) et le trouble anxieux généralisé (7,6 %) (Kayhan, Cıcek, Uguz, Karababa, & Kucur, 2013). Ces résultats mettent en évidence une fréquence élevée de troubles psychiques chez les patients hospitalisés

hors services psychiatriques et soulignent l'importance de prendre en compte la santé mentale dans cette population.

Pourtant, malgré la reconnaissance de cette comorbidité, les interventions proposées demeurent fréquemment standardisées. Dans les sources mobilisées, les interventions standardisées renvoient principalement à des dispositifs d'information, de communication et de soutien relationnel visant à limiter le sentiment de solitude, à contenir la détresse psychologique et à soutenir l'adaptation du patient dans un environnement hospitalier potentiellement désorganisant. Toutefois, ces prises en charge ne tiennent que partiellement compte du vécu subjectif des patients face à leur maladie, à l'environnement hospitalier ou à la perte temporaire d'autonomie. Cette situation invite dès lors à s'interroger sur les limites de ces dispositifs, dans la mesure où certaines interventions pourraient s'avérer moins efficaces lorsqu'elles ne s'appuient pas sur l'expérience vécue des patients. Une meilleure compréhension de ce vécu permettrait ainsi non seulement d'éclairer certains échecs thérapeutiques, mais aussi de favoriser le développement d'approches plus personnalisées, adaptées et potentiellement plus efficaces (Kayhan, Cıcek, Uguz, Karababa, & Kucur, 2013).

1.1. Prévalence des troubles psychiatriques en milieu hospitalier

1.1.1. Dépression

Sur le plan théorique, le modèle révisé de l'impuissance acquise suggère que la vulnérabilité à la dépression ne résulte pas uniquement d'une augmentation générale des émotions négatives, mais également d'une tendance à l'auto-blâme excessif. Celui-ci favorise l'émergence d'émotions morales dirigées contre soi, telles que la culpabilité, la honte, le dégoût ou le mépris envers soi-même, qui contribuent à une diminution de l'estime de soi, à un sentiment de désespoir et au développement de la dépression. Ces émotions d'auto-accusation sont étroitement associées à l'humeur dépressive et à une détresse psychologique importante (Zahn et al., 2015).

Alamri, Bari et Ali (2017) mettent en lumière la prévalence de la dépression chez les patients âgés hospitalisés (17 % selon le PHQ-9) avec des associations fortes avec la polypharmacie, les faibles revenus et les comorbidités cardiovasculaires ou cancéreuses. Ces résultats soulignent l'importance d'une prise en compte des facteurs sociaux et médicaux dans l'évaluation de la santé mentale. L'étude montre également que les patients les plus touchés

étaient majoritairement des femmes moins instruites, célibataires et en situation de vulnérabilité socio-économique. Le PHQ-9, bien qu'utile pour le dépistage rapide, tend à légèrement surestimer la prévalence par rapport à l'entretien clinique basé sur les critères DSM-5 (12 %). Cela met en évidence la nécessité de combiner des outils de dépistage sensibles avec une évaluation clinique rigoureuse afin d'éviter les faux positifs. Enfin, l'article insiste sur l'urgence de renforcer le repérage et la prise en charge précoce de la dépression chez les personnes âgées hospitalisées, en particulier celles présentant plusieurs pathologies et un traitement médicamenteux lourd.

D'autres travaux confirment que la dépression chez les personnes âgées est un trouble psychiatrique grave et souvent sous-diagnostiqué, associé à des complications en milieu hospitalier. Une étude chinoise rapporte 32,8 % de symptômes dépressifs chez des patients âgés hospitalisés, associés à la fragilité, au déclin cognitif et au dysfonctionnement familial (Zou et al., 2018). De manière concordante, Cavdar et al. (2024) montrent que l'hospitalisation est associée à des niveaux plus élevés de dépression comparativement au suivi ambulatoire. Leur étude, menée auprès de 100 patients gériatriques évalués à l'aide de la Geriatric Depression Scale et du WHOQOL-OLD, met en évidence des scores dépressifs significativement plus élevés chez les patients hospitalisés que chez ceux suivis en consultation externe suggérant un impact négatif de l'hospitalisation sur la santé mentale des personnes âgées.

1.1.2. Anxiété

Du point de vue épidémiologique, Walker et al. (2021) ont mené une méta-analyse de 32 études qui révèle que 28 % des patients hospitalisés présentent des symptômes d'anxiété cliniquement significatifs et 8 % un trouble anxieux diagnostiqué. Ces chiffres justifient la nécessité d'une détection précoce et systématique notamment à l'aide d'outils comme la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) développée par Zigmond et Snaith (1983). Cette échelle est largement utilisée en milieu hospitalier et permet de dépister rapidement l'anxiété et la dépression sans se focaliser sur les symptômes somatiques pouvant être confondus avec ceux de pathologies physiques. La forte prévalence de ces troubles souligne à la fois l'importance d'un repérage précoce pour améliorer la qualité de la prise en charge globale du patient et la nécessité d'intégrer systématiquement une évaluation psychologique dans les soins somatiques. Par ailleurs, la comorbidité anxieuse est fréquemment associée à une augmentation de la durée d'hospitalisation, à une mauvaise observance des traitements et à une

plus grande utilisation des ressources médicales, ce qui en fait un enjeu majeur de santé publique en milieu hospitalier.

1.1.3. Stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) peut se développer à la suite d'une hospitalisation vécue comme une expérience menaçante pour la vie. Par exemple, lors d'une forme grave de COVID-19, d'un séjour en réanimation, d'un traumatisme ou d'un infarctus. Il se caractérise par des souvenirs, des rêves ou des flashbacks intrusifs et récurrents liés à l'événement traumatique, par l'évitement des stimuli qui y sont associés, ainsi que par des altérations de l'humeur et des symptômes dissociatifs et cognitifs (Tarsitani et al., 2021).

Dans leur étude de cohorte menée dans un grand centre hospitalier universitaire italien spécialisé dans la prise en charge de patients atteints de la COVID-19, Tarsitani et al. (2021) ont suivi 115 patients, contactés par téléphone trois mois après leur sortie de l'hôpital et leur retour à domicile. L'évaluation du TSPT, réalisée à l'aide de l'échelle PCL-5, a montré que 10,4 % de l'échantillon présentait un diagnostic de TSPT. Les auteurs soulignent que la présence d'un diagnostic psychiatrique préexistant, en particulier des antécédents de troubles anxieux et dépressifs, constituait le principal facteur de risque de développement d'un syndrome de stress post-traumatique chez les patients ayant survécu à une hospitalisation.

Une revue systématique accompagnée d'une méta-analyse de 48 études menée par Righy et al. (2019) s'est intéressée à la prévalence des symptômes de trouble de stress post-traumatique chez les patients adultes ayant survécu à un séjour à l'hôpital. Les résultats indiquent que les symptômes de stress post-traumatique pourraient concerner jusqu'à une personne sur cinq après un passage à l'hôpital, avec une prévalence particulièrement élevée observée jusqu'à 12 mois après la sortie. Ces auteurs soulignent ainsi l'importance d'un dépistage systématique des symptômes de SSPT chez ces patients, suivi d'une prise en charge et de soins adaptés, au regard de l'impact négatif significatif que ce trouble peut avoir sur la qualité de vie.

Enfin, les troubles mentaux consécutifs à un infarctus aigu du myocarde (IAM) constituent une préoccupation croissante car ils sont associés à un pronostic plus défavorable pour les patients. La compréhension de la prévalence de ces troubles après un IAM reste incomplète, la plupart des études se concentrant sur la dépression et négligeant d'autres

affections telles que l'anxiété et le syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Les patients ayant survécu à un infarctus du myocarde présentent un risque accru de troubles psychiatriques tels que la dépression, l'anxiété et le SSPT. La prévalence du SSPT chez ces patients était d'environ 4 %. Pour comparaison, la prévalence post-infarctus de la dépression et de l'anxiété était respectivement de 16,7 % et 12,0 % (Chong et al., 2025). Certaines études suggèrent que des déterminants sociaux tels que le sexe féminin, le jeune âge et un faible statut socio-économique pourraient constituer des facteurs de risque importants pour le SSPT après un événement cardiaque majeur. Ces observations indiquent la nécessité de recherches futures pour analyser la prévalence du SSPT selon les caractéristiques démographiques, afin de mieux comprendre les facteurs de risque et de développer des interventions préventives adaptées.

1.1.4. Troubles neurocognitifs

L'étude de Scott et al. (2021), menée à Porto Rico auprès de 5 494 patients, montre que les troubles neurocognitifs constituent l'un des diagnostics psychiatriques les plus fréquents en milieu hospitalier. Les troubles neurocognitifs y apparaissent comme le deuxième diagnostic psychiatrique le plus fréquent, représentant 33 % des diagnostics psychiatriques actuels. Parmi les troubles neurocognitifs, le délire lié à une autre affection médicale était le plus souvent diagnostiqué (24,8 %), tandis que le délire non spécifié était le moins fréquent (6,8 %). Ces résultats s'inscrivent dans la littérature existante, notamment la revue de Van Niekerk et al. (2022), qui indique que le délirium touche environ 15 % des patients hospitalisés en médecine générale, avec des taux plus élevés en gériatrie. Enfin, l'âge avancé était associé à une plus grande probabilité de présenter un trouble neurocognitif et plus particulièrement un diagnostic de délire au cours de l'hospitalisation (Scott et al., 2021).

1.1.5. L'intolérance à l'incertitude en contexte hospitalier

L'intolérance à l'incertitude (IU) correspond à la difficulté d'un individu à tolérer les situations ambiguës ou imprévisibles, qui peuvent être perçues comme menaçantes et susciter de l'anxiété, de l'inquiétude ou des comportements d'évitement (McDaniels et al., 2026). En contexte de maladie chronique, des niveaux élevés d'IU sont associés à un moins bon bien-être psychologique et à une moins bonne qualité de vie (Gibson et al., 2023). Cette problématique est particulièrement importante en milieu hospitalier, où les patients peuvent être confrontés à l'attente de résultats, à un diagnostic incertain ou à une évolution imprévisible de leur état de santé. Yang et al. (2021) montrent que, chez les patients confrontés à un diagnostic incertain,

l'IU peut influencer leur état psychologique, leurs réponses cognitives, leurs comportements ainsi que leur prise de décision. Leur modèle conceptuel Facing an Uncertain Diagnosis met ainsi en évidence l'interaction entre les facteurs liés à l'environnement et les processus internes du patient dans son adaptation à l'incertitude. Ces résultats soulignent l'importance, pour les professionnels de santé, de proposer une communication claire et adaptée afin de mieux accompagner les patients confrontés à l'incertitude diagnostique (Yang et al., 2021).

Dans cette perspective, l'IU apparaît particulièrement pertinente pour comprendre le vécu psychologique des patients hospitalisés. L'hospitalisation implique en effet une perte partielle des repères habituels et confronte les patients à des informations parfois incomplètes ou évolutives concernant leur état de santé et leur prise en charge. L'IU constitue dès lors une dimension susceptible de contribuer à la compréhension des réactions émotionnelles et psychologiques observées dans ce contexte.

1.1.6. Vue d'ensemble

Globalement, toutes ces données convergent vers l'idée qu'au moins un tiers des patients hospitalisés en services non psychiatriques présentent un trouble psychiatrique actif (dépression, anxiété, troubles neurocognitifs, délirium/démence, stress post trauma, intolérance à l'incertitude, etc.) (Van Niekerk et al., 2022 ; Scott et al., 2021)

Ces troubles peuvent nuire au rétablissement physique et psychologique des patients, créant un cercle vicieux entre aggravation de la maladie chronique et détérioration du bien-être mental. Un dépistage précoce et un soutien psychologique adapté sont donc essentiels pour prévenir ces complications et améliorer durablement la qualité de vie des patients (Chong et al., 2025).

1.2. Le stress hospitalier et la surcharge allostatique : mécanismes et impacts

L'étude fondatrice de Koenig, George, Stangl et Tweed (1995) portait sur le stress en milieu hospitalier. Elle marque une volonté de structurer de manière rigoureuse l'expérience émotionnelle des patients à travers le développement de l'indice de stress hospitalier (ISH), un outil psychométrique conçu pour identifier et catégoriser les facteurs les plus stressants vécus pendant l'hospitalisation. Ce travail se distingue non seulement par son ambition méthodologique combinant approche qualitative (entretiens) et quantitative (échelles

psychométriques validées) mais aussi par sa reconnaissance du caractère multidimensionnel du stress hospitalier. L'ISH regroupe les facteurs de stress en sept grandes catégories : les effets indésirables des traitements, les changements de mode de vie imposés, les relations avec le personnel médical, les troubles psychiatriques préexistants, la compréhension du diagnostic, les difficultés familiales et l'environnement physique hospitalier. Ce découpage met en lumière la diversité des sources de stress qui sont souvent imbriquées et leur dimension relationnelle et contextuelle : par exemple, la relation soignant-soigné est identifiée comme l'un des facteurs les plus prédictifs du mal-être émotionnel. Cette étude met donc en lumière une réalité essentielle : les patients n'expérimentent pas l'hospitalisation uniquement comme un événement médical mais comme une expérience sociale, affective et identitaire. Or, ces composantes sont encore trop peu prises en compte dans les parcours de soins. L'ISH montre aussi que les patients ayant une altération de leurs capacités fonctionnelles, un niveau élevé de symptômes dépressifs (CES-D) ou des attitudes dysfonctionnelles (DAS) sont plus susceptibles de présenter un score élevé de stress ce qui souligne une vulnérabilité cumulative. Pourtant, malgré sa richesse descriptive, cet outil n'est pas largement intégré dans les pratiques cliniques contemporaines. Cela pose question sur la transformation effective des données de recherche en stratégies concrètes de soin. En ce sens, l'étude de Koenig et al. (1995) constitue une étape critique qui montre que les interventions psychologiques pertinentes (groupes de parole, soutien psychothérapeutique, formation à la communication empathique) ne peuvent être pleinement efficaces que si elles s'appuient sur une compréhension fine et contextualisée du vécu hospitalier. Or, force est de constater que ce vécu est encore trop souvent traité de manière secondaire plutôt comme une composante intrinsèque du processus de guérison.

Cette détresse psychologique identifiée grâce à des outils comme l'indice de stress hospitalier ne se limite toutefois pas à une dimension subjective. Elle s'accompagne de répercussions physiologiques mesurables, traduisant un véritable impact du stress hospitalier sur l'équilibre corporel global. L'exposition prolongée au stress hospitalier peut entraîner une surcharge allostatique, un état de déséquilibre physiologique causé par la suractivation des systèmes de réponse au stress (Goldwater et al. 2018). Cette surcharge se manifeste notamment par des niveaux élevés de cortisol, de catécholamines et de marqueurs inflammatoires et est associée à un risque accru de complications après l'hospitalisation (Goldwater et al., 2018).

Ford et al. (2023) ont examiné, dans une revue systématique et une méta-analyse, l'association entre le stress psychologique perçu par les patients durant leur hospitalisation et

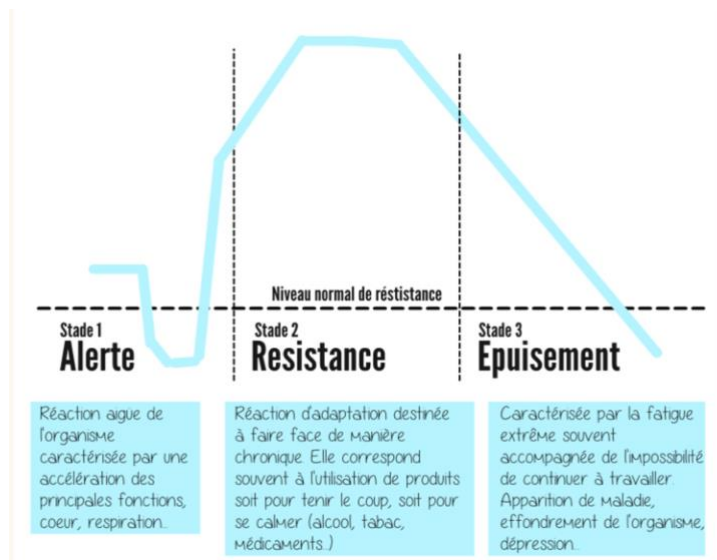
leurs résultats cliniques, aussi bien pendant qu'après leur séjour à l'hôpital. Le stress en milieu hospitalier est souvent causé par des facteurs variés tels que le manque de sommeil, la douleur, la perte de contrôle, les relations avec le personnel médical ou encore l'environnement hospitalier qui contribuent à cette surcharge allostatique. Ce phénomène est considéré comme un mécanisme explicatif du syndrome post-hospitalier (Post-Hospital Syndrome) décrit par Krumholz (2013) et Goldwater et al., (2018), une période critique marquée par une vulnérabilité accrue aux complications médicales, aux réadmissions et même à la mortalité après la sortie de l'hôpital.

L'étude de Ford et al. (2023) se base sur l'hypothèse que cette surcharge de stress affecte négativement les résultats de santé des patients. Les critères d'inclusion comprenaient des études mesurant le stress perçu par des patients adultes hospitalisés, associé à au moins un résultat clinique mesuré pendant ou après l'hospitalisation. Les résultats ont été classés en deux catégories : subjectifs (autoévaluation de la douleur, qualité de vie, satisfaction) et objectifs (données médicales comme durée de séjour ou réadmission). La revue inclut 10 études regroupant 1 832 participants. Ces études utilisent différentes échelles de mesure du stress comme le DASS, PSS ou HSRS et diverses mesures de résultats cliniques. L'analyse principale a révélé une corrélation statistiquement significative entre le stress hospitalier et les résultats cliniques : $r = 0,19$ (intervalle de confiance à 95 % : 0,12–0,26) indiquant une association faible à modérée, mais robuste. Cependant, les auteurs insistent sur le besoin urgent de recherches de meilleure qualité avec des échantillons plus larges, des mesures standardisées du stress et des conceptions expérimentales mieux contrôlées afin de confirmer le lien de causalité potentiel entre le stress hospitalier et les issues cliniques négatives.

L'article de Moment Care (2024) propose une approche holistique du vécu des patients hospitalisés en soulignant que l'hospitalisation n'est pas un simple épisode médical mais une expérience de rupture. Cette rupture (physique, sociale et psychologique) active des mécanismes de stress qui peuvent, s'ils ne sont pas compensés, entraîner des troubles psychiques marqués. L'auteur mobilise le modèle du syndrome général d'adaptation pour expliquer que les patients passent d'une phase d'alarme à une phase de résistance puis parfois à une phase d'épuisement. Cette trajectoire s'accompagne d'une baisse des défenses immunitaires, d'un état anxio dépressif voire des symptômes somatiques. L'article insiste sur des facteurs aggravants bien identifiés : l'isolement, la perte de repères, la douleur, les

perturbations du sommeil, l'incertitude face aux soins ainsi que le manque de contacts familiaux.

FIGURE 1 - MODÈLE DU SYNDROME GÉNÉRAL D'ADAPTATION (SGA)
(MOMENT CARE, 2024)



1.3. L'après-hospitalisation : enjeux socio-économiques

Les patients récemment hospitalisés traversent une période de vulnérabilité accrue, caractérisée par un risque élevé de développer différents problèmes de santé. Cet état, appelé syndrome post-hospitalisation (SPH), correspond à une vulnérabilité acquise qui n'est pas nécessairement liée à la maladie ayant motivé l'hospitalisation (Du et al., 2026). Introduit par Krumholz, ce concept désigne l'ensemble des conséquences pouvant apparaître au cours des 30 premiers jours suivant la sortie de l'hôpital, période associée à un risque accru de complications et de réhospitalisation (Bellod-Tonda et al., 2021).

Cette vulnérabilité est particulièrement importante chez les personnes âgées, qui présentent un risque élevé de complications lors du retour à domicile après une hospitalisation (Liebzeit et al., 2021). Le syndrome post-hospitalisation se manifeste notamment par un risque accru de déclin physique, fonctionnel et cognitif, ainsi que par l'apparition de symptômes dépressifs. L'hospitalisation peut entraîner une perte rapide de masse et de force musculaires, une diminution de l'autonomie et une augmentation du risque de chutes. Ainsi, environ 40 à 50 % des personnes âgées ne retrouvent pas leur niveau fonctionnel antérieur après leur hospitalisation. Cette période est également associée à un risque important d'événements indésirables liés aux soins, à des difficultés dans la continuité des soins et à des

réhospitalisations non planifiées. Ces éléments soulignent l'importance d'une préparation adaptée à la sortie de l'hôpital et d'un suivi renforcé afin de limiter les conséquences de l'hospitalisation chez les personnes âgées (Schattner, 2023).

Toutefois, la vulnérabilité après une hospitalisation ne concerne pas uniquement les personnes âgées, mais également les patients plus jeunes. Elle dépasse la maladie initiale ayant conduit à l'admission : une proportion importante des réhospitalisations survient pour des causes différentes de l'affection initiale, suggérant l'existence d'une période prolongée de fragilité et d'une diminution de la capacité de récupération face à de nouveaux problèmes de santé. L'hospitalisation elle-même peut contribuer à cette vulnérabilité en favorisant un déclin fonctionnel et la survenue d'événements indésirables, notamment en raison de plusieurs facteurs de stress tels que l'immobilisation, les troubles du sommeil, l'isolement social, la dénutrition ou la polymédication. Ces facteurs peuvent entraîner une perte d'autonomie dans les activités quotidiennes et renforcent l'idée que le syndrome post-hospitalisation correspond à un état de vulnérabilité généralisée après un séjour hospitalier (Goldwater et al., 2018).

Par ailleurs, plusieurs auteurs rapportent la survenue d'événements de santé défavorables chez jusqu'à 62 % des patients entre le premier et le troisième mois suivant leur sortie de l'hôpital (Bellod-Tonda et al., 2021). L'apparition du syndrome post-hospitalisation peut être favorisée par différents facteurs liés au séjour hospitalier, notamment les perturbations du sommeil, les difficultés d'adaptation au nouvel environnement, l'intervention de nombreux professionnels de santé, les traitements médicamenteux, la douleur, les complications iatrogènes, l'immobilisation prolongée ainsi qu'une alimentation inadéquate (Bellod-Tonda et al., 2021).

L'étude de Dreyer et al. (2017) apporte un éclairage essentiel sur les différences entre hommes et femmes concernant les trajectoires de ré-hospitalisation et de mortalité après hospitalisation pour insuffisance cardiaque, infarctus aigu du myocarde (IAM) ou pneumonie. À partir d'une analyse des données nationales de Medicare, les auteurs montrent que les femmes présentent un risque de réadmission significativement plus élevé que les hommes après un IAM, tandis que ces derniers présentent une mortalité systématiquement plus élevée, toutes pathologies confondues. Ces résultats s'appuient sur des modèles de survie ajustés (Fine & Gray pour les réadmissions, Cox pour la mortalité), tenant compte de facteurs tels que l'âge, le revenu et les comorbidités. L'étude met en évidence des différences de temporalité dans l'évolution du risque, en analysant précisément le temps nécessaire pour que celui-ci diminue

de moitié ou atteigne un plateau. Ces données soulignent l'importance d'une approche genrée du suivi post-hospitalier, encore largement absente des pratiques cliniques et invitent à cibler des interventions différenciées pour améliorer le rétablissement, notamment chez les femmes après un IAM.

Enfin, Dreyer et al. (2017) met en évidence le rôle central des facteurs sociaux, démographiques et économiques dans l'évolution post-hospitalière. Un faible niveau socio-économique, une scolarité limitée, l'absence d'emploi ou un soutien social insuffisant sont associés à des issues moins favorables, tant sur le plan fonctionnel que psychologique et social. À l'inverse, la présence de ressources économiques, relationnelles et éducatives semble constituer un facteur protecteur, facilitant les capacités d'adaptation et de rétablissement après l'hospitalisation. Ces résultats invitent à considérer l'après-hospitalisation comme un processus inscrit dans une dynamique d'inégalités sociales de santé, où les vulnérabilités médicales interagissent étroitement avec les conditions de vie et l'environnement psychosocial des individus.

Chapitre 2 : L'amélioration du bien-être en milieu hospitalier

L'amélioration du bien-être des patients hospitalisés constitue un enjeu fondamental de santé qui dépasse largement la seule dimension biomédicale. L'hospitalisation est une épreuve physique et psychologique qui mobilise de nombreuses ressources d'adaptation. Plusieurs approches complémentaires, thérapeutiques, relationnelles et environnementales ont été identifiées dans la littérature comme efficaces pour réduire la souffrance psychique, améliorer le confort émotionnel et renforcer le sentiment de sécurité du patient.

2.1. Humanisation des soins et interventions non médicamenteuses en milieu hospitalier

Un axe central de cette amélioration repose sur les interventions non médicamenteuses qui agissent directement sur la régulation émotionnelle et la perception de la douleur. Parmi celles-ci des techniques comme l'hypnose, la sophrologie, le Qigong (une gymnastique douce issue de la médecine traditionnelle chinoise) ou encore l'auriculothérapie (dérivée de l'acupuncture) ont montré des effets positifs sur la réduction du stress, de l'anxiété ou de la douleur (Santhea s.d.). Intégrées dans plusieurs hôpitaux belges tels que le CHU Saint-Pierre, le CHU de Liège ou le CTR de l'hôpital Erasme, ces pratiques visent à améliorer la qualité de

vie des patients atteints de maladies chroniques. Par exemple, l'hypnosédation combine hypnose et anesthésie locale pour éviter les effets secondaires de l'anesthésie générale. L'auriculothérapie est pratiquée au centre antidouleur du Bois de l'Abbaye. Elle soulage les douleurs par stimulation du pavillon de l'oreille. Quant à la sophrologie, elle aide les patients à gérer stress et douleur tout en renforçant leur capacité à accepter les changements corporels. Ces pratiques sont non invasives, peu coûteuses et offrent au patient un sentiment de contrôle précieux sur son parcours de soin.

Cette dynamique est également portée par les nouvelles technologies. L'article publié par Healthy Mind (2020) décrit une initiative novatrice du CHU-UCL Namur qui utilise la réalité virtuelle dans son Unité d'accueil préopératoire. Le dispositif propose des environnements immersifs et apaisants (jardin zen, forêt, plage) accompagnés de musique douce et d'exercices respiratoires guidés. Les effets de la réalité virtuelle sont : une réduction marquée de l'anxiété, une amélioration du confort émotionnel et une diminution du recours aux analgésiques. Cette méthode facilite également le travail des soignants et implique davantage les patients dans leur prise en charge.

L'article de Healthy Mind (2020) sur l'hypnose médicale souligne qu'elle est désormais intégrée dans plusieurs services hospitaliers (oncologie, pédiatrie, anesthésie...). Cette technique favorise un état modifié de conscience qui aide à mieux gérer douleur, stress et troubles anxieux. L'hypnose peut aussi réduire les besoins en antalgiques voire partiellement remplacer l'anesthésie. Son efficacité est renforcée par des dispositifs de réalité virtuelle immersive qui sont conçus pour guider le patient dans un état de détente profonde.

Dans cette perspective, des travaux récents (Chikhouné et al., 2024) soulignent l'intérêt de l'hypnose médicale comme intervention non médicamenteuse pour atténuer le stress lié à l'hospitalisation. Une étude pilote randomisée menée en 2023 au sein d'un service de médecine interne du CHU de Lille a évalué l'impact d'une séance d'hypnose dite du « lieu de sécurité » auprès de patients hospitalisés pour des maladies auto-immunes ou auto-inflammatoires systémiques rares. Les résultats montrent une diminution significative de l'anxiété état immédiatement après la séance, avec un effet maintenu jusqu'à la fin de l'hospitalisation, comparativement au groupe témoin. Par ailleurs, les patients ayant bénéficié de l'intervention rapportaient un vécu global de l'hospitalisation significativement plus positif. Ces données suggèrent que l'hypnose médicale peut constituer un levier pertinent pour améliorer

l'expérience subjective de l'hospitalisation, en particulier en réduisant le stress et en renforçant le sentiment de sécurité et de contrôle chez des patients confrontés à des pathologies chroniques.

Dans cette perspective d'amélioration globale de l'expérience hospitalière par des interventions non médicamenteuses, le sommeil constitue un autre enjeu clinique majeur. Malgré les effets néfastes bien établis du manque de sommeil sur le rétablissement, celui-ci demeure insuffisamment pris en charge chez les patients hospitalisés en phase aiguë. Les interventions comportementales sont pourtant recommandées en première intention, avant tout traitement pharmacologique, en raison des effets secondaires associés aux sédatifs hypnotiques. La revue systématique de Tamrat et al. (2013) avait ainsi pour objectif d'identifier les interventions non pharmacologiques visant à améliorer la qualité et la quantité du sommeil chez des patients hospitalisés hors unités de soins intensifs. Cette revue a inclus treize études d'intervention regroupant 1 154 participants. Les résultats suggèrent que certaines interventions, telles que les techniques de relaxation, l'amélioration de l'hygiène du sommeil, la réduction des interruptions nocturnes ou encore l'exposition à une lumière vive durant la journée, peuvent entraîner des améliorations modestes du sommeil. Toutefois, l'importante hétérogénéité des interventions, des méthodes d'évaluation, des populations étudiées et la rareté des essais randomisés limitent fortement la portée de ces résultats. Ainsi, les données probantes demeurent insuffisantes, voire faibles, quant à l'efficacité des interventions non pharmacologiques pour améliorer la qualité ou la quantité du sommeil chez les patients hospitalisés, soulignant la nécessité d'études complémentaires afin d'orienter plus solidement la pratique clinique (Tamrat et al., 2013).

2.2. Rôle des proches et soutien relationnel

Un levier important dans la protection psychologique des patients hospitalisés est l'implication des proches dans les soins, perçue comme un facteur protecteur contre l'isolement, la solitude et le sentiment d'abandon (Healthcare Excellence Canada, 2020). L'essai contrôlé randomisé néerlandais EFFAMPART, mené auprès de 306 proches et 235 soignants, montre que la participation des familles à des soins essentiels (communication, confort, aide à l'alimentation, mobilisation) est globalement bien accueillie (91 % des proches ont apprécié y participer) et renforce le sentiment de compétence et la clarté des rôles, tant chez les proches que chez les soignants (Rutten et al., 2023). Des limites apparaissent toutefois selon le type de geste : les soins intimes (toilette, hygiène) restent vécus comme une intrusion dans l'intimité du patient, tant pour la personne soignée que pour l'aidant, en raison de la gêne et de la pudeur

qu'ils suscitent, alors que les gestes simples comme l'habillage ou l'aide au repas sont davantage porteurs d'apaisement, de dignité et d'échange affectif. Seule une minorité de proche participe effectivement à l'ensemble des activités proposées (médiane de 9 activités sur 34 dans l'essai EFFAMPART), ce qui traduit une incertitude persistante sur les souhaits du patient en matière de confidentialité et sur la charge acceptable pour l'aidant (Rutten et al., 2023). Ces réticences soulignent la nécessité d'une approche personnalisée, ajustée au type de soin, aux préférences du patient et à la disponibilité du proche.

De manière complémentaire, Jabre (2014) évoque le modèle Patient and Family-Centered Care surtout en réanimation. L'étude PRESENCE démontre que la présence des proches lors de la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) n'altère pas la qualité des soins et réduit le stress post-traumatique des familles. Elle encourage une collaboration progressive entre les équipes médicales et les familles à condition de respecter les préférences du patient et de former les soignants à la communication avec les proches.

Dans une perspective plus large, l'analyse de Varner et al. (2024) met en évidence les conséquences du manque de soutien relationnel et social dans les parcours de soins. Les auteurs décrivent des situations dans lesquelles des patients, bien que médicalement stabilisés, ne peuvent quitter l'hôpital en raison d'un soutien familial ou communautaire insuffisant. Ces « admissions pour manque de soutien social » illustrent le rôle central des proches dans la sécurisation du retour à domicile et la continuité des soins. Parmi les différentes formes de soutien social mobilisées au cours du parcours de soins, le proche aidant occupe une place particulière en raison de son implication directe dans l'accompagnement du patient hospitalisé et dans la continuité des soins après la sortie.

Chez le patient hospitalisé, le proche aidant principal peut être compris comme la personne qui fournit le plus souvent l'aide et l'assistance à une personne nécessitant des soins. Dans le contexte hospitalier, ils constituent des participants actifs à la prise en charge du patient pendant le séjour. Leur implication ne se limite pas à un soutien affectif, puisqu'ils contribuent également à la coordination de la communication avec les cliniciens, veillent au bien-être global du patient et mobilisent un réseau d'aide plus large (Eyaloba et al., 2021). Pendant l'hospitalisation, les aidants peuvent adopter différents rôles, notamment ceux de compagnon, assistant, représentant, navigateur et planificateur. Dans certains contextes hospitaliers, ils réalisent également des tâches concrètes telles que l'alimentation, la toilette, le transport du patient, l'administration de médicaments ou encore la préparation des repas (Miller et al., 2016).

Plus largement, ils apportent une aide pratique concernant les tâches quotidiennes, les courses, l'accompagnement aux rendez-vous, ainsi qu'un soutien logistique et émotionnel aux patients. Leur implication permet d'atténuer certaines limites du système de santé et contribue au rétablissement des malades. Toutefois, leur rôle reste complexe et exigeant, car ils assument de nombreuses responsabilités tout au long de la journée. Il apparaît donc important de reconnaître leur contribution et de prendre en compte la charge associée à ces tâches afin de mieux les soutenir (Adebayo et al., 2024).

L'absence ou l'épuisement de l'entourage peut ainsi exposer les patients à des conditions de vie jugées non sécuritaires, générant détresse psychologique, perte de repères et hospitalisations prolongées. Ces éléments soulignent que le soutien relationnel constitue un facteur déterminant de la trajectoire post-hospitalière, tout en rappelant qu'il ne peut reposer exclusivement sur les familles. L'articulation entre présence des proches, ressources communautaires et organisation des soins apparaît dès lors essentielle pour préserver la dignité des patients et prévenir les ruptures de parcours.

2.3. La mesure de l'expérience patient : outil central pour l'amélioration continue

Dans cette approche globale du bien-être, la mesure de l'expérience patient devient un indicateur clé. Dubé-Linteau (2017) rapporte que, depuis 2013, les établissements québécois ont intégré ces outils dans les soins en santé mentale. Les questionnaires évaluent la reconnaissance des préférences, la qualité de la communication ou encore l'intégration des services. Dans ce contexte, l'auteur met en évidence que les dispositifs d'« expérience patient » ne se limitent pas à une évaluation globale de la satisfaction, mais permettent de documenter plus finement si les patients estiment que leurs valeurs et préférences sont reconnues, que la communication avec les soignants est de qualité et que les différents services sont effectivement coordonnés le long du parcours de soins.

Cette logique d'écoute du vécu subjectif est illustrée par une étude quasi expérimentale (n = 256) de Buelens et al. (2023), qui examine les effets des soins d'aumônerie chez des patients hospitalisés. Après avoir contrôlé plusieurs variables socio-démographiques (âge, sexe, éducation, religiosité...), les chercheurs ont observé une amélioration immédiate de la paix intérieure chez les patients ayant reçu un accompagnement spirituel, comparativement au groupe témoin. En revanche, aucun effet significatif n'a été constaté sur l'anxiété générale, les

symptômes dépressifs ou l'anxiété existentielle, ni lors du suivi trois semaines plus tard. L'étude insiste néanmoins sur l'importance de variables existentielles comme la paix intérieure, la solitude ou le sens de la vie, souvent abordées par les aumôniers. Ces résultats soulignent l'intérêt de mesurer des dimensions subjectives et sensibles au vécu, en complément des indicateurs cliniques classiques, pour mieux évaluer l'impact des soins (Buelens et al., 2023).

2.4. L'environnement hospitalier comme levier d'amélioration du bien-être des patients

Au-delà des interventions psychologiques proposées directement aux patients, les caractéristiques de l'environnement hospitalier lui-même peuvent également constituer un levier d'amélioration du vécu des patients. En effet, les hôpitaux sont des environnements complexes et potentiellement stressants, dans lesquels les patients peuvent être confrontés à la douleur, à l'incertitude, à l'anxiété ou encore à une perte d'autonomie. Les recherches récentes soulignent ainsi l'importance de l'environnement physique dans le processus de rétablissement, le bien-être émotionnel et la perception de la qualité des soins. Parmi les différentes approches envisageables, le design biophilique constitue un exemple de piste visant à intégrer des éléments inspirés de la nature dans les espaces de soins, dans le but de créer des environnements plus apaisants et susceptibles de favoriser le bien-être des patients (Du et al., 2026).

Ainsi, outre les caractéristiques physiques des espaces de soins, l'environnement hospitalier peut également être envisagé à travers les expériences et les conditions d'accompagnement proposées aux patients. Les effets positifs de cet environnement sont illustrés par différentes initiatives visant à favoriser le bien-être psychologique. L'article de Tedisel Medical (2024) rapporte une collaboration entre l'Hôpital Vall d'Hebron et le Musée national d'art de Catalogne (MNAC). Le projet est mené auprès de femmes souffrant de stress post-traumatique. Il compare un accompagnement en milieu hospitalier à des séances en musée en s'appuyant sur le modèle STAIR. Les résultats montrent un renforcement de l'estime de soi, de la régulation émotionnelle et des compétences relationnelles.

Par ailleurs, l'aménagement de l'environnement hospitalier constitue un levier important du vécu psychologique des patients. Des éléments tels que la lumière naturelle, la présence d'espaces verts, des couleurs apaisantes ou un mobilier adapté peuvent contribuer à réduire le stress, améliorer la satisfaction des patients et favoriser les échanges avec les soignants (Tedisel, 2024 ; Moment Care, 2024). Ces éléments viennent compléter les approches

déjà évoquées en mettant en évidence le rôle que peut jouer le cadre physique dans l'expérience quotidienne de l'hospitalisation.

Toutefois, l'environnement dans lequel évolue le patient ne se limite pas aux caractéristiques matérielles de l'hôpital. La qualité de l'accompagnement et la possibilité pour le patient de conserver une certaine autonomie participent également à son expérience hospitalière. Gendet (s.d.) souligne l'importance d'un accompagnement humain individualisé, fondé sur l'écoute des craintes, des aspirations et des besoins propres à chaque patient. Dans cette perspective, des pratiques favorisant l'autonomie, comme l'apprentissage de nouvelles compétences ou l'activité physique adaptée, peuvent soutenir le sentiment de contrôle et l'adaptation psychologique face à la maladie. Enfin, Brunet (2024) rappelle que le confort quotidien, à travers des soins réalisés dans le respect du rythme du patient et la préservation de repères personnels, participe également à une expérience hospitalière plus sécurisante, notamment dans les contextes de grande vulnérabilité tels que les soins palliatifs.

L'ensemble de ces éléments montre ainsi que l'environnement hospitalier peut être envisagé dans une perspective large, à la fois physique, humaine et expérientielle. En prenant en compte ces différents éléments, on peut situer plus précisément les conditions dans lesquelles les patients vivent leur hospitalisation et comprendre les multiples défis psychologiques auxquels ils sont confrontés. Ainsi, l'ensemble de ces éléments met en évidence que l'expérience hospitalière dépasse largement le cadre biomédical. Ces différentes approches soulignent l'importance d'une prise en charge globale du bien-être hospitalier, intégrant non seulement des dimensions thérapeutiques et environnementales mais aussi relationnelles et psychologiques. Toutefois, malgré la richesse des initiatives existantes, de nombreux patients continuent à souffrir de troubles psychiques durant et après l'hospitalisation.

PARTIE EMPIRIQUE

Chapitre 3 : Méthodologie

3.1. Objectiver le vécu hospitalier : pourquoi privilégier la recherche quantitative ?

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons réfléchi à la méthodologie la plus adaptée. Nous avons décidé d'utiliser la recherche quantitative. La recherche quantitative est une méthode d'enquête scientifique qui repose sur la mesure objective de données chiffrées pour comprendre et expliquer les phénomènes sociaux. Elle cherche à tester des hypothèses, établir des relations de cause à effet et produire des résultats généralisables grâce à des échantillons larges et représentatifs (Lim, 2024).

Par exemple, dans un contexte hospitalier, si l'on veut comprendre le degré de satisfaction des patients, la recherche quantitative utilisera des questionnaires standardisés avec des échelles de mesure (comme une note de 1 à 10), permettant de collecter rapidement des données auprès d'un grand nombre de personnes. Ces données pourront être analysées statistiquement pour dégager des tendances générales : quel pourcentage de patients se sentent écoutés, combien expriment une insatisfaction ou encore quelles caractéristiques (âge, service, durée de séjour) influencent leurs réponses. L'objectif ici est la précision, l'objectivité et la reproductibilité des résultats.

L'article de Lim (2024) insiste sur le fait que cette approche est indispensable dans un monde axé sur les données. Elle permet de dégager des modèles prédictifs, d'identifier des problèmes, de proposer des solutions et de tester des hypothèses avec rigueur. Elle est particulièrement utile dans des contextes où il est nécessaire de produire des résultats comparables, rapidement exploitables et applicables à grande échelle. Ses atouts majeurs résident dans sa capacité de généralisation, sa rapidité, sa standardisation des instruments de collecte et sa capacité à établir des liens de causalité (par exemple, entre un type de soin et un niveau de satisfaction).

De plus, grâce à l'usage de modèles statistiques et logiciels spécialisés, les résultats sont objectifs et reproductibles ce qui renforce leur crédibilité scientifique. Cependant, cette méthode n'est pas sans limites. Elle souffre notamment d'une compréhension limitée du

contexte : en se concentrant uniquement sur ce qui est mesurable, elle peut négliger des éléments essentiels de l'expérience humaine comme les émotions, les valeurs ou la signification que les individus donnent à leur vécu. Elle a également une tendance à simplifier des phénomènes complexes en réduisant la réalité à des variables isolées. En ce sens, elle ne permet pas à elle seule de saisir la richesse et la complexité de l'expérience vécue comme celle des patients hospitalisés qui ressentent de l'abandon ou un manque d'écoute. Ces dimensions sont mieux explorées par la recherche qualitative.

La recherche quantitative est un outil puissant pour analyser des phénomènes à grande échelle avec rigueur scientifique. Elle permet d'appuyer des décisions sur des faits mesurés et vérifiables. Mais pour comprendre en profondeur ce que vivent les individus, en particulier dans des contextes sensibles comme l'hôpital, elle gagnerait à être complétée par une approche qualitative, plus attentive à la voix et à l'émotion des personnes concernées.

Ce choix méthodologique est donc bénéfique pour notre projet car il nous permet de recueillir des données concrètes et mesurables sur la santé mentale des patients hospitalisés. Grâce à la recherche quantitative, nous pourrions identifier les difficultés les plus fréquentes, repérer des liens entre certaines variables (comme la durée du séjour ou le type de service) et appuyer nos hypothèses sur des résultats objectifs. Cela renforcera la crédibilité de notre mémoire et permettra de proposer des pistes d'amélioration basées sur des faits. Même si cette approche ne capte pas toute la complexité de l'expérience humaine, elle constitue une base solide pour mieux comprendre les enjeux psychologiques en milieu hospitalier.

3.2. Type de recherche et justification du choix

La présente étude est une étude quantitative et exploratoire. Elle vise à étudier, à un moment donné, les dimensions émotionnelles et psychologiques de patients hospitalisés et à explorer les relations entre différentes variables sociodémographiques, contextuelles et psychologiques.

3.3. Population et critères d'inclusion

La population étudiée était composée de patients hospitalisés au CHU de Liège, tous services confondus, indépendamment du motif de leur hospitalisation. La collecte des données s'est déroulée de juin à juillet 2026.

Les critères d'inclusion sont simples :

- Avoir 18 ans ou plus,
- Être actuellement hospitalisé,
- Avoir donné un consentement éclairé pour participer à l'étude,
- Maîtrise du français.

3.4. Échantillonnage

L'échantillon comprend 132 participants. Cette étude étant de nature exploratoire, aucun calcul de taille d'échantillon n'a été réalisé a priori. L'objectif était d'inclure le plus grand nombre possible de patients répondant aux critères d'inclusion afin d'obtenir un échantillon suffisamment large pour explorer les relations entre les variables étudiées. Concernant l'échantillonnage, nous avons opté pour une méthode de convenance : nous avons rencontré les patients disponibles et volontaires dans plusieurs services du CHU notamment la cardiologie, la pneumologie, la cardiologie non-déprogrammable (NDB), la gastroentérologie, la médecine interne, la chirurgie, entre autres, afin de refléter la diversité des profils et des situations rencontrées à l'hôpital.

3.5. Outils et instruments de mesure

Pour l'administration du questionnaire, celui-ci a été proposé uniquement en format papier, bien que le formulaire de consentement mentionne une possibilité de passation papier ou numérique. Les participants ont complété les questionnaires durant leur hospitalisation, directement au sein du CHU. Dans la pratique, l'évaluation a eu le plus souvent lieu dans la chambre du patient. Bien que ce cadre ne permette pas toujours une confidentialité optimale, nous avons veillé à choisir des moments appropriés afin de limiter les interruptions et le risque de présence de visiteurs (par exemple en évitant les périodes où les visites externes sont autorisées). Les échanges se sont déroulés dans le respect de la vie privée des participants et de leur confort. Pour recueillir les données, nous avons utilisé des questionnaires composés d'échelles validées scientifiquement.

3.6. Déroulement de la collecte de données

Pour ce qui est de la procédure de collecte des données, plusieurs étapes ont été réalisées. D'abord, le recrutement des participants s'est fait de manière simple et accessible. Pour pouvoir

participer, chaque patient a rempli un formulaire de consentement éclairé. Ce formulaire précisait clairement les objectifs de l'étude, les garanties de confidentialité et surtout le droit de se retirer à tout moment sans aucune conséquence sur leur prise en charge. L'idée est que chaque patient soit pleinement informé et libre de participer ou non à l'étude en toute sérénité.

La durée de passation variait selon les participants, notamment en fonction de leur rythme de réponse et de leur état au moment de l'évaluation. Elle était généralement d'environ 30 à 40 minutes.

3.6. Considérations éthiques

En ce qui concerne les considérations éthiques, nous avons veillé à assurer la confidentialité et l'anonymat de toutes les données collectées qui seront stockées de manière sécurisée. Le protocole de recherche a été soumis au Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (CEHFUL) et a reçu un avis favorable avant le début du recrutement des participants (référence : 2026-167).

3.7. Questionnaires et outils d'évaluation

Dans le cadre de notre revue de la littérature, nous avons identifié plusieurs questionnaires et outils d'évaluation pertinents pour explorer l'impact d'une hospitalisation sur la santé mentale des patients. Tous ces outils sont disponibles en français et accessibles ce qui nous a permis de les intégrer à notre recherche.

Nous avons adopté une approche réaliste et facilement applicable dans le contexte hospitalier en proposant aux patients un questionnaire sociodémographique, l'échelle des émotions de base (BES), l'Échelle d'Intolérance à l'Incertitude (ÉII), ainsi que l'Entretien neuropsychiatrique international abrégé (MINI).

Le questionnaire de personnalité NEO PI-R, prévu à titre optionnel dans le protocole initial, n'a finalement pas été retenu. Les premières tentatives de passation ont rapidement mis en évidence des difficultés importantes de faisabilité, notamment en raison de sa longueur, certains patients ayant des difficultés à aller jusqu'au terme du questionnaire. Sa passation aurait porté la durée totale de l'évaluation à plus d'une heure par patient, ce qui apparaissait difficilement compatible avec les conditions d'hospitalisation et la disponibilité des patients.

Le NEO-PI a donc été remplacé par la MINI, dont la passation était davantage adaptée aux contraintes de l'étude.

3.7.1. Questionnaire sociodémographique

Le questionnaire sociodémographique est un instrument qui a été élaboré dans le cadre de la présente recherche afin de recueillir des informations générales sur les participants ainsi que des éléments relatifs à leur expérience d'hospitalisation. Il comprend plusieurs questions fermées portant sur les caractéristiques sociodémographiques des participants, notamment l'âge, le sexe, la situation de vie, la présence d'enfants, le niveau d'études et la situation professionnelle. Ces informations permettent de mieux caractériser l'échantillon étudié et d'examiner l'influence éventuelle de certaines variables sociodémographiques sur la santé mentale des patients hospitalisés. Le questionnaire comporte également une section consacrée à l'expérience hospitalière des participants. Cette partie vise à recueillir des informations contextuelles liées à l'hospitalisation actuelle, telles que la durée de l'hospitalisation, le service dans lequel le patient est hospitalisé, le caractère éventuel d'une première hospitalisation dans ce service ainsi que l'existence d'hospitalisations antérieures dans d'autres services. Ces données permettent de mieux contextualiser les réponses aux échelles psychologiques administrées dans l'étude. Enfin, afin de préserver l'anonymat des participants tout en permettant l'appariement des questionnaires, un code d'identification anonyme est demandé en début de questionnaire. Celui-ci est constitué des trois premières lettres du prénom du participant, des trois premières lettres de sa rue et de son âge.

3.7.2. Échelle d'Intolérance à l'Incertitude (ÉII)

L'Échelle d'Intolérance à l'Incertitude (ÉII) est un questionnaire auto-administré de 27 items qui mesure les réactions émotionnelles, cognitives et comportementales face à des situations ambiguës et à l'incertitude (Freeston et al. (1994)). Les répondants évaluent chaque énoncé sur une échelle de type Likert en cinq points allant de « pas du tout correspondant » à « tout à fait correspondant ». Le score total varie de 27 à 135, un score plus élevé indiquant une intolérance plus importante à l'incertitude. Les qualités psychométriques de l'ÉII sont solides : la cohérence interne est élevée, avec un alpha de Cronbach compris entre 0,91 et 0,96 selon les études, et la fidélité test-retest est également satisfaisante ($r \approx 0,74-0,78$) (Cantin, 2023). La

validité de construit est confirmée par des corrélations significatives avec des mesures d'inquiétude, d'anxiété et de dépression, et la validité discriminative montre que l'échelle distingue efficacement les sujets cliniques des sujets non cliniques. Les analyses factorielles confirment que, bien que certaines sous-dimensions puissent être identifiées, l'utilisation du score total est recommandée pour représenter de manière fiable l'intolérance à l'incertitude.

3.7.3. Entretien neuropsychiatrique international abrégé (MINI)

Dans le cadre de la présente étude, nous avons utilisé la version française 5.0.0 de la MINI (M.I.N.I. 5.0.0, French version, DSM-IV).

L'Entretien neuropsychiatrique international abrégé (MINI) est un entretien diagnostique structuré court conçu pour identifier les principaux troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM et de la CIM-10. Développé conjointement en français et en anglais par Sheehan et Lecrubier en 1997, il visait à remplacer des outils plus longs comme le CIDI ou le SCID. Sa structure par modules indépendants, chacun débutant par des questions filtres à réponse binaire (« oui/non »), permet d'explorer efficacement 17 troubles, tels que l'épisode dépressif majeur, les troubles anxieux, les troubles psychotiques ou encore le risque suicidaire.

Bien qu'il s'agisse d'un entretien diagnostique structuré, son utilisation dans la présente étude s'inscrit dans une démarche quantitative. En effet, les résultats obtenus à l'issue de la MINI permettent d'identifier la présence ou l'absence de différents diagnostics psychiatriques. Ces résultats sont ensuite codés sous forme de variables catégorielles et intégrés aux analyses statistiques. Ainsi, l'utilisation de la MINI ne modifie pas l'approche méthodologique générale de l'étude, qui demeure exclusivement quantitative.

La validité de la MINI a été établie par des études rigoureuses impliquant 370 sujets, dont 330 en Floride et 40 à Paris. Ces recherches ont comparé la MINI à l'entretien clinique structuré SCID-P pour le DSM-III-R et au CIDI pour la CIM-10. Les résultats ont démontré que la MINI est un outil fiable, avec une fidélité inter-juge excellente (coefficients Kappa allant de 0,79 à 1) et une fidélité test-retest stable sur un intervalle d'un à deux jours. Pour la version française, les coefficients de concordance pour les modules testés se situent entre 0,76 et 0,93. Un avantage majeur souligné par ces études est la rapidité d'exécution : l'administration du MINI-CR est en moyenne deux fois plus rapide que celle des sections correspondantes du SCID-P, prenant environ une vingtaine de minutes (Sheehan et al., 1997).

Malgré ces performances, la MINI présente des limites inhérentes à son format simplifié. Comme il repose sur des réponses fermées, il ne permet pas d'évaluer la sévérité des symptômes ni leur retentissement fonctionnel. De plus, bien qu'il puisse être auto-administré, les sources précisent que ses qualités psychométriques sont optimales lorsqu'il est administré par un clinicien entraîné. Dans le cadre de la présente étude, la MINI a été administrée directement par nous-mêmes auprès des participants. Cette administration permettait de s'assurer du respect des consignes et du déroulement standardisé de l'entretien. Une expertise et une formation adéquates à l'utilisation de l'outil sont en effet importantes afin de limiter les risques de surévaluation ou de sous-évaluation des diagnostics, garantissant ainsi la précision de l'outil tant en contexte de recherche qu'en pratique clinique (Sheehan et al., 1997).

3.7.4. Questionnaire des émotions de base

Le Questionnaire des émotions de base est un instrument visant à évaluer l'intensité et la fréquence de différentes émotions ressenties par les individus. Il permet d'explorer plusieurs états émotionnels tels que la colère, la tristesse, la honte, l'anxiété, la joie, la culpabilité, la frustration ou encore le dégoût. Les participants sont invités à indiquer dans quelle mesure ils ont ressenti ces émotions à l'aide d'une échelle de type Likert en sept points. Le questionnaire se compose de plusieurs sections. La première partie porte sur les émotions ressenties au cours de la dernière semaine et comprend 21 items, visant à évaluer leur intensité ou leur présence. La deuxième partie s'intéresse à la fréquence générale avec laquelle ces émotions sont ressenties et comprend également 21 items. Enfin, la troisième partie examine la manière dont les participants perçoivent leur capacité à gérer ces émotions et comprend-elle aussi 21 items, allant d'une gestion très bonne à une gestion très difficile. Cet instrument permet ainsi d'obtenir une mesure globale et multidimensionnelle du vécu émotionnel des participants, en prenant en compte à la fois l'intensité, la fréquence et la régulation des émotions. Les données issues de ce questionnaire seront utilisées afin d'évaluer l'état émotionnel des patients hospitalisés dans le cadre de la présente étude (Philippot, 2011).

3.8. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel jamovi. Le seuil de significativité statistique a été fixé à $\alpha = 0,05$. Les tests statistiques ont été réalisés de manière unilatéral, sauf indication contraire.

Selon la nature des variables et le respect des conditions d'application des tests paramétriques, différentes analyses ont été utilisées. Les associations entre variables quantitatives ou ordinales ont été examinées à l'aide de corrélations de Spearman. Pour les comparaisons entre deux groupes indépendants, des tests de Mann-Whitney ont été privilégiés lorsque les conditions de normalité n'étaient pas respectées. Pour les comparaisons entre plusieurs groupes, des tests de Kruskal-Wallis ont été utilisés. Pour les comparaisons de mesures appariées, un test de Wilcoxon pour échantillons appariés a été réalisé. Les conditions d'application des tests ont notamment été examinées à l'aide des tests de Shapiro-Wilk et de Levene.

Les données manquantes ont été laissées sous forme de cases vides dans Jamovi et ont été exclues des analyses statistiques concernées. Ainsi, l'effectif pouvait varier d'une analyse à l'autre en fonction des données disponibles.

Compte tenu du caractère exploratoire de cette étude et du nombre important de comparaisons réalisées, aucune correction pour comparaisons multiples n'a été appliquée. Les résultats sont dès lors interprétés avec prudence, en considérant les valeurs de p comme des éléments d'évidence statistique exploratoire plutôt que comme des preuves confirmatoires.

3.9. Hypothèses de recherche

Afin de répondre à la question de recherche, neuf hypothèses ont été formulées à partir des dimensions étudiées dans la partie théorique. Elles portent sur les caractéristiques sociodémographiques et contextuelles, les émotions, la gestion émotionnelle, l'intolérance à l'incertitude et les troubles psychiques.

H1 – Âge et détresse émotionnelle.
 Nous faisons l'hypothèse que l'âge est négativement associé aux émotions négatives et à l'intolérance à l'incertitude. Cette hypothèse est exploratoire, la littérature présentant des résultats nuancés : les personnes âgées apparaissent notamment plus vulnérables après hospitalisation (Liebzeit et al., 2021), tandis que l'âge avancé est associé à davantage de troubles neurocognitifs (Scott et al., 2021).

H2 – Niveau d'études et intolérance à l'incertitude.
 Nous faisons l'hypothèse qu'un niveau d'études plus élevé est associé à une meilleure tolérance

à l'incertitude. Nous supposons que les ressources cognitives développées au cours du parcours scolaire pourraient faciliter l'adaptation face aux situations incertaines.

H3 – Niveau d'études et émotions positives.

Nous faisons l'hypothèse qu'un niveau d'études plus élevé est associé à davantage d'émotions positives, notamment de joie. Nous supposons que les ressources développées au cours du parcours éducatif pourraient favoriser une meilleure adaptation et un vécu émotionnel plus positif.

H4 – Service d'hospitalisation et détresse psychologique.

Nous faisons l'hypothèse que le profil émotionnel et l'intolérance à l'incertitude diffèrent selon le service d'hospitalisation. Cette hypothèse s'appuie sur le caractère multidimensionnel et contextuel du stress hospitalier décrit par Koenig et al. (1995).

H5 – Première hospitalisation et hospitalisation répétée.

Nous faisons l'hypothèse qu'une première hospitalisation dans un service est associée à davantage d'émotions négatives et d'intolérance à l'incertitude. Cette hypothèse s'appuie sur le caractère potentiellement désorganisant de l'hospitalisation, notamment en raison de la rupture des repères, du stress et de l'incertitude (Proia-Lelouey & Letrecher, 2018 ; Moment Care, 2024).

H6 – Intolérance à l'incertitude et troubles psychiques.

Nous faisons l'hypothèse qu'une plus grande intolérance à l'incertitude est associée à la présence de troubles psychiques, notamment anxieux et dépressifs. L'IU peut favoriser l'anxiété et l'inquiétude (McDaniels et al., 2026), tandis que des niveaux élevés sont associés à un moins bon bien-être psychologique (Gibson et al., 2023) et peuvent influencer l'adaptation face à l'incertitude diagnostique (Yang et al., 2021).

H7 – Gestion des émotions et troubles psychiques.

Nous faisons l'hypothèse que davantage de difficultés de gestion émotionnelle sont associées à une plus grande probabilité de présenter un trouble psychique. Cette hypothèse s'inscrit dans les travaux soulignant l'importance du vécu émotionnel dans la santé mentale, notamment dans la dépression (Moment Care, 2024 ; Koenig et al., 1995), et l'intérêt d'interventions ciblant la régulation émotionnelle en contexte hospitalier (Chikhounne et al., 2024).

H8 – Intolérance à l’incertitude et gestion des émotions.
Nous faisons l’hypothèse qu’une plus grande intolérance à l’incertitude est associée à davantage de difficultés dans la gestion des émotions. Cette hypothèse s’appuie sur les travaux montrant que l’IU influence les réponses cognitives, comportementales et psychologiques face à l’incertitude (Yang et al., 2021), particulièrement pertinente dans le contexte hospitalier.

H9 – Émotions générales et émotions récentes.
Nous faisons l’hypothèse que les émotions ressenties de manière générale sont plus élevées que celles rapportées au cours de la dernière semaine. Cette comparaison vise à déterminer si l’hospitalisation est susceptible d’accentuer le stress et l’anxiété (Alzahrani, 2021).

Chapitre 4 : Résultats

Ce chapitre présente les résultats obtenus à partir des données recueillies auprès des patients hospitalisés dans les différents services du CHU de Liège – site Sart Tilman. Conformément aux objectifs de cette recherche, les analyses sont organisées de manière progressive, en distinguant les résultats descriptifs des analyses inférentielles visant à tester les hypothèses formulées.

Au total, 132 participants ont complété le questionnaire sociodémographique. Parmi eux, 129 ont complété le questionnaire d’intolérance à l’incertitude ainsi que le questionnaire portant sur les émotions de base. La MINI, placée en fin de protocole, a été complétée par 119 participants. Les différences d’effectifs entre les instruments s’expliquent principalement par le fait que certains participants n’ont pas poursuivi le questionnaire jusqu’à son terme, notamment en raison de fatigue, d’un manque de disponibilité ou du souhait de ne pas continuer leur participation. Concernant le niveau d’études, les données de 127 participants ont été retenues pour les analyses ; la modalité « autre » a été exclue afin de conserver des catégories suffisamment homogènes et cohérentes pour les analyses statistiques.

Dans un premier temps, les caractéristiques sociodémographiques de l’échantillon sont décrites afin de situer les participants et de préciser le contexte dans lequel les données ont été recueillies. Les résultats descriptifs portent ensuite sur les différentes dimensions évaluées dans cette étude : les émotions de base, leur gestion perçue, l’intolérance à l’incertitude ainsi que le profil diagnostique psychiatrique établi à l’aide de la MINI. Cette première partie permet de

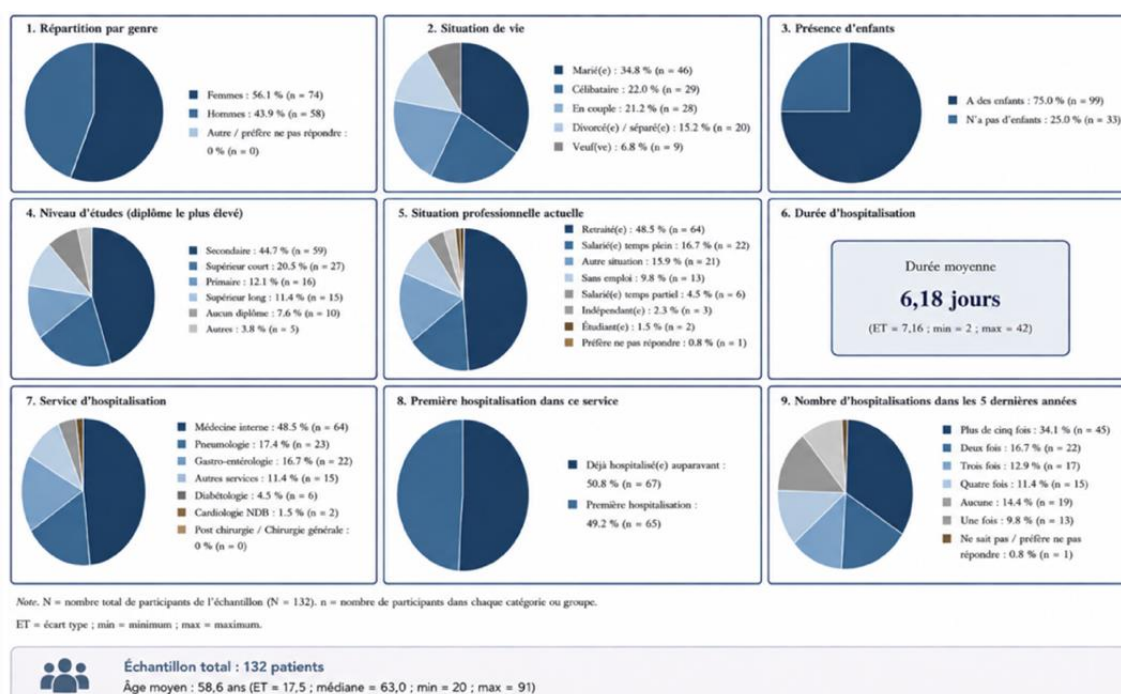
dresser un portrait global de la population étudiée et d'identifier les principales caractéristiques émotionnelles et cliniques des patients hospitalisés.

Dans un second temps, les analyses inférentielles sont présentées afin d'examiner les relations entre les variables étudiées et de répondre aux hypothèses de recherche. Selon la nature des variables concernées et le respect des conditions d'application des analyses paramétriques, différents tests statistiques ont été utilisés, notamment des corrélations de Spearman/Pearson, des tests *t* pour échantillons indépendants et appariés, des analyses de variance (ANOVA) ou leurs équivalents non paramétriques (test de Mann–Whitney et test de Kruskal–Wallis). Ces analyses permettent d'explorer les liens entre les émotions, leur gestion, l'intolérance à l'incertitude et les principaux diagnostics psychiatriques évalués par la MINI, en particulier l'épisode dépressif majeur actuel, l'anxiété généralisée actuelle et le risque suicidaire actuel.

L'ensemble de ces résultats constitue la base empirique nécessaire à la discussion des hypothèses et à l'interprétation des principaux constats de cette étude, présentés dans le chapitre suivant.

4.1. Données sociodémographiques, contextuelles et cliniques

FIGURE 2 - CARACTÉRISTIQUES CLINIQUE DE L'ÉCHANTILLON

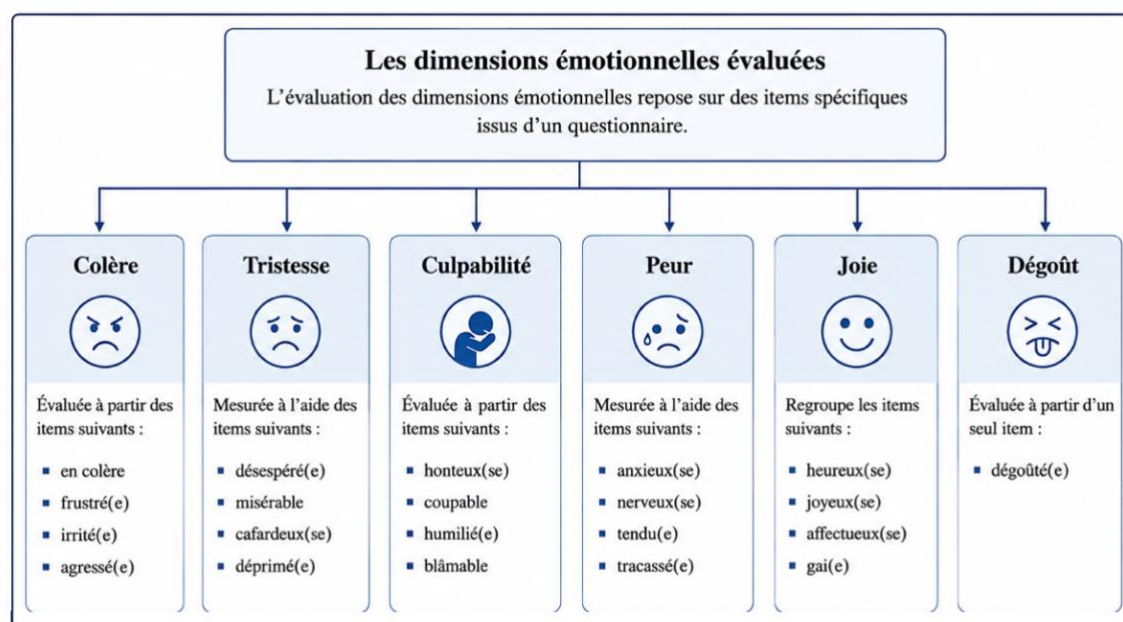


La figure 2 décrit la composition de l'échantillon sur le plan sociodémographique (âge, genre, situation familiale, niveau d'études), contextuel (situation professionnelle, durée et service d'hospitalisation) et clinique (nombre d'hospitalisations récentes). Elle permet de préciser à quel type de patients s'appliquent les résultats, ainsi que le contexte d'hospitalisation dans lequel les données ont été recueillies.

4.2. Évaluation des émotions de base

La Figure 3 présente les six dimensions émotionnelles évaluées dans cette étude ainsi que les items composants chacune d'elles. Elle offre une vue d'ensemble de la structure du questionnaire utilisé pour mesurer les émotions des participants.

FIGURE 3 - ÉVALUATION DES ÉMOTIONS DE BASE

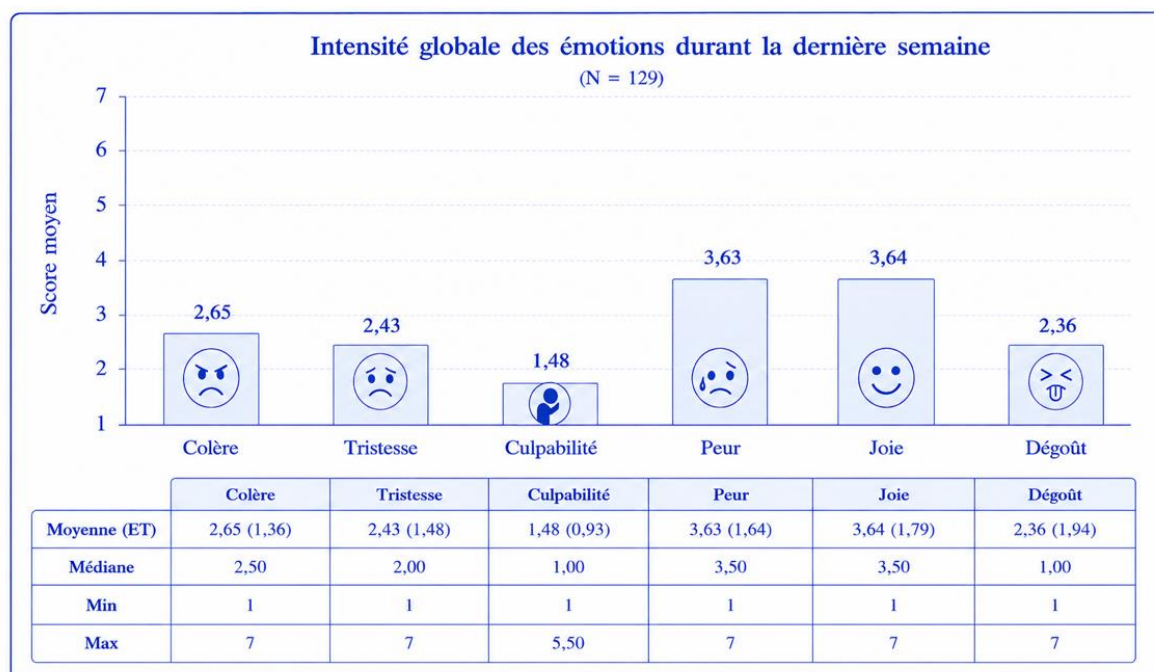


Note : Les items entre parenthèses correspondent à la formulation générée des questions.

4.2.1. Intensité globale des émotions durant la dernière semaine

Nous présentons ici, dans la Figure 4, les scores moyens des six émotions de base au cours de la dernière semaine afin de dresser un premier aperçu du niveau général d'activation émotionnelle des patients dans cette période aiguë.

FIGURE 4 - INTENSITÉ DES ÉMOTIONS (SEMAINE DERNIÈRE)



Note. Les scores sont calculés sur une échelle de 1 à 7, où 1 correspond à "pas du tout" et 7 à "tout le temps".

Dans l'ensemble, les émotions rapportées au cours de la semaine précédente présentent une intensité modérée. La peur est l'émotion négative la plus marquée, tandis que la culpabilité est la moins présente. La joie atteint un niveau comparable à celui de la peur, suggérant le maintien d'affects positifs malgré l'hospitalisation. Les niveaux de colère, de tristesse et de dégoût se situent à des intensités intermédiaires, ce dernier étant caractérisé par une plus grande variabilité entre les patients.

4.2.2. Profil détaillé des émotions au cours de la dernière semaine

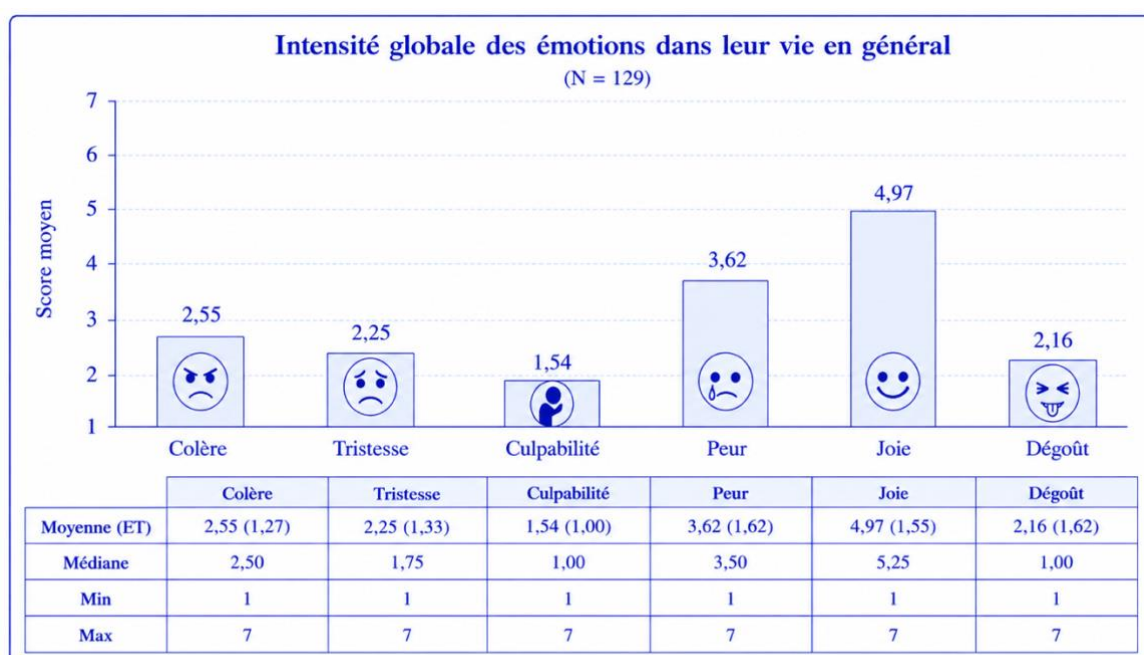
Au-delà des scores moyens, l'analyse de la distribution des réponses met en évidence que les émotions négatives sont, dans l'ensemble, rapportées à des niveaux faibles à modérés. Les moyennes des différents adjectifs varient de 1,26 (« misérable ») à 3,95 (« tracassé »). Les émotions liées à l'auto-dévalorisation apparaissent particulièrement peu fréquentes : la majorité des patients déclarent ne pas ressentir de honte (79,8 % au niveau 1), de culpabilité (79,8 %), de sentiment d'être blâmable (86,8 %) ou de misère (81,4 %). De même, plus de la moitié des participants rapportent un niveau minimal de désespoir (51,2 %), de déprime (48,1 %) et de dégoût (58,1 %), suggérant que ces affects demeurent globalement peu présents dans l'échantillon.

Les émotions anxieuses sont les plus marquées. Les items « tracassé » ($M = 3,95$; $ET = 2,07$), « anxieux » ($M = 3,60$; $ET = 2,12$) et « nerveux » ($M = 3,73$; $ET = 2,23$) présentent les moyennes les plus élevées parmi les émotions négatives, avec respectivement 72,1 % et 71,3 % des patients situés au-dessus du niveau minimal (2 à 7). La tension est également relativement fréquente ($M = 3,24$; $ET = 1,97$), un quart des participants (26,4 %) rapportant des niveaux élevés (5 à 7). L'irritabilité ($M = 2,84$; $ET = 2,02$) et le cafard ($M = 2,74$; $ET = 1,93$) restent modérés mais concernent néanmoins plus de la moitié des patients (56,6 % et 55,8 % aux niveaux 2 à 7).

Concernant les émotions positives, les patients rapportent des niveaux relativement élevés de bien-être. L'item « heureux » présente une moyenne de 3,57 ($ET = 2,09$), avec environ un quart des participants aux niveaux les plus élevés (11,6 % au niveau 7 et 10,9 % au niveau 6), tandis que les items « joyeux », « affectueux » et « gai » montrent des distributions globalement équilibrées. Enfin, le dégoût ($M = 2,36$; $ET = 1,94$) demeure peu fréquent dans l'ensemble (58,1 % au niveau 1), bien que quelques patients rapportent des niveaux très élevés (9,3 % aux niveaux 6 et 7), traduisant une forte variabilité individuelle.

4.2.3. Profil émotionnel général (hors focus sur la dernière semaine)

FIGURE 5 - INTENSITÉ GLOBALE DES ÉMOTIONS EN GÉNÉRAL



Note. Les scores sont calculés sur une échelle de 1 à 7, où 1 correspond à "jamais" et 7 à "très souvent".

La Figure 5 décrit le niveau global des six émotions de base lorsqu'elles sont évaluées « en général », c'est-à-dire au-delà de la seule dernière semaine d'hospitalisation. Elle permet de comparer le profil émotionnel habituel des patients à celui observé dans la période aiguë et d'identifier les émotions les plus marquées à l'échelle de l'ensemble de l'échantillon.

4.2.3.1. Intensité globale des six émotions

Dans l'ensemble, les émotions rapportées présentent une intensité modérée. La peur constitue l'émotion négative la plus marquée, tandis que la culpabilité et le dégoût sont les moins présents. Les niveaux de colère et de tristesse restent relativement faibles à modérés. À l'inverse, la joie est l'émotion la plus intense, suggérant le maintien d'un niveau important d'affects positifs malgré l'hospitalisation.

4.2.3.2. Profil détaillé des émotions en général

L'analyse de la distribution des réponses montre que les émotions négatives sont globalement rapportées à des niveaux faibles à modérés, avec des moyennes comprises entre 1,41 (blâmable) à 4,04 (nerveux). Les émotions liées à l'auto-dévalorisation demeurent peu fréquentes : la majorité des patients déclarent ne pas ressentir de honte (72,9 % au niveau 1), de culpabilité (70,5 %), de sentiment d'être blâmable (82,2 %) ou de misère (79,8 %). De même, plus de la moitié rapportent un niveau minimal de désespoir (52,3 %), de déprime (45,0 %) et de dégoût (56,6 %), indiquant que ces affects restent globalement peu présents.

À l'inverse, les émotions anxieuses apparaissent comme les plus marquées. Les items « anxieux » ($M = 3,25$; $ET = 2,02$) et « nerveux » ($M = 4,04$; $ET = 2,15$) présentent les scores moyens les plus élevés parmi les émotions négatives, avec respectivement 66,7 % et 76,7 % des patients rapportant un niveau supérieur au minimum (2 à 7). La tension est également relativement fréquente ($M = 3,24$; $ET = 1,86$), 22,5 % des participants se situant aux niveaux élevés (5 à 7). L'irritabilité ($M = 2,73$; $ET = 1,84$) et le cafard ($M = 2,43$; $ET = 1,64$) restent d'intensité modérée mais concernent plus de la moitié des patients (55,8 % et 53,5 % aux niveaux 2 à 7).

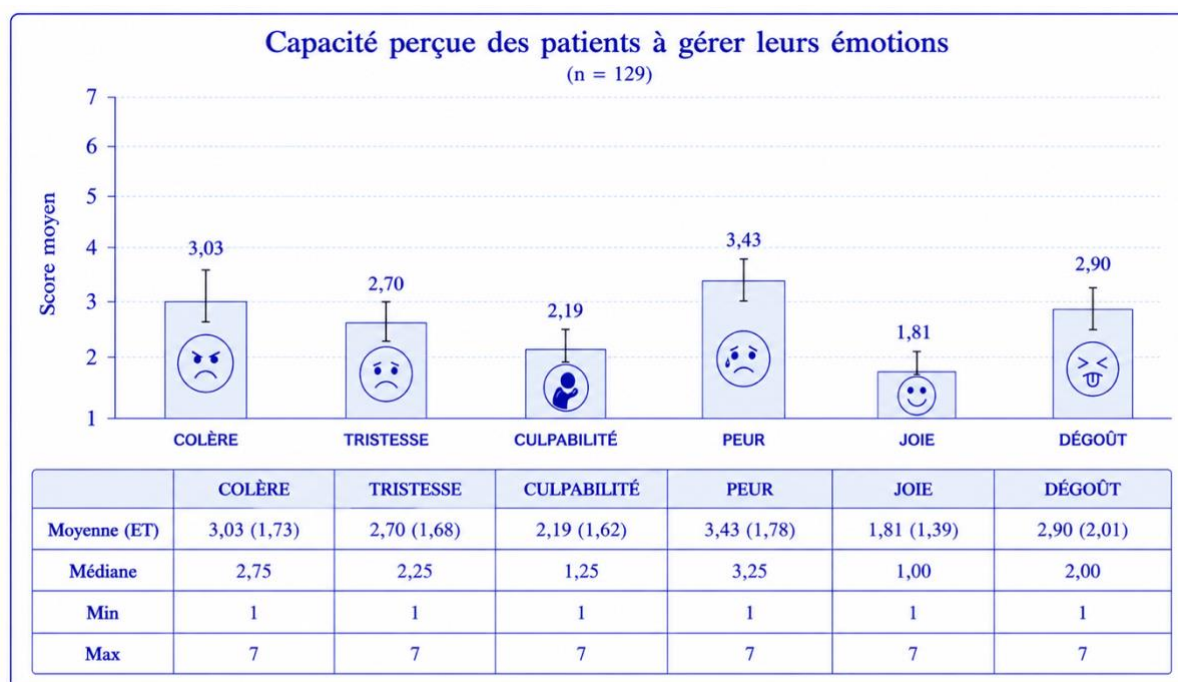
Les émotions positives demeurent largement présentes. L'item « heureux » présente la moyenne la plus élevée ($M = 5,09$; $ET = 1,76$), avec près de la moitié des participants aux niveaux 6 et 7 (24,8 % chacun). Les items « joyeux », « affectueux » et « gai » montrent également des distributions favorables, 85,3 % des patients rapportant un niveau de gaieté

compris entre 3 et 7, tandis que seuls 9,3 % déclarent ne jamais se sentir gais. Enfin, le dégoût reste globalement peu fréquent (56,6 % au niveau 1 ; $M = 2,16$; $ET = 1,62$), bien que quelques patients rapportent des niveaux très élevés (2,3 % au niveau 7), soulignant une certaine variabilité individuelle.

4.2.4. Gestion perçue des émotions de base

La Figure 6 décrit la manière dont les patients évaluent leur propre capacité à gérer les six émotions de base (colère, tristesse, culpabilité, peur, joie, dégoût). L'objectif est de compléter le profil émotionnel en distinguant non seulement l'intensité des émotions ressenties, mais aussi la perception que les patients ont de leurs ressources de régulation émotionnelle. Les réponses sont recueillies sur une échelle allant de 1 à 7, où un score de 1 correspond à une très bonne capacité de gestion de l'émotion (« je gère très bien ») et un score de 7 à une très faible capacité de gestion (« je gère très mal »).

FIGURE 6 - CAPACITÉ PERÇUE DES PATIENTS À GÉRER LEURS ÉMOTIONS



Note. Les scores sont calculés sur une échelle de 1 à 7, où 1 correspond à « je gère très bien » et 7 à « je gère très mal ».

4.2.4.1. Intensité globale des six émotions dans la gestion perçue

Dans l'ensemble, les patients perçoivent leur capacité à gérer leurs émotions comme modérée. La peur est l'émotion jugée la plus difficile à gérer, suivie de la colère et du dégoût, tandis que la culpabilité et la tristesse apparaissent moins problématiques. À l'inverse, les

participants rapportent une bonne capacité à gérer la joie, qui est l'émotion perçue comme la plus facile à réguler.

4.2.4.2. Profil détaillé de la gestion émotionnelle en général

L'analyse de la distribution des réponses montre que les patients perçoivent globalement une bonne capacité à gérer leurs émotions, les scores moyens variant de 1,68 (« gai ») à 3,64 (« nerveux ») sur une échelle de 1 à 7.

Les émotions positives apparaissent comme les plus faciles à gérer. Les items « gai », « heureux », « joyeux » et « affectueux » présentent les moyennes les plus faibles ($M = 1,68$ à $1,92$) et plus de 70 % des participants se situent au niveau 1. Parmi les émotions négatives, les sentiments d'être misérable, coupable, blâmable et humilié(e) sont également perçus comme relativement faciles à gérer ($M = 1,98$ à $2,29$), plus de la moitié des patients rapportant un niveau minimal pour chacun de ces items (59,7 % à 68,2 %).

À l'inverse, la nervosité ($M = 3,64$; $ET = 2,10$) et le fait d'être tracassé ($M = 3,63$; $ET = 2,08$) constituent les émotions les plus difficiles à gérer. Elles sont suivies par la colère ($M = 3,45$), l'anxiété ($M = 3,29$), la tension ($M = 3,17$), la déprime ($M = 3,12$) et l'irritation ($M = 3,00$), pour lesquelles davantage de participants rapportent un niveau supérieur au minimum. Les émotions « frustré », « agressé » et « dégoûté » occupent une position intermédiaire ($M = 2,81$ à $2,90$), bien que le niveau 1 demeure le plus fréquemment rapporté (40,3 % à 47,3 %).

Dans l'ensemble, ces résultats montrent que les patients estiment mieux gérer les émotions positives que les émotions négatives. La nervosité, les préoccupations, la colère, l'anxiété et la tension constituent les principales difficultés perçues dans la gestion des émotions au sein de l'échantillon.

4.3. Intolérance à l'incertitude

4.3.1. L'ÉII considérée comme instrument unifactoriel

Le Tableau 1 présente les résultats descriptifs de l'Échelle d'intolérance à l'incertitude (ÉII) en la considérant comme un outil unifactoriel. L'objectif est de décrire le niveau global d'intolérance à l'incertitude dans l'échantillon. Les statistiques descriptives sont présentées à deux niveaux. Tout d'abord, le score total d'intolérance à l'incertitude est décrit. Ensuite, les

statistiques descriptives de chacun des 27 items du questionnaire sont analysées afin de préciser les réponses des participants pour chaque énoncé.

TABEAU 1 - STATISTIQUES DESCRIPTIVES DU SCORE GLOBAL D'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE (EII)

Item	N	Manquants	Moyenne	Médiane	Mode	Somme	Écart-type	Minimum	Maximum
1	129	3	2.38	2	1.00	307	1.324	1	5
2	129	3	1.55	1	1.00	200	0.992	1	5
3	129	3	2.34	2	1.00	302	1.284	1	5
4	129	3	2.73	3	1.00	352	1.446	1	5
5	129	3	2.47	2	1.00	319	1.404	1	5
6	129	3	2.54	5	1.00	328	1.386	1	5
7	129	3	2.81	3	2.00	362	1.409	1	5
8	129	3	3.17	3	3.00	409	1.359	1	5
9	129	3	2.34	2	1.00	302	1.450	1	5
10	129	3	2.65	2	1.00	342	1.539	1	5
11	129	3	2.75	3	1.00	355	1.474	1	5
12	129	3	1.83	1	1.00	236	1.091	1	5
13	129	3	1.53	1	1.00	197	0.993	1	5
14	129	3	1.80	1	1.00	232	1.100	1	5
15	129	3	1.95	2	1.00	252	1.117	1	5
16	129	3	2.02	1	1.00	260	1.346	1	5
17	129	3	2.12	2	1.00	274	1.346	1	5
18	129	3	2.37	2	1.00	306	1.317	1	5
19	129	3	3.09	3	3.00	399	1.394	1	5
20	129	3	2.16	2	1.00	279	1.286	1	5
21	129	3	2.49	2	1.00	321	1.347	1	5
22	129	3	1.90	1	1.00	245	1.298	1	5
23	129	3	1.65	1	1.00	213	1.073	1	5
24	129	3	2.15	2	1.00	277	1.335	1	5
25	129	3	2.00	1	1.00	258	1.231	1	5
26	129	3	2.41	2	1.00	311	1.350	1	5
27	129	3	2.29	2	1.00	296	1.372	1	5

Note. N = nombre total de participants de l'échantillon (N = 129).
Les scores sont présentés sur une échelle de 1 à 5.

Les résultats indiquent un niveau global d'intolérance à l'incertitude faible à modéré au sein de l'échantillon, avec une variabilité importante entre les participants. Les réponses aux différents items montrent que certaines situations incertaines sont relativement bien tolérées, tandis que celles impliquant un manque de contrôle, de l'attente ou la possibilité d'événements défavorables suscitent davantage de difficultés. Dans l'ensemble, ces résultats mettent en évidence une perception hétérogène de l'incertitude au sein de la population étudiée.

4.3.2. L'ÉII considérée comme instrument bifactoriel

Le Tableau 2 met en évidence un niveau global d'intolérance à l'incertitude modéré au sein de l'échantillon. Les deux dimensions de l'échelle présentent des niveaux comparables, avec une variabilité modérée entre les participants. L'analyse du score global et des deux facteurs permet ainsi de décrire à la fois le niveau général d'intolérance à l'incertitude et ses principales composantes.

TABEAU 2 - STATISTIQUES DESCRIPTIVES DU SCORE DES DIMENSIONS DE L'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE (EII)

Dimension	N	Manquants	Moyenne	Médiane	Écart-type	Minimum	Maximum
Facteur 1 : L'incertitude a des implications négatives sur la perception de soi et les comportements	129	3	29.7	27	12.1	15	70
Facteur 2 : L'incertitude est injuste et gâche tout	129	3	31.8	30	11.5	12	56

Note. N = nombre total de participants de l'échantillon (N = 129).
Les scores des dimensions sont présentés sur l'échelle brute correspondant à la somme de leurs items.

4.4. Profil diagnostique MINI

FIGURE 7 - PRÉVALENCE DES PRINCIPAUX DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES ÉVALUÉS À L'AIDE DE LA MINI (N=119)



Note. Les valeurs correspondent au pourcentage de participants présentant le diagnostic.
Les effectifs sont présentés entre parenthèses. MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview.

La Figure 7 présente les diagnostics psychiatriques évalués à l'aide de la MINI pour un échantillon de 119 participants, les 13 autres n'ayant pas complété ce questionnaire. La plupart des variables sont dichotomiques (0 = absence du trouble ; 1 = présence du trouble), à l'exception du risque suicidaire actuel coté de 0 à 3 ; la moyenne correspond donc à la proportion de participants présentant le trouble.

Les troubles de l'humeur sont dominés par l'épisode dépressif majeur actuel, tandis que les troubles bipolaires et les troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques restent peu fréquents. La majorité des participants ne présente pas de risque suicidaire actuel, bien qu'environ un quart de l'échantillon affiche un niveau de risque, le plus souvent faible. Parmi les troubles anxieux, l'agoraphobie et le trouble d'anxiété généralisée sont les diagnostics les plus fréquents, alors que les autres troubles anxieux, l'ESPT et le trouble obsessionnel-compulsif sont moins représentés. Les troubles liés à l'usage de substances, les troubles psychotiques et les troubles du comportement alimentaire demeurent globalement rares dans l'échantillon.

4.5. Analyses des hypothèses

Afin de répondre aux différentes hypothèses de recherche, plusieurs analyses statistiques ont été réalisées. Les résultats sont présentés selon l'ordre des hypothèses, en commençant par les caractéristiques sociodémographiques des patients, puis par les éléments liés à l'hospitalisation et à la santé psychique.

4.5.1. H1 – Âge et détresse émotionnelle : *L'âge des patients est négativement associé aux niveaux de détresse émotionnelle. Plus les patients sont âgés, plus ils présentent des niveaux faibles d'émotions négatives, de manière générale (colère, tristesse, culpabilité, peur et dégoût) ainsi que d'intolérance à l'incertitude, comparativement aux patients plus jeunes.*

Afin de tester l'hypothèse H1, selon laquelle l'âge des patients est négativement associé aux niveaux de détresse émotionnelle, une analyse de corrélation de Spearman a été réalisée car les variables étudiées ne suivaient pas une distribution normale, rendant l'utilisation du coefficient de Spearman plus appropriée pour évaluer les associations entre les variables.

L'analyse a montré une corrélation négative significative entre l'âge et la colère ($\rho = -0,32$; $p < 0,001$), la culpabilité ($\rho = -0,32$; $p < 0,001$) ainsi que la peur ($\rho = -0,28$; $p = 0,002$). En revanche, aucune corrélation statistiquement significative n'a été observée entre l'âge et la tristesse ($\rho = -0,16$; $p = 0,067$), le dégoût ($\rho = -0,09$; $p = 0,287$) ou le score d'incertitude ($\rho = -0,09$; $p = 0,312$).

Après avoir examiné le lien entre l'âge et la détresse émotionnelle, l'analyse se poursuit avec une autre caractéristique sociodémographique : le niveau d'études. L'objectif est de vérifier si celui-ci est également associé à l'intolérance à l'incertitude et à la gestion des émotions.

4.5.2. H2 – Niveau d'études et tolérance à l'incertitude : *Un niveau d'études plus élevé est associé à une meilleure tolérance à l'incertitude, se traduisant par des scores d'incertitude plus faibles et éventuellement, à une meilleure gestion des émotions.*

Afin de tester cette hypothèse, la variable « niveau d'études » a été recodée en une variable ordinale comportant cinq modalités, reflétant une progression croissante du niveau de formation : 1 = Aucun diplôme ; 2 = Enseignement primaire ; 3 = Enseignement secondaire ; 4 = Enseignement supérieur de type court (graduat/bachelier) ; 5 = Enseignement supérieur de

type long (licence/master). La modalité « Autre » a été exclue de l'analyse, car elle regroupait des situations hétérogènes ne pouvant être ordonnées de manière cohérente selon le niveau d'études (N=127).

Les analyses de corrélation de Spearman montrent qu'aucune association significative n'est observée entre le niveau d'études et l'intolérance à l'incertitude ($\rho = -0,16$; $p = 0,072$), ni avec la gestion de la colère ($\rho = 0,13$; $p = 0,146$), de la tristesse ($\rho = 0,04$; $p = 0,672$), de la culpabilité ($\rho = 0,15$; $p = 0,088$), de la peur ($\rho = 0,02$; $p = 0,780$), de la joie ($\rho = 0,02$; $p = 0,828$) ou du dégoût ($\rho = 0,06$; $p = 0,531$).

Les résultats concernant le niveau d'études sont ensuite approfondis en s'intéressant plus particulièrement aux émotions positives. Cette analyse permet d'examiner le lien entre le niveau d'études et la joie.

4.5.3. H3 – Niveau d'études et émotions positives: *Un niveau d'études plus élevé est associé à des niveaux plus élevés d'émotions positives, et plus particulièrement à un niveau de joie générale plus important.*

Afin de tester l'hypothèse, une corrélation de Spearman a été calculée. La modalité « Autre » a été exclue de l'analyse. L'analyse ne met pas en évidence de relation significative entre le niveau d'études et le niveau de joie. La corrélation de Spearman est faible et négative ($\rho = -0,12$; $p = 0,170$; $N = 127$). Bien que cette association ne soit pas statistiquement significative, le coefficient de corrélation est orienté dans le sens opposé à celui attendu par l'hypothèse.

Après les caractéristiques sociodémographiques, l'analyse se centre sur le contexte d'hospitalisation. Il s'agit maintenant d'examiner si les émotions et l'intolérance à l'incertitude varient selon le service dans lequel les patients sont hospitalisés.

4.5.4. H4 – Service d'hospitalisation et détresse psychologique : *Les scores d'émotions (colère, tristesse, culpabilité, peur, joie et dégoût) de manière générale et d'incertitude varient selon le service d'hospitalisation (diabétologie, cardiologie, post-chirurgie, médecine interne, etc.).*

Les conditions de l'ANOVA ont été vérifiées pour l'ensemble des variables. Les tests de Levene sont non significatifs pour la colère ($F = 1,56$; $p = 0,176$), la tristesse ($F = 1,20$; $p = 0,314$), la culpabilité ($F = 1,14$; $p = 0,343$), la peur ($F = 0,49$; $p = 0,779$), la joie ($F = 0,48$; p

= 0,791), le dégoût ($F = 2,09$; $p = 0,071$) et l'intolérance à l'incertitude ($F = 0,57$; $p = 0,720$), tandis que les tests de Shapiro-Wilk sont tous significatifs (colère : $W = 0,94$; $p < 0,001$; tristesse : $W = 0,89$; $p < 0,001$; culpabilité : $W = 0,66$; $p < 0,001$; peur : $W = 0,98$; $p = 0,032$; joie : $W = 0,94$; $p < 0,001$; dégoût : $W = 0,81$; $p < 0,001$; intolérance à l'incertitude : $W = 0,95$; $p < 0,001$). Des tests de Kruskal-Wallis ont donc été réalisés.

Les résultats ne montrent aucune différence significative selon le service d'hospitalisation pour la colère ($\chi^2 = 2,59$; $p = 0,763$; $\varepsilon^2 = 0,02$), la tristesse ($\chi^2 = 6,56$; $p = 0,256$; $\varepsilon^2 = 0,05$), la culpabilité ($\chi^2 = 4,92$; $p = 0,426$; $\varepsilon^2 = 0,04$), la peur ($\chi^2 = 2,62$; $p = 0,758$; $\varepsilon^2 = 0,02$), la joie ($\chi^2 = 3,25$; $p = 0,662$; $\varepsilon^2 = 0,02$), le dégoût ($\chi^2 = 4,45$; $p = 0,487$; $\varepsilon^2 = 0,03$) ou l'intolérance à l'incertitude ($\chi^2 = 6,43$; $p = 0,267$; $\varepsilon^2 = 0,05$). Les tailles d'effet sont toutes faibles ($\varepsilon^2 = 0,02$ à $0,05$).

L'analyse du contexte d'hospitalisation est ensuite poursuivie en tenant compte de l'expérience antérieure des patients. H5 compare ainsi les patients hospitalisés pour la première fois dans le service à ceux qui y ont déjà été hospitalisés.

4.5.5. H5 – Première hospitalisation versus hospitalisation répétée : *Les patients pour lesquels il s'agit de la première hospitalisation dans un service présentent des niveaux plus élevés d'incertitude et d'émotions négatives de manière générale (colère, tristesse, culpabilité, peur et dégoût) que les patients ayant déjà été hospitalisés dans ce même service.*

Les conditions des tests paramétriques ont d'abord été vérifiées. Les tests de Levene sont non significatifs pour la colère ($F = 0,14$; $p = 0,711$), la tristesse ($F = 0,65$; $p = 0,421$), la culpabilité ($F = 0,95$; $p = 0,331$), la peur ($F = 0,75$; $p = 0,386$), le dégoût ($F = 2,23$; $p = 0,138$) et l'incertitude ($F = 0,19$; $p = 0,666$), tandis que les tests de Shapiro-Wilk sont tous significatifs (colère : $W = 0,93$; $p < 0,001$; tristesse : $W = 0,86$; $p < 0,001$; culpabilité : $W = 0,63$; $p < 0,001$; peur : $W = 0,98$; $p = 0,029$; dégoût : $W = 0,78$; $p < 0,001$; incertitude : $W = 0,94$; $p < 0,001$). Des tests de Mann-Whitney ont donc été réalisés.

Les patients en première hospitalisation présentent des moyennes légèrement plus élevées de colère ($M = 2,67$; $ET = 1,33$ vs $M = 2,43$; $ET = 1,20$; $U = 1860$; $p = 0,152$), de tristesse ($M = 2,35$; $ET = 1,44$ vs $M = 2,15$; $ET = 1,21$; $U = 1897$; $p = 0,196$), de culpabilité ($M = 1,60$; $ET = 1,19$ vs $M = 1,49$; $ET = 0,79$; $U = 1979$; $p = 0,304$), de peur ($M = 3,90$; $ET = 1,54$ vs $M = 3,37$; $ET = 1,65$; $U = 1677$; $p = 0,029$) et d'intolérance à l'incertitude ($M = 63,5$; $ET = 22,7$ vs $M = 59,8$; $ET = 22,2$; $U = 1872$; $p = 0,155$). En revanche, le score moyen de

dégoût est légèrement plus faible chez les patients en première hospitalisation ($M = 2,03$; $ET = 1,51$ vs $M = 2,24$; $ET = 1,73$; $U = 2014$; $p = 0,691$).

Dans l'ensemble, seule la différence concernant la peur est statistiquement significative ($p = 0,029$). Les autres différences ne sont pas significatives ($p > 0,05$).

Après avoir examiné les caractéristiques liées à l'hospitalisation, l'analyse se centre sur la santé psychique des patients. H6 cherche à déterminer si l'intolérance à l'incertitude est liée à la présence de certains troubles psychiques.

4.5.6. H6 – Relation entre incertitude et troubles psychiques : *Un niveau élevé d'incertitude est associé à une probabilité accrue de présenter un diagnostic MINI positif (Épisode dépressif majeur actuel, risque suicidaire actuel et anxiété généralisée actuelle).*

Seuls les diagnostics de la MINI les plus fréquents dans l'échantillon ont été retenus afin de garantir une puissance statistique suffisante : l'épisode dépressif majeur actuel, le risque suicidaire actuel et l'anxiété généralisée actuelle.

Les tests de Levene sont non significatifs pour l'épisode dépressif majeur ($F = 1,11$; $p = 0,294$), l'anxiété généralisée ($F = 0,85$; $p = 0,359$) et le risque suicidaire ($F = 0,72$; $p = 0,545$), tandis que les tests de Shapiro-Wilk sont tous significatifs (épisode dépressif majeur : $W = 0,94$; $p < 0,001$; anxiété généralisée : $W = 0,94$; $p < 0,001$; risque suicidaire : $W = 0,95$; $p < 0,001$). Un test de Mann-Whitney a donc été réalisé pour comparer les patients avec et sans épisode dépressif majeur ainsi que ceux avec et sans anxiété généralisée, tandis qu'un test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour le risque suicidaire.

Les résultats ne montrent pas de différence significative du niveau d'intolérance à l'incertitude selon la présence d'un épisode dépressif majeur actuel ($U = 1490$; $p = 0,433$) ni selon le risque suicidaire actuel ($\chi^2 = 5,03$; $p = 0,169$; $\varepsilon^2 = 0,04$). En revanche, les patients présentant une anxiété généralisée actuelle présentent un niveau d'intolérance à l'incertitude significativement plus élevé ($U = 756$; $p = 0,033$).

L'analyse se poursuit en s'intéressant cette fois à la gestion des émotions. Il s'agit d'examiner si les difficultés de gestion émotionnelle sont associées à la présence de symptômes ou de troubles psychiques.

4.5.7. H7 – Gestion des émotions et symptômes MINI : *Une gestion plus difficile des émotions (scores plus élevés dans le volet “gestion des émotions”) est associée à une probabilité plus élevée d’avoir un diagnostic MINI positif (dépression, anxiété et risque suicidaire).*

Les conditions des tests paramétriques ont été vérifiées. Les tests de Shapiro-Wilk sont tous significatifs, indiquant une violation de l'hypothèse de normalité pour l'ensemble des variables ($p < 0,05$). L'homogénéité des variances est globalement respectée, à l'exception de la tristesse ($F = 3,93$; $p = 0,050$), de la culpabilité ($F = 6,11$; $p = 0,015$) et de la joie ($F = 6,59$; $p = 0,012$) pour l'anxiété généralisée. Des tests non paramétriques de Mann-Whitney et de Kruskal-Wallis ont donc été réalisés.

Pour l'épisode dépressif majeur actuel, les tests de Mann-Whitney ne mettent en évidence une différence significative que pour la gestion de la tristesse ($U = 1121$; $p = 0,010$). Aucune différence significative n'est observée pour la colère ($U = 1368$; $p = 0,190$), la culpabilité ($U = 1450$; $p = 0,337$), la peur ($U = 1248$; $p = 0,058$), la joie ($U = 1491$; $p = 0,425$) ou le dégoût ($U = 1418$; $p = 0,732$).

Pour l'anxiété généralisée actuelle, des différences significatives sont observées pour la gestion de la colère ($U = 640$; $p = 0,004$) et de la peur ($U = 744$; $p = 0,026$). Les différences concernant la tristesse ($U = 790$; $p = 0,052$), la culpabilité ($U = 931$; $p = 0,260$), la joie ($U = 920$; $p = 0,214$) et le dégoût ($U = 819$; $p = 0,072$) ne sont pas significatives.

Pour le risque suicidaire actuel, les tests de Kruskal-Wallis montrent une différence significative pour la gestion de la colère ($\chi^2 = 8,76$; $p = 0,033$; $\varepsilon^2 = 0,07$), les comparaisons post hoc indiquent des scores plus élevés chez les patients présentant un risque suicidaire élevé par rapport aux patients sans risque ($p = 0,020$) et à ceux présentant un risque faible ($p = 0,018$). Une différence globale est également observée pour la tristesse ($\chi^2 = 11,00$; $p = 0,012$; $\varepsilon^2 = 0,10$), mais les comparaisons post hoc ne mettent en évidence aucune différence significative entre deux groupes. Aucune différence significative n'est observée pour la culpabilité ($\chi^2 = 3,11$; $p = 0,375$; $\varepsilon^2 = 0,03$), la peur ($\chi^2 = 6,61$; $p = 0,085$; $\varepsilon^2 = 0,06$), la joie ($\chi^2 = 2,17$; $p = 0,538$; $\varepsilon^2 = 0,02$) ou le dégoût ($\chi^2 = 0,99$; $p = 0,802$; $\varepsilon^2 = 0,01$).

Les analyses précédentes ont porté sur les liens entre gestion des émotions et troubles psychiques. L'analyse porte maintenant directement sur la relation entre la gestion des émotions et l'intolérance à l'incertitude.

4.5.8. H8 – Gestion des émotions et incertitude : *Les patients qui déclarent mal gérer leurs émotions présentent des scores plus élevés d'intolérance à l'incertitude*

Les relations entre les difficultés de gestion des émotions et l'intolérance à l'incertitude ont été examinées à l'aide de corrélations de Spearman.

Les résultats montrent des corrélations positives et statistiquement significatives entre le score d'intolérance à l'incertitude et les difficultés de gestion de la colère ($\rho = 0,33, p < 0,001$), de la tristesse ($\rho = 0,44, p < 0,001$), de la culpabilité ($\rho = 0,33, p < 0,001$), de la peur ($\rho = 0,38, p < 0,001$) et du dégoût ($\rho = 0,36, p < 0,001$). En revanche, aucune corrélation significative n'est observée entre la gestion de la joie et l'intolérance à l'incertitude ($\rho = 0,09, p = 0,152$).

Enfin, après avoir étudié les liens entre émotions et incertitude, l'analyse s'intéresse à la période à laquelle les émotions sont ressenties. H9 compare ainsi les émotions ressenties de manière générale à celles ressenties au cours de la dernière semaine.

4.5.9. H9 – Comparaison des émotions ressenties durant la dernière semaine et des émotions ressenties de manière générale : *Les patients présentent des niveaux plus élevés de colère, de peur, de tristesse, de culpabilité, de joie et de dégoût de manière générale dans leur vie que durant la dernière semaine.*

Les tests de Shapiro-Wilk sont significatifs pour l'ensemble des émotions (colère : $W = 0,90 ; p < 0,001$; tristesse : $W = 0,88 ; p < 0,001$; culpabilité : $W = 0,79 ; p < 0,001$; peur : $W = 0,94 ; p < 0,001$; joie : $W = 0,93 ; p < 0,001$; dégoût : $W = 0,83 ; p < 0,001$). Des tests de Wilcoxon pour échantillons appariés ont donc été réalisés.

Les résultats ne montrent aucune différence significative entre les émotions ressenties durant la dernière semaine et celles ressenties de manière générale pour la colère ($W = 2962 ; p = 0,906$), la tristesse ($W = 2863 ; p = 0,985$), la culpabilité ($W = 1103 ; p = 0,206$), la peur ($W = 3060 ; p = 0,704$) et le dégoût ($W = 903 ; p = 0,869$). En revanche, une différence significative est observée pour la joie ($W = 555 ; p < 0,001$).

PARTIE RÉFLEXIVE

Chapitre 5 : Discussion, limites, pistes d'intervention et perspectives futures

5.1. Discussion

Cette étude avait pour objectif de dresser une cartographie de la santé mentale des adultes hospitalisés au CHU de Liège, en examinant conjointement leur vécu émotionnel, leur capacité perçue à gérer leurs émotions, leur intolérance à l'incertitude, la présence de certains troubles psychiatriques et leurs associations avec des caractéristiques sociodémographiques et contextuelles de l'hospitalisation. Elle visait ainsi à répondre à la question suivante : comment se caractérise la santé mentale des adultes au cours d'une hospitalisation ?

5.1.1. Examen des hypothèses

Les résultats soutiennent partiellement les hypothèses formulées. H1 est partiellement soutenue : l'âge est associé à des niveaux plus faibles de colère, de culpabilité et de peur, mais pas à l'ensemble des émotions négatives ni à l'IU. H2 et H3 ne sont pas soutenues : le niveau d'études n'est associé ni à l'IU ni à la gestion des émotions, et aucune association significative n'est observée avec la joie. H4 n'est pas soutenue, le service d'hospitalisation ne différenciant ni les émotions rapportées ni l'IU. H5 est partiellement soutenue : la première hospitalisation est associée à davantage de peur, sans augmentation générale des émotions négatives ou de l'IU. H6 est partiellement soutenue : l'IU est plus élevée chez les patients présentant un TAG, mais aucune différence n'est observée pour l'épisode dépressif majeur ou le risque suicidaire. H7 est partiellement soutenue : certains diagnostics psychiatriques sont associés à des difficultés perçues de gestion de certaines émotions, mais ces associations restent spécifiques aux troubles et aux émotions considérés. H8 est soutenue : une IU plus élevée est associée à davantage de difficultés perçues dans la gestion de la colère, de la tristesse, de la culpabilité, de la peur et du dégoût. Enfin, H9 n'est pas soutenue : contrairement à l'hypothèse, aucune différence significative n'est observée entre les émotions ressenties de manière générale et celles ressenties au cours de la dernière semaine pour la colère, la tristesse, la culpabilité, la peur et le dégoût. Seule la joie diffère significativement entre les deux périodes. Ainsi, la santé

mentale des patients hospitalisés apparaît multidimensionnelle : elle associe des affects anxieux et de peur importants, des difficultés variables dans la gestion perçue des émotions, le maintien de ressources positives et une vulnérabilité psychiatrique non négligeable. L'IU et la gestion émotionnelle semblent particulièrement pertinentes, tandis que le niveau d'études et le service d'hospitalisation paraissent moins déterminants dans cet échantillon.

5.1.2. Profil émotionnel des patients hospitalisés

Les résultats mettent en évidence un profil émotionnel caractérisé par la présence relativement marquée d'émotions négatives, en particulier la nervosité, l'anxiété, la tension et la peur, chez les patients hospitalisés, ce qui est cohérent avec la littérature décrivant l'hospitalisation comme une expérience fortement anxiogène. L'admission, la rupture des repères habituels, l'isolement, les perturbations sensorielles et l'incertitude face au diagnostic et aux traitements constituent des facteurs majeurs d'activation de l'anxiété, de la détresse existentielle et de la perte de sentiment de contrôle (Alzahrani, 2021 ; Proia Lelouey & Letrecher, 2018). Dans notre échantillon, la place centrale des affects anxieux et de la peur peut être mise en perspective avec les caractéristiques potentiellement menaçantes, imprévisibles et désorganisantes de l'expérience hospitalière.

De manière intéressante, les patients rapportent également des niveaux non négligeables d'émotions positives (par exemple la joie), ce qui peut témoigner du maintien de certaines ressources de bien-être psychologique malgré les difficultés associées à l'hospitalisation. Ce constat rejoint la conceptualisation de la santé mentale proposée par Doré et Caron (2017), selon laquelle l'absence de trouble psychiatrique ne suffit pas à garantir un bon niveau de bien-être, tandis qu'à l'inverse des personnes présentant des difficultés psychiques peuvent maintenir des ressources émotionnelles, psychologiques et sociales qui soutiennent leur qualité de vie. Une hypothèse possible serait que certains patients disposent d'appuis relationnels, spirituels ou environnementaux contribuant au maintien d'affects positifs malgré l'épreuve hospitalière. Ces ressources n'ayant toutefois pas été évaluées, cette interprétation devra être considérée avec prudence.

À l'inverse, la honte et la culpabilité apparaissent relativement moins fréquentes que les affects anxieux. Ce profil peut être mis en perspective avec les travaux de Zahn et al. (2015), qui soulignent le rôle de ces émotions dirigées contre soi dans certains profils dépressifs. Dans notre échantillon, leur faible intensité suggère que la détresse émotionnelle observée ne

correspond pas uniformément à un profil d'auto-dévalorisation : la peur et l'anxiété peuvent être relativement marquées sans s'accompagner d'une intensification systématique de la culpabilité ou de la honte.

5.1.3. Gestion des émotions et intolérance à l'incertitude

La gestion perçue des émotions montre un contraste entre la capacité relativement préservée à gérer certains affects, notamment positifs, et des difficultés plus marquées à contenir la nervosité, les préoccupations, la colère, l'anxiété, la tension et l'humeur dépressive. Ce profil est compatible avec l'hypothèse selon laquelle le contexte de stress hospitalier peut mettre à rude épreuve la capacité perçue à gérer les émotions, où les patients doivent faire face simultanément à la douleur, aux incertitudes diagnostiques, à la perte d'autonomie et à la désorganisation du quotidien. La littérature sur le stress hospitalier souligne que l'accumulation de ces facteurs peut contribuer à une surcharge allostatique, c'est-à-dire à une activation prolongée des systèmes de réponse au stress, susceptible de s'accompagner de perturbations physiologiques et psychologiques. Une telle surcharge pourrait ainsi contribuer aux difficultés de gestion émotionnelle observées dans notre échantillon (Goldwater et al., 2018 ; Ford et al., 2023).

L'intolérance à l'incertitude apparaît globalement faible à modérée dans notre échantillon, mais elle est significativement associée à la présence d'un trouble d'anxiété généralisée actuel, contrairement à l'épisode dépressif majeur ou au risque suicidaire. Ce constat rejoint la littérature soulignant le rôle de l'incertitude dans la fragilisation de la santé mentale des patients hospitalisés. L'hospitalisation est en effet marquée par une accumulation de zones d'ombre et une perte de contrôle susceptibles d'alimenter l'anxiété et la détresse psychologique (Bouzouika, 2022 ; Khan, 2023). Les patients sont confrontés à de multiples incertitudes concernant notamment les traitements, les changements de mode de vie, les relations avec le personnel médical, les troubles psychiatriques préexistants, le diagnostic, les difficultés familiales et l'environnement hospitalier. Ces facteurs sont notamment décrits dans l'Indice de Stress Hospitalier de Koenig et al. (1995) et la revue de Ford et al. (2023) et peuvent contribuer à rendre l'incertitude particulièrement difficile à tolérer chez certains patients. Une hypothèse explicative pourrait être que l'intolérance à l'incertitude soit particulièrement importante chez les patients dont le fonctionnement psychique est marqué par une tendance à l'inquiétude anticipatoire, alors que l'épisode dépressif et le risque suicidaire pourraient être

davantage liés à d'autres facteurs comme les pertes, les échecs, la culpabilité ou le sentiment de désespoir. Sur le plan clinique, ce résultat suggère que l'évaluation de l'intolérance à l'incertitude pourrait constituer une piste pertinente pour repérer certains patients particulièrement vulnérables sur le plan émotionnel.

Un résultat particulièrement important concerne la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les difficultés perçues dans la gestion des émotions. Dans notre échantillon, une intolérance à l'incertitude plus élevée est significativement associée à davantage de difficultés dans la gestion de la colère, de la tristesse, de la culpabilité, de la peur et du dégoût, mais pas de la joie. Ce résultat soutient H8 et suggère que l'intolérance à l'incertitude est principalement associée aux difficultés de gestion des émotions négatives. Il est cohérent avec la méta-analyse de Sahib et al. (2023), qui met en évidence une relation positive modérée entre l'intolérance à l'incertitude et les stratégies de régulation émotionnelle inadaptées, ainsi qu'une relation inverse modérée avec les stratégies adaptatives. L'évitement cognitif figure notamment parmi les stratégies les plus fortement associées à l'intolérance à l'incertitude, suggérant qu'une difficulté à tolérer l'incertitude peut s'accompagner d'un recours accru à des stratégies de régulation peu adaptées. Cette interprétation peut être mise en perspective avec les travaux présentés dans notre partie théorique. L'intolérance à l'incertitude renvoie à une difficulté à tolérer les situations ambiguës ou imprévisibles, susceptibles de susciter anxiété, inquiétude ou évitement (McDaniels et al., 2026). En contexte hospitalier, cette dimension apparaît particulièrement pertinente puisque les patients sont confrontés à des informations parfois incomplètes ou évolutives concernant leur état de santé et leur prise en charge. Nos résultats suggèrent ainsi que cette difficulté pourrait également s'exprimer dans la gestion de plusieurs émotions négatives. Cette interprétation peut être rapprochée du modèle de Freeston et al. (1994), selon lequel l'intolérance à l'incertitude constitue un facteur central du fonctionnement anxieux et contribue au maintien de réponses visant à réduire l'incertitude. Elle permet ainsi de comprendre pourquoi une IU plus élevée pourrait être associée à davantage de difficultés dans la gestion des émotions négatives et éclaire l'absence d'association observée pour la joie.

Pris conjointement, les résultats obtenus pour H6, H7 et H8 dessinent ainsi un profil cohérent autour de l'anxiété : l'intolérance à l'incertitude est associée au trouble d'anxiété généralisée, le TAG est associé à certaines difficultés de gestion émotionnelle, notamment de la colère et de la peur, et l'intolérance à l'incertitude est elle-même associée à plusieurs difficultés perçues dans la gestion des émotions négatives. Sans permettre d'établir un

mécanisme causal, cet ensemble de résultats est compatible avec les modèles qui considèrent l'intolérance à l'incertitude et la régulation émotionnelle comme deux dimensions étroitement liées dans les processus anxieux (Dugas et al., 1998 ; Sahib et al., 2023). Nos résultats apparaissent ainsi globalement concordants avec la littérature antérieure, tout en apportant un élément complémentaire : l'association concerne plusieurs émotions négatives (colère, tristesse, culpabilité, peur et dégoût), mais pas la joie. Cette absence d'association pourrait suggérer que le lien entre intolérance à l'incertitude et difficultés perçues dans la gestion des émotions concerne davantage les affects associés à la menace, à la perte ou à l'inconfort que les émotions positives. Cette interprétation reste toutefois prudente, car la présente étude ne permet pas de déterminer si l'intolérance à l'incertitude contribue aux difficultés perçues de gestion des émotions, si celles-ci renforcent l'intolérance à l'incertitude, ou si ces deux dimensions sont influencées par des facteurs communs.

5.1.4. Diagnostics MINI et cartographie des troubles

L'utilisation de la MINI a permis de documenter plusieurs troubles psychiatriques chez des patients hospitalisés en services non psychiatriques, confirmant que la comorbidité psychique n'est pas marginale dans ces contextes. Van Niekerk et al. (2022) rapportent des prévalences groupées de 12 à 20 % pour la dépression majeure, 8 % pour les troubles anxieux, 5 % pour le TAG, 3 % pour le trouble panique, 15 % pour le délire et 3 à 63 % pour la démence, confirmant l'importance des troubles de l'humeur, anxieux et neurocognitifs en milieu hospitalier général. Nos résultats vont dans le même sens que cette littérature, les prévalences observées dans notre échantillon apparaissent supérieures à plusieurs estimations groupées rapportées par Van Niekerk et al. (2022). Cette différence pourrait notamment être liée aux caractéristiques cliniques de notre échantillon, aux critères d'inclusion, au contexte hospitalier étudié ou aux instruments diagnostiques utilisés. Dans notre échantillon, près d'un tiers des patients présentent un épisode dépressif majeur actuel (31,9%, n = 38) et environ un quart (22,7%, n = 27) présentent un risque suicidaire actuel, le plus souvent de niveau faible (n = 21). Parmi les troubles anxieux et apparentés, l'agoraphobie sans antécédents de trouble panique (20,2%, n = 24), le trouble d'anxiété généralisée actuel (17,6%, n = 21) et l'agoraphobie actuelle (16,0%, n = 19) sont les diagnostics les plus fréquents, tandis que les autres troubles (troubles liés à l'usage de substances, troubles psychotiques, troubles du comportement alimentaire) restent plus rares. Ces résultats soulignent l'importance de la vulnérabilité psychique chez les patients hospitalisés en services non psychiatriques, chez lesquels des troubles psychiatriques

actifs peuvent coexister avec les pathologies somatiques et contribuer à complexifier la prise en charge et les trajectoires de rétablissement.

Les résultats des analyses associant les diagnostics MINI aux dimensions émotionnelles apportent un niveau de compréhension complémentaire. Ils suggèrent que les troubles psychiatriques ne s'accompagnent pas nécessairement d'une difficulté générale et uniforme dans la gestion perçue des émotions, mais plutôt de profils émotionnels différenciés. Ainsi, l'épisode dépressif majeur est principalement associé à la gestion perçue de la tristesse, tandis que l'anxiété généralisée est davantage liée à la gestion perçue de la colère et de la peur. Le risque suicidaire actuel présente également un profil différencié : les patients présentant un risque suicidaire élevé rapportent davantage de difficultés dans la gestion de la colère que ceux ne présentant pas de risque ou présentant un risque faible. Une différence globale est également observée pour la gestion de la tristesse, mais les comparaisons post-hoc ne permettent pas d'identifier de différence significative entre les groupes. Cette différenciation rejoint l'idée, développée dans le cadre théorique de ce mémoire, que la santé mentale constitue une réalité multidimensionnelle et que les difficultés psychiques ne peuvent être appréhendées à partir d'un indicateur unique.

5.1.5. Variables sociodémographiques et contextuelles

Les analyses en fonction de l'âge indiquent une diminution significative de certaines émotions négatives, en particulier la colère, la culpabilité et la peur, chez les patients plus âgés, alors que d'autres affects comme la tristesse ou le dégoût ne varient pas significativement avec l'âge. Nos résultats ne vont donc pas dans le sens d'une augmentation uniforme de la détresse émotionnelle avec l'âge. Ils doivent toutefois être distingués des travaux portant spécifiquement sur la prévalence des symptômes dépressifs ou sur les vulnérabilités gériatriques en contexte hospitalier (Alamri et al., 2017 ; Zou et al., 2018 ; Cavdar et al., 2024). Une hypothèse explicative serait que les patients plus âgés disposent, en moyenne, d'une expérience plus importante des situations de santé difficiles et de stratégies d'adaptation différentes, ce qui pourrait contribuer à une moindre intensité de certaines émotions négatives. Cette interprétation reste toutefois spéculative, ces mécanismes n'ayant pas été directement mesurés dans l'étude. Une possibilité est que certaines manifestations de la souffrance psychique prennent des formes plus discrètes, telles que la fatigue, le retrait ou certaines plaintes somatiques, qui ne sont pas directement captées par les dimensions émotionnelles évaluées ici.

Contrairement à notre hypothèse initiale, le niveau d'études ne semble pas significativement moduler ni l'intolérance à l'incertitude ni les niveaux d'émotions positives tels que la joie, dans l'échantillon étudié. Si la littérature sur le syndrome post-hospitalisation souligne le rôle des facteurs socio-économiques et éducatifs dans les trajectoires de santé et de rétablissement, nos résultats ne retrouvent pas cette association (Bellod-Tonda et al., 2021 ; Dreyer et al., 2017 ; Du et al., 2026). Une première explication possible est que le niveau d'études constitue ici un indicateur trop global pour rendre compte de la complexité des ressources sociales, économiques et culturelles mobilisées durant l'hospitalisation. Cette interprétation reste toutefois hypothétique, ces dimensions n'ayant pas été directement mesurées. Il est également possible que, dans le contexte aigu du séjour hospitalier, les émotions liées à la peur, à la douleur et à l'incertitude soient davantage déterminées par la gravité clinique, les conditions environnementales et la qualité de la relation soignant-soigné que par le capital scolaire, ce qui pourrait expliquer l'absence de différences significatives observée.

L'analyse des émotions et de l'intolérance à l'incertitude en fonction du service d'hospitalisation ne révèle pas de différences significatives entre les unités étudiées. Une hypothèse possible est que certains facteurs de stress associés à l'hospitalisation soient suffisamment transversaux pour influencer le vécu émotionnel indépendamment du service (Moment Care, 2024 ; Koenig et al., 1995). En revanche, la peur apparaît significativement plus élevée chez les patients en première hospitalisation. Ce résultat peut être interprété comme le reflet d'une confrontation initiale à un environnement inconnu, à des procédures peu familières et à une rupture plus brutale des routines de vie. Cette interprétation peut être mise en perspective avec les travaux décrivant l'hospitalisation comme une expérience potentiellement désorganisante, stressante et marquée par une perte de repères, notamment lorsque le patient doit s'adapter à un environnement peu familier (Alzahrani, 2021 ; Proia-Lelouey & Letrecher, 2018 ; Moment Care, 2024). Sur le plan pratique, ce résultat suggère néanmoins l'intérêt de dispositifs de préparation et d'accompagnement spécifiques pour les primo-hospitalisés, tels qu'une information claire sur le déroulement du séjour, des repères sur l'environnement du service et un soutien accru lors des premiers temps de l'hospitalisation (Dubé-Linteau, 2017 ; Buelens et al., 2023). Dans notre étude, cette interprétation doit toutefois rester prudente, car la population étudiée est différente de celle de ces travaux et le caractère transversal du devis ne permet pas d'établir que le manque de familiarité avec l'environnement hospitalier explique directement la peur observée. Ce résultat soutient donc partiellement H5 : l'effet observé semble

davantage spécifique à la peur qu'à une augmentation générale de la détresse émotionnelle ou de l'intolérance à l'incertitude.

5.1.6. Apport de l'étude

Cette étude apporte une contribution exploratoire à la compréhension de la santé mentale en contexte hospitalier en proposant une approche multidimensionnelle du vécu des patients. Elle met en relation le profil émotionnel, la gestion perçue des émotions, l'intolérance à l'incertitude et certaines caractéristiques de l'hospitalisation, et montre que la détresse psychologique ne se résume pas à une augmentation globale des émotions négatives, mais associe prédominance des affects anxieux et de la peur, maintien d'émotions positives et difficultés variables dans la gestion perçue des émotions, selon les émotions et les profils psychiatriques. Le lien entre l'intolérance à l'incertitude et la gestion perçue des émotions négatives suggère l'intérêt d'étudier conjointement ces dimensions. Sur le plan théorique, ces résultats soutiennent une conception multidimensionnelle de la santé mentale et suggèrent que l'expérience psychologique de l'hospitalisation résulte de l'interaction de facteurs émotionnels, cognitifs, cliniques et contextuels. Sur le plan pratique, ils soulignent l'intérêt d'accorder davantage d'attention aux dimensions psychologiques dans les services hospitaliers non psychiatriques.

5.2. Limites

Une première limite concerne les conditions de passation des questionnaires. Certains patients ont répondu de manière autonome, tandis que d'autres ont été accompagnés par les chercheuses, qui leur lisaient les questions et cochaient leurs réponses. Cette hétérogénéité peut avoir influencé la compréhension des items et les réponses, notamment chez les patients présentant des difficultés de lecture, de concentration ou une fatigabilité importante. Notre présence peut également avoir introduit un biais de désirabilité sociale, certains participants pouvant minimiser leur détresse ou formuler des réponses jugées plus acceptables. Cette différence de passation peut ainsi introduire une variabilité qui ne relève pas uniquement des caractéristiques psychologiques des participants et invite à interpréter avec prudence les différences individuelles observées.

Sur le plan de l'échantillonnage, les patients inclus ne constituent pas un échantillon aléatoire de l'ensemble des personnes hospitalisées, mais un groupe sélectionné selon des

critères cliniques et pratiques, notamment la capacité à consentir, la disponibilité et un état de santé compatible avec la passation. Ce processus implique un risque de biais de sélection, les personnes les plus vulnérables, fatigables ou en détresse aiguë pouvant être sous-représentées et certaines manifestations de détresse psychologique ainsi sous-estimées. La participation volontaire peut également favoriser l'inclusion de patients plus motivés à partager leur vécu, plus disponibles psychologiquement ou ayant un lien plus positif avec l'équipe soignante. Ces caractéristiques limitent la représentativité de l'échantillon et la généralisation des résultats à l'ensemble des patients hospitalisés.

La taille et la répartition des sous-groupes constituent également une limite à prendre en considération. Bien que l'échantillon global comprenne 132 participants, certains diagnostics psychiatriques sont représentés par un nombre plus limité de participants. Cette répartition inégale peut réduire la puissance statistique de certaines comparaisons et limiter la capacité à détecter des associations existantes. Ainsi, l'absence de différence significative pour certaines variables ne peut pas systématiquement être interprétée comme la preuve d'une absence de relation. Des études reposant sur des échantillons plus importants, des groupes plus équilibrés et un plan d'analyse confirmatoire pourraient contribuer à évaluer la robustesse de ces résultats.

La composition clinique de l'échantillon constitue une autre source de prudence dans l'interprétation. Certains patients présentent un diagnostic psychiatrique ou des difficultés psychiques préexistantes, tandis que d'autres ne disposent pas d'un tel diagnostic formel. Cette hétérogénéité peut influencer le niveau de détresse rapporté, l'intensité des symptômes et la manière dont l'hospitalisation est vécue. Elle rend notamment plus difficile la distinction entre les difficultés psychologiques susceptibles d'être associées au contexte hospitalier et celles qui pourraient préexister à l'hospitalisation. Cette limite doit être particulièrement prise en compte dans l'interprétation des associations observées entre les diagnostics MINI, la gestion perçue des émotions et l'intolérance à l'incertitude, puisque certaines de ces caractéristiques peuvent refléter des vulnérabilités psychologiques antérieures plutôt qu'une conséquence de l'expérience hospitalière.

Les conditions cliniques dans lesquelles les questionnaires ont été administrés constituent également une limite importante. Les patients ont répondu aux questionnaires dans un contexte de soins marqué par des examens, des traitements, des douleurs, des perturbations du sommeil et une fatigue globale. Ces facteurs peuvent réduire la disponibilité cognitive et émotionnelle, limiter la capacité de concentration et conduire certains patients à répondre plus

rapidement ou de manière moins réfléchie, ce qui peut introduire une variabilité supplémentaire dans les données. Cette limite est particulièrement pertinente pour les mesures reposant sur l'auto-évaluation de la gestion émotionnelle et de l'intolérance à l'incertitude, qui nécessitent une certaine disponibilité cognitive pour répondre de manière attentive.

La temporalité de la passation constitue également une limite. Les participants n'ont pas tous été évalués au même moment de leur séjour, alors que le vécu psychologique peut évoluer au cours de l'hospitalisation. Les émotions ressenties à l'admission peuvent notamment différer de celles ressenties après plusieurs jours de prise en charge ou à l'approche de la sortie. L'absence de contrôle systématique de cette temporalité limite donc la possibilité de déterminer si les résultats reflètent une phase particulière de l'hospitalisation ou un vécu plus général du séjour. Une évaluation à différents moments aurait permis de mieux appréhender cette éventuelle évolution.

Sur le plan méthodologique, le caractère transversal de l'étude limite par ailleurs les possibilités d'interprétation causale. Ce devis ne permet pas d'inférer de lien causal entre l'hospitalisation et les difficultés psychologiques observées, ni de suivre l'évolution de la santé mentale au fil du temps. Cette limite concerne également l'interprétation des associations observées entre l'intolérance à l'incertitude et aux difficultés perçues dans la gestion des émotions. Il n'est notamment pas possible de déterminer si une plus grande intolérance à l'incertitude contribue aux difficultés de régulation émotionnelle, si les difficultés de régulation renforcent à leur tour l'intolérance à l'incertitude, ou si ces deux dimensions sont influencées par un facteur commun. Les résultats doivent donc être considérés comme des associations entre variables et non comme la démonstration de relations causales.

Le recours à des mesures principalement auto-rapportées constitue une autre limite méthodologique. Certaines dimensions, notamment la gestion des émotions, reposent sur la perception subjective des participants et ne constituent donc pas une mesure comportementale directe des stratégies effectivement utilisées pour réguler les émotions. Les réponses peuvent ainsi refléter à la fois les capacités réelles de régulation et la perception que les patients en ont. Les auto-questionnaires restent également exposés aux biais de mémoire, de compréhension ou de désirabilité sociale. L'utilisation de mesures complémentaires, notamment comportementales ou qualitatives, permettrait ainsi d'appréhender plus largement la manière dont les patients régulent effectivement leurs émotions.

Par ailleurs, certains facteurs potentiellement confondants n'ont pas pu être contrôlés de manière exhaustive. Il s'agit notamment des comorbidités somatiques, de la nature et de la gravité de la pathologie ayant motivé l'hospitalisation, des traitements médicamenteux, du contexte socio-économique ou encore du soutien familial. Ces facteurs sont susceptibles d'influencer directement le vécu émotionnel des patients et pourraient ainsi contribuer aux associations observées. Il reste donc difficile de déterminer dans quelle mesure certaines différences émotionnelles sont liées aux caractéristiques psychologiques étudiées ou à des facteurs cliniques et contextuels concomitants.

Enfin, le fait que l'étude ait été menée dans un seul établissement hospitalier limite la portée de la généralisation des résultats. Les caractéristiques propres au CHU de Liège, aux services inclus ou à la population accueillie peuvent en effet différer de celles d'autres établissements hospitaliers. Les résultats doivent donc être interprétés dans le contexte organisationnel et environnemental spécifique dans lequel les données ont été recueillies. Des recherches menées dans plusieurs établissements et auprès de populations hospitalières plus diversifiées permettraient de déterminer dans quelle mesure les tendances observées peuvent être retrouvées dans d'autres contextes de soins.

5.3. Pistes d'intervention

Au regard des résultats, plusieurs pistes d'intervention peuvent être proposées pour mieux prendre en compte la santé mentale des patients hospitalisés. La présence d'émotions négatives, les difficultés de gestion de la peur, de l'anxiété, de la colère et de la tristesse, ainsi que les troubles psychiatriques identifiés invitent à envisager une prise en charge globale intégrant les dimensions psychologiques, relationnelles et environnementales du soin.

Une première piste d'intervention concerne le développement d'interventions non médicamenteuses centrées sur la régulation émotionnelle. La littérature mobilisée dans ce mémoire montre que des approches telles que l'hypnose médicale, la sophrologie, la réalité virtuelle immersive, le Qigong ou l'auriculothérapie peuvent réduire le stress, l'anxiété et la douleur tout en renforçant le sentiment de contrôle du patient. Santhea (s.d.) souligne que ces pratiques sont déjà intégrées dans plusieurs hôpitaux belges, notamment au CHU Saint-Pierre, au CHU de Liège et à l'hôpital Erasme, ce qui suggère leur faisabilité dans le contexte hospitalier belge. De même, Healthy Mind (2020) rapporte que la réalité virtuelle utilisée au CHU UCL de Namur permet de diminuer l'anxiété et d'améliorer le confort émotionnel, tout

en réduisant le recours aux analgésiques. Enfin, Chikhoun et al. (2024) montrent, dans une étude pilote randomisée en médecine interne, qu'une séance d'hypnose du « lieu de sécurité » diminue significativement l'anxiété état immédiatement après l'intervention, avec un effet maintenu jusqu'à la fin de l'hospitalisation. Ces données suggèrent qu'une offre structurée d'interventions non médicamenteuses pourrait être particulièrement pertinente pour les patients présentant une anxiété élevée, des difficultés à gérer la peur ou une intolérance plus marquée à l'incertitude.

Si les résultats de cette étude mettent principalement en évidence des besoins émotionnels et psychologiques, ils peuvent également être mis en perspective avec des facteurs environnementaux et relationnels susceptibles de moduler le vécu hospitalier. Une deuxième piste d'intervention concerne ainsi l'environnement hospitalier, qui constitue un déterminant important du vécu psychologique des patients. Plusieurs travaux rappellent que le bruit, le manque de lumière naturelle, la désorientation temporelle, l'absence d'objets familiers, les interruptions fréquentes et le manque d'intimité peuvent majorer la détresse émotionnelle et favoriser la surcharge allostatique. Pistoria (2023) montre notamment que, dans les unités de soins intensifs, la rupture des repères, la privation de sommeil, la lumière artificielle constante et les bruits mécaniques contribuent à la confusion et à la désorganisation psychique, pouvant aller jusqu'à la « psychose des USI ». De manière complémentaire, Tedisel Medical (2024), Tedisel (2024) et Moment Care (2024) soulignent que la lumière naturelle, les couleurs apaisantes, les espaces verts, un mobilier adapté et un environnement humanisé peuvent réduire le stress et améliorer la satisfaction des patients. Dans cette perspective, il semblerait pertinent de renforcer les mesures visant à humaniser les services hospitaliers : repères spatio-temporels, limitation des nuisances sonores, adaptation de l'éclairage, respect de l'intimité, maintien d'objets personnels lorsque possible et aménagement d'espaces plus chaleureux.

Au-delà des dimensions directement évaluées dans la présente étude, le sommeil constitue une cible d'intervention importante. Le manque de sommeil peut contribuer au stress hospitalier et à la surcharge allostatique, au même titre que la douleur, la perte de contrôle, les relations avec le personnel médical ou certaines caractéristiques de l'environnement hospitalier. Ford et al. (2023) montrent, dans une revue systématique et une méta-analyse, une association significative entre le stress psychologique perçu durant l'hospitalisation et différents résultats cliniques, notamment la douleur, la qualité de vie, la satisfaction, la durée d'hospitalisation et les réadmissions. Les auteurs rapportent toutefois une association faible à modérée et soulignent

la nécessité d'études de meilleure qualité. Tamrat et al. (2013) suggèrent que certaines interventions non pharmacologiques, telles que les techniques de relaxation, l'amélioration de l'hygiène du sommeil, la réduction des interruptions nocturnes ou l'exposition à une lumière vive durant la journée, peuvent améliorer modestement le sommeil des patients hospitalisés, bien que les données restent limitées par l'hétérogénéité des études. Dans cette perspective, des plages de sommeil protégées, une limitation des réveils non indispensables et des interventions de relaxation en soirée pourraient constituer des pistes à évaluer afin de réduire le stress perçu et la détresse psychologique. Goldwater et al. (2018) décrivent par ailleurs comment l'exposition prolongée au stress hospitalier peut contribuer à une surcharge allostatique et participer à la vulnérabilité observée après l'hospitalisation.

Une troisième piste d'intervention concerne le soutien relationnel et l'implication des proches. Les travaux d'Alzahrani (2021) et de Proia Lelouey et Letrecher (2018) montrent que l'isolement, la solitude et la restriction des interactions sociales peuvent accentuer l'anxiété, les symptômes dépressifs, le stress et le sentiment d'abandon chez les patients hospitalisés. Dans la même perspective, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (2020) souligne le rôle protecteur de la présence des proches face à la souffrance psychique. L'essai contrôlé randomisé EFFAMPART, rapporté par Rutten et al. (2023), montre que l'implication des familles dans certains soins essentiels, tels que la communication, le confort, l'aide à l'alimentation ou la mobilisation, est globalement bien accueillie et renforce le sentiment de compétence des proches ainsi que la clarté des rôles entre familles et soignants. Jabre (2014), à travers le modèle du Patient and Family Centered Care, montre également que la présence des proches dans certaines situations critiques n'altère pas la qualité des soins et peut réduire leur stress post-traumatique. Il pourrait ainsi être pertinent de développer des modalités d'implication structurée des proches, en tenant compte des préférences du patient, de l'intimité et de la charge potentielle pour les aidants. Cette implication doit toutefois s'accompagner d'une vigilance quant à leur propre vulnérabilité. Eyaloba et al. (2021), Miller et al. (2016), Adebayo et al. (2024) et Varner et al. (2024) rappellent que les aidants jouent un rôle important dans la continuité des soins, la coordination avec les cliniciens et le retour à domicile, mais peuvent également être exposés à une forte charge émotionnelle, logistique et organisationnelle. Les interventions devraient donc non seulement favoriser la présence des proches, mais aussi reconnaître leur contribution, les informer, leur fournir des repères clairs et, si nécessaire, les orienter vers des ressources de soutien.

Une quatrième piste d'intervention concerne la mesure systématique de l'expérience patient et l'intégration de celle-ci dans les pratiques de soins. Dubé-Linteau (2017) montre que les outils d'expérience patient permettent d'évaluer des dimensions essentielles telles que la reconnaissance des préférences, la qualité de la communication ou encore l'intégration des services. Dans le même sens, Buelens et al. (2023) mettent en évidence qu'un accompagnement aumônier peut améliorer de manière immédiate la paix intérieure des patients hospitalisés, même si les effets sur l'anxiété générale ou les symptômes dépressifs restent plus limités. Ces résultats rappellent que certaines dimensions subjectives du vécu hospitalier, comme le sens, la solitude, la paix intérieure ou la sécurité relationnelle, échappent souvent aux indicateurs purement biomédicaux, alors qu'elles participent pleinement au bien-être psychique. En ce sens, intégrer des outils d'évaluation régulière de l'expérience patient, y compris sur les plans émotionnel et existentiel, pourrait aider les équipes à repérer plus précocement les situations de détresse et à proposer des réponses plus personnalisées.

Enfin, les pistes d'intervention devraient également s'étendre à l'après-hospitalisation. Les travaux de Bellod Tonda et al. (2021), Goldwater et al. (2018), Schattner (2023) et Du et al. (2026) montrent que l'hospitalisation peut laisser persister une vulnérabilité dans les semaines suivant la sortie, sous la forme d'un syndrome post-hospitalisation associant déclin fonctionnel, complications, symptômes dépressifs, difficultés d'adaptation et risque accru de réhospitalisation. Dans cette perspective, un suivi renforcé après la sortie, associant coordination avec les soins de première ligne, repérage des difficultés psychologiques, prise en compte du soutien social et orientation vers des ressources adaptées, pourrait constituer un axe de prévention important. Une telle continuité des soins permettrait de prolonger l'attention portée au vécu psychique au-delà de l'hospitalisation et de mieux répondre à la fragilité globale mise en évidence par la littérature et cette étude.

5.4. Perspectives futures

Ce travail de cartographie de la santé mentale des adultes en milieu hospitalier pourrait être prolongé par des recherches menées auprès d'échantillons plus larges et diversifiés, incluant différents types de services (chirurgie, soins intensifs, gériatrie, etc.) et plusieurs hôpitaux, afin de mieux saisir la variété des profils psychologiques et des vécus hospitaliers. L'extension de la cartographie à des contextes de soins contrastés permettrait de préciser les zones de vulnérabilité et les ressources propres à chaque environnement. Il serait également

pertinent d'intégrer des variables complémentaires, telles que le soutien social perçu, la qualité perçue de la relation avec les soignants et certains antécédents en santé mentale, afin d'affiner l'identification des facteurs associés à la détresse psychologique et au bien-être des patients hospitalisés.

Par ailleurs, la mise en place de devis longitudinaux permettrait de suivre l'évolution de la santé mentale au fil du parcours de soins. Une telle approche offrirait une vision plus dynamique des trajectoires psychologiques, en documentant non seulement les difficultés, mais également les processus de résilience et d'adaptation. Elle permettrait notamment de déterminer si les émotions négatives, les difficultés de gestion émotionnelle ou l'intolérance à l'incertitude évoluent au cours de l'hospitalisation et après la sortie. De telles recherches pourraient ainsi contribuer à mieux distinguer les vulnérabilités psychologiques préexistantes des difficultés susceptibles d'être liées à l'expérience hospitalière.

Dans le prolongement de cette démarche, des recherches interventionnelles pourraient également être envisagées afin de tester l'efficacité de dispositifs susceptibles d'améliorer le vécu psychologique des patients. Il pourrait notamment s'agir d'interventions non médicamenteuses (hypnose médicale, sophrologie, réalité virtuelle, techniques de relaxation), d'aménagements de l'environnement hospitalier (bruit, lumière, intimité, rythme des soins) ou encore de programmes favorisant l'implication des proches et le soutien relationnel. L'évaluation systématique de ces interventions, à l'aide de mesures quantitatives et qualitatives, contribuerait à préciser leur effet sur la détresse psychologique, le sentiment de contrôle, la qualité de vie et la satisfaction des patients. Elle permettrait également de déterminer quelles dimensions du vécu hospitalier sont les plus susceptibles d'être modifiées par ces interventions.

Enfin, de futures recherches pourraient approfondir les dimensions organisationnelles et relationnelles de la santé mentale à l'hôpital. Il serait notamment pertinent d'étudier les conditions permettant d'intégrer plus systématiquement le repérage des difficultés psychologiques dans les services non psychiatriques, ainsi que la manière dont les professionnels peuvent être formés à mieux identifier et prendre en compte le vécu émotionnel des patients. La place accordée au vécu subjectif du patient dans les pratiques de soins pourrait également faire l'objet d'investigations spécifiques. Ces perspectives soulèvent une question centrale : comment intégrer durablement la santé mentale à l'hôpital sans la réduire au diagnostic psychiatrique ?

BIBLIOGRAPHIE

- Adebayo, K., Omobowale, M., Akinyemi, A., Usman, R., Olujimi, A., & Omodara, F. (2024). "I am the one taking care of her and donating blood": lived experiences of role-routines of hospital-based informal caregiving in Nigeria. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being*, 19(1), 2356928. <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2356928>
- Alamri, S. H., Bari, A. I., & Ali, A. T. (2017). Depression and associated factors in hospitalized elderly: a cross-sectional study in a Saudi teaching hospital. *Annals of saudi medicine*, 37(2), 122-129. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2017.122>
- Alzahrani, N. (2021). The effect of hospitalization on patients' emotional and psychological well-being among adult patients: An integrative review. *Applied Nursing Research*, 61, 151488. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151488>
- Bellod-Tonda, J., Blázquez-Encinar, J., Jover-Ríos, M. D., Seguí-Pérez, C., Méndez-Mora, J., Caparrós-Hernández, F., Méndez-Jover, Á., Seguí-Pérez, M., Baláz, D., Del Barrio, L. E., Corbacho-Redondo, J., García-Cervera, C., Núñez-Cruz, J. M., Hernández-Isasi, I., Guzmán-Martínez, J., Gómez-Uranga, A., Esteve-Atiénzar, P., Peris-García, J., Martínez-Sempere, V., ... Seguí-Ripoll, J. M. (2021). Post-Hospital Syndrome and Hyponatremia. *Health*, 13(08), 846-856. <https://doi.org/10.4236/health.2021.138065>
- Bouzouika, N. (2022, 17 mai). *Hospitalisation : Les impacts psychologiques sur les patients*. <https://www.bouzouika.fr/impact-psychologique-personnes-hospitalisees/>
- Brunet, S. (2024, 1 mars). *Confort et Bien-Être des patients hospitalisés : Un enjeu primordial*. <https://fr.linkedin.com/pulse/confort-et-bien-%C3%AAtre-des-patients-hospitalis%C3%A9s-un-enjeu-brunet-7lkpe>
- Buelens, E., Dewitte, L., Dezutter, J., Vandenhoeck, A., & Dillen, A. (2023). The outcomes of healthcare chaplaincy on hospitalized patients. A quasi-experimental study in Belgium. *Journal Of Spirituality In Mental Health*, 26(2), 141-164. <https://doi.org/10.1080/19349637.2023.2177239>

- Cantin, S. (2023). Échelle d'intolérance à l'incertitude (ÉII) = Intolerance of Uncertainty Scale (IUS). Dans S. Cantin, M. Carignan, & C. Houtekier (dir.), *Répertoire ORVIS : Fonctions mentales – excluant émotionnelles* (pp. 1–13). Centre de recherche CRIR – site INLB, CISSS de la Montérégie-Centre. <https://extranet.inlb.qc.ca/recherche-et-innovation/orvis/eii-fiche-orvis/>
- Cavdar, V. C., Ballica, B., Aric, M., Karaca, Z. B., Altunoglu, E. G., & Akbas, F. (2024). Exploring depression, comorbidities and quality of life in geriatric patients : a study utilizing the geriatric depression scale and WHOQOL-OLD questionnaire. *BMC Geriatrics*, 24, 687. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05264-y>
- Chikhouné, L., Dubois, Morell Dubois, S., Ledoult, E., Launay, D., Hachulla, E., Lambert, M., Yelnik, C., Maillard, H., Terriou, L., Nicolas, A., Cebrian, R., Despre, M., Sobanski, V., & Farhat, M. (2024). Étude HYPNOSTRESS : Intérêt de l'hypnose médicale dans l'évaluation du stress ressenti et le vécu d'une hospitalisation dans un service de médecine interne. *La Revue de Médecine Interne*, 45(8), 468-473. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2024.05.028>
- Chong, R. J., Hao, Y., Tan, E. W. Q., Mok, G. J. L., Sia, C., Ho, J. S. Y., Chan, M. Y. Y., & Ho, A. F. W. (2025). Prevalence of Depression, Anxiety and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) After Acute Myocardial Infarction : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal Of Clinical Medicine*, 14(6), 1786. <https://doi.org/10.3390/jcm14061786>
- Doré, I., & Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé Mentale Au Québec*, 42(1), 125-145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Dreyer, R. P., Dharmarajan, K., Hsieh, A. F., Welsh, J., Qin, L., & Krumholz, H. M. (2017). Sex differences in Trajectories of Risk After Rehospitalization for Heart Failure, Acute Myocardial Infarction, or Pneumonia. *Circulation Cardiovascular Quality And Outcomes*, 10(5), e003271-1–e003271-9. <https://doi.org/10.1161/circoutcomes.116.003271>
- Du, Y., Xie, M., & Zou, Y. (2026). Biophilic design in hospital environments : A rapid review of nature-integrated strategies and patient outcomes. *Frontiers In Public Health*, 14, 1786483. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2026.1786483>
- Dubé-Linteau, A. (2017). *Mesure de l'expérience patient par enquête : Des concepts aux bonnes pratiques*. Institut de la statistique du Québec.

<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/mesure-de-l'experience-patient-par-enquete-des-concepts-aux-bonnes-pratiques.pdf>

- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215–226. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00070-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00070-3)
- Eyaloba, C., De Brauwer, I., Cès, S., Benoit, F., Gillain, S., Pesch, L., Rouvière, H., & De Breucker, S. (2021). Profile and needs of primary informal caregivers of older patients in Belgian geriatric day hospitals : A multicentric cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 21(1), 315. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02255-1>
- Ford, D. M., Budworth, L., Lawton, R., Teale, E. A., & O'Connor, D. B. (2023). In-hospital stress and patient outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 18(3), e0282789. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282789>
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. (2020). Revue de la littérature : *Les proches aidants comme partenaires de soins essentiels* [Note documentaire]. https://www.healthcareexcellence.ca/media/llyjwb50/evidence-brief-fr_final-final-ua.pdf
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791–802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Gendet, T. (s. d.). *Améliorer le bien-être des patients hospitalisés*. Institut Curie. <https://macollecte.curie.fr/projects/ameliorer-le-bien-etre-des-patients-hospitalises>
- Gibson, B., Rosser, B. A., Schneider, J., & Forshaw, M. J. (2023). The role of uncertainty intolerance in adjusting to long-term physical health conditions : A systematic review. *PLoS ONE*, 18(6), e0286198. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286198>
- Goldwater, D. S., Dharmarajan, K., McEwen, B. S., & Krumholz, H. M. (2018). Is Posthospital Syndrome a Result of Hospitalization-Induced Allostatic Overload? *Journal Of Hospital Medicine*, 13(5), E1–E9. <https://doi.org/10.12788/jhm.2986>
- Healthy Mind. (2020, novembre 25). *Qu'est-ce que l'hypnose médicale ?* <https://healthymind.fr/hypnose-medicale/>

- Healthy Mind. (2020, 16 décembre). *La réalité virtuelle pour se relaxer avant une opération*. <https://healthymind.fr/casques-virtuels-relaxation-operation/>
- Jabre, P. (2014). Place des proches lors des soins. La *SFAR*. https://sfar.org/wp-content/uploads/2014/04/19_Jabre.pdf
- Kayhan, F., Cıcek, E., Uguz, F., Karababa, İ. F., & Kucur, R. (2013). Mood and anxiety disorders among inpatients of a university hospital in Turkey. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), 417-422. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.03.004>
- Khan, N. T. (2023). To Assess the Effect of Hospitalization on Adult Patients' Mental Health. *Journal Of Clinical Research And Reports*, 13(4), 01-06. <https://doi.org/10.31579/2690-1919/320>
- Koenig, H. G., George, L. K., Stangl, D., & Tweed, D. L. (1995). Hospital Stressors Experienced by Elderly Medical Inpatients : Developing a Hospital Stress Index. *The International Journal Of Psychiatry In Medicine*, 25(1), 103-122. <https://doi.org/10.2190/30p7-d2rq-tpgf-3whr>
- Krumholz, H. M. (2013). Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk. *New England Journal Of Medicine*, 368(2), 100-102. <https://doi.org/10.1056/nejmp1212324>
- Liebzeit, D., Rutkowski, R., Arbaje, A. I., Fields, B., & Werner, N. E. (2021). A scoping review of interventions for older adults transitioning from hospital to home. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 69(10), 2950-2962. <https://doi.org/10.1111/jgs.17323>
- Lim, W. M. (2024). What Is Quantitative Research? An Overview and Guidelines. *Australasian Marketing Journal (AMJ)*. <https://doi.org/10.1177/14413582241264622>
- Lim, W. M. (2024a). What Is Qualitative Research? An Overview and Guidelines. *Australasian Marketing Journal (AMJ)*. <https://doi.org/10.1177/14413582241264619>
- McDaniels, B., Pontone, G. M., Pushparatnam, K., & Subramanian, I. (2026). Living with the Unknown : Intolerance of Uncertainty in Parkinson's Disease. *Movement Disorders Clinical Practice*. <https://doi.org/10.1002/mdc3.70679>

- Miller, A. D., Mishra, S. R., Kendall, L., Haldar, S., Pollack, A. H., & Pratt, W. (2016). Partners in care: Design considerations for caregivers and patients during a hospital stay. In *Proceedings of the 19th ACM Conference on Computer-Supported Cooperative Work & Social Computing* (pp. 756–769). Association for Computing Machinery. <https://doi.org/10.1145/2818048.2819983>
- Moment Care. (2024, 27 novembre). *La dimension émotionnelle de l'expérience patient : Comment gérer le stress et l'anxiété en milieu hospitalier ?* <https://moment.care/2024/11/27/la-dimension-emotionnelle-de-l-experience-patient-comment-gerer-le-stress-et-lanxiete-en-milieu-hospitalier/?utm>
- Philippot, P. (2011). *Émotion et psychothérapie* (2e éd. revue et augmentée). Wavre : Mardaga.
- Pistoria, M. J. (2023, 9 octobre). *Confusion et déclin de la fonction mentale dus à l'hospitalisation*. Manuels MSD Pour le Grand Public. <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/sujets-particuliers/soins-%C3%A0-l-h%C3%B4pital/confusion-et-d%C3%A9clin-de-la-fonction-mentale-dus-%C3%A0-l-hospitalisation>
- Proia-Lelouey, N., & Letrecher, S. (2018). L'isolement en secteur protégé : Une expérience extrême. Une revue de la littérature. *Psycho-Oncologie*, 12(3), 210-215. <https://doi.org/10.3166/psn-2018-0045>
- Righy, C., Rosa, R. G., Da Silva, R. T. A., Kochhann, R., Migliavaca, C. B., Robinson, C. C., Teche, S. P., Teixeira, C., Bozza, F. A., & Falavigna, M. (2019). Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in adult critical care survivors: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 23(1), 213. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2489-3>
- Rutten, A. M. F., Dijkstra, B. M., Rood, P. J. T., et al. (2023). Effect of a standardized family participation program in the ICU: A multicenter stepped-wedge cluster randomized controlled trial (EFFAMPART). *Critical Care Medicine*. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006093>
- Sahib, A., Chen, J., Cárdenas, D., & Callear, A. L. (2023). Intolerance of uncertainty and emotion regulation: A meta-analytic and systematic review. *Clinical Psychology Review*, 101, 102270. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102270>

- Santhea. (s. d.). Soigner et maximiser le bien-être des patients, quand médecine et méthodes douces se complètent. <https://www.santhea.be/fr/soigner-et-maximiser-le-bien-tre-des-patients-quand-mdecine-et-mthodes-douces-se-compltent/>
- Schattner, A. (2023). Post-discharge syndrome in older adults. *QJM*, 116(9), 739-740. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcad113>
- Scott, G., Beauchamp-Lebrón, A. M., Rosa-Jiménez, A. A., Hernández-Justiniano, J. G., Ramos-Lucca, A., Asencio-Toro, G., & Jiménez-Chávez, J. (2021). Commonly diagnosed mental disorders in a general hospital system. *International Journal Of Mental Health Systems*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00484-w>
- Sexton, K. A. & Duga, M. J. (2009). Defining distinct segative belies about uncertainty; Validating the fact structure of the Intolrance of Uncertainty Scale. *Pycbological Auessment*, 21. 176-186
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M., & Dunbar, G. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(5), 232-241. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(97\)83297-x](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(97)83297-x)
- Tamrat, R., Huynh-Le, M., & Goyal, M. (2013). Non-Pharmacologic Interventions to Improve the Sleep of Hospitalized Patients : A Systematic Review. *Journal Of General Internal Medicine*, 29(5), 788-795. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2640-9>
- Tarsitani, L., Vassalini, P., Koukopoulos, A., Borrazzo, C., Alessi, F., Di Nicolantonio, C., Serra, R., Alessandri, F., Ceccarelli, G., Mastroianni, C. M., & D'Ettorre, G. (2021). Post-traumatic Stress Disorder Among COVID-19 Survivors at 3-Month Follow-up After Hospital Discharge. *Journal Of General Internal Medicine*, 36(6), 1702-1707. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06731-7>
- Tedisel Medical. (2024, 22 février). *L'art comme allié dans l'amélioration du bien-être des patients*. Tedisel Medical. <https://tediselmedical.com/fr/lart-comme-allie-dans-lamelioration-du-bien-etre-des-patients/>

- Van Niekerk, M., Walker, J., Hobbs, H., Magill, N., Toynbee, M., Steward, B., Harriss, E., & Sharpe, M. (2022). The Prevalence of Psychiatric Disorders in General Hospital Inpatients: A Systematic Umbrella Review. *Journal Of The Academy Of Consultation-Liaison Psychiatry*, 63(6), 567-578. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2022.04.004>
- Varner, C., Boozary, A., & Laupacis, A. (2024). « Admissions pour manque de soutien social » dans les hôpitaux : Un échec des politiques, et non des personnes. *Canadian Medical Association Journal*, 196(23), E801-E802. <https://doi.org/10.1503/cmaj.240577-f>
- Walker, J., Van Niekerk, M., Hobbs, H., Toynbee, M., Magill, N., Bold, R., Hampsey, E., Harriss, E., Frost, C., & Sharpe, M. (2021). The prevalence of anxiety in general hospital inpatients: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 72, 131-140. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.08.004>
- Yang, Z., Zhao, X., Zhu, Z., Fu, Y., & Hu, Y. (2021). How Patients with an Uncertain Diagnosis Experience Intolerance of Uncertainty : A Grounded Theory Study. *Psychology Research And Behavior Management*, Volume 14, 1269-1279. <https://doi.org/10.2147/prbm.s318263>
- Zahn, R., Lythe, K. E., Gethin, J. A., Green, S., Deakin, J. F. W., Young, A. H., & Moll, J. (2015). The role of self-blame and worthlessness in the psychopathology of major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 186, 337-341. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.001>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zou, C., Chen, S., Shen, J., Zheng, X., Wang, L., Guan, L., Liu, Q., & Yang, Y. (2018). Prevalence and associated factors of depressive symptoms among elderly inpatients of a Chinese tertiary hospital. *Clinical Interventions In Aging*, 1755-1762. <https://doi.org/10.2147/cia.s170346>

ANNEXES

Annexe 1. Support de recrutement (Flyer)

Recherche de participants volontaires

L'hospitalisation ne met pas seulement le **corps** à l'épreuve, mais aussi l'**esprit**. **Stress, anxiété, dépression ou perte de repères** peuvent fragiliser la **santé mentale** des patients tout au long de leur séjour à l'hôpital.

Votre vécu à l'hôpital compte.

Où ? CHU DE LIÈGE - SITE SART TILMAN

Qui ? POUR PARTICIPER À L'ÉTUDE, IL FAUT ÊTRE ÂGÉ(E) DE 18 ANS OU PLUS, ÊTRE ACTUELLEMENT HOSPITALISÉ(E), COMPRENDRE LE FRANÇAIS ET DONNER SON ACCORD POUR PARTICIPER.

Quoi ? IL S'AGIT DE RÉPONDRE À QUELQUES QUESTIONNAIRES PORTANT SUR : VOS ÉMOTIONS, VOTRE RESSENTI PENDANT L'HOSPITALISATION ET CERTAINES INFORMATIONS GÉNÉRALES.

Merci pour le temps que vous nous accordez !

LIÈGE université
Psychologie, Logopédie & Sciences de l'Éducation

Pour plus d'informations,
Contactez-nous au 04 97 23 96 63 ou au 04 85 11 56 70
Par email à noelie.schmit@student.uliege.be
ou à amal.tajoursrout@student.uliege.be

Promotrice : Aurélie Wagener (Aurelie.wagener@uliege.be)

Annexe 2. Formulaire d'information et de consentement initial

Titre de l'étude : CARTOGRAPHIE DE LA SANTÉ MENTALE DES ADULTES EN MILIEU HOSPITALIER

Promoteur de l'étude : Université de Liège

Comité d'Éthique Médicale : Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707) ethique@chuliege.be

Investigateurs locaux : Éric Adam (eric.adam@chuliege.be)

Co-investigateurs (étudiantes) : Schmit Noémie et Taj Ousrout Amal

I Information essentielle à votre décision de participer

Introduction

Vous êtes actuellement hospitalisé(e) au CHU de Liège – site Sart Tilman, vous avez 18 ans ou plus et vous maîtrisez le Français ? Dans ce cas, vous êtes invité à participer à une enquête.

Cette étude porte sur la santé mentale des adultes hospitalisés. Elle est réalisée dans le cadre d'un mémoire en psychologie et vise à mieux comprendre les expériences et le vécu des patients au cours de leur hospitalisation.

Avant de décider si vous souhaitez y participer, il est important que vous compreniez les objectifs de cette étude et ce que votre participation implique.

I Information essentielle au patient/participant

L'objectif de cette enquête consiste à mieux comprendre la santé mentale des adultes hospitalisés, en identifiant les difficultés psychologiques les plus fréquemment rencontrées durant l'hospitalisation (telles que l'anxiété, la dépression, le stress ou l'incertitude). Les résultats permettront d'améliorer la prise en compte du bien-être psychologique des patients en milieu hospitalier. Cette étude est réalisée dans le cadre d'un mémoire universitaire et sera menée, sauf prolongation, jusqu'en juillet 2026. Elle a été soumise à l'évaluation et à l'approbation d'un comité d'éthique avant le début de la collecte des données et devrait inclure environ 120 patients/participants en Belgique. La participation à cette étude pourrait ou non vous paraître bénéfique. Il n'y a cependant aucune garantie que vous tirerez un bénéfice de votre participation à cette étude.

Si vous acceptez de participer à cette enquête, il vous sera demandé de compléter des questionnaires comprenant :

- des questions sociodémographiques (âge, sexe, service d'hospitalisation, etc.)
- des questionnaires portant sur votre vécu émotionnel et psychologique durant l'hospitalisation

Les questionnaires peuvent être complétés en version papier ou numérique, selon vos préférences.

Avant que vous n'acceptiez d'y participer, nous vous invitons à prendre connaissance de ses implications en termes d'organisation, avantages et risques éventuels, afin que vous puissiez prendre une décision en toute connaissance de cause. Ceci s'appelle donner un « consentement éclairé ».

Veuillez lire attentivement ces quelques pages d'information et poser toutes les questions que vous souhaitez à l'investigateur ou à la personne qui le représente. Ce document comprend 3 parties : l'information essentielle à votre prise de décision, votre consentement écrit et des informations complémentaires (annexes) qui détaillent certaines parties de l'information de base.

Si vous participez à cette étude clinique, vous devez savoir que :

- Cette étude clinique est mise en œuvre après évaluation par un comité d'éthique.
- Votre participation est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Elle nécessite la signature d'un document exprimant votre consentement. Même après l'avoir signé, vous pouvez arrêter de participer en informant le médecin investigateur. Votre décision de ne pas ou de ne plus participer à l'étude n'aura aucun impact sur la qualité de vos soins ni sur vos relations avec l'investigateur.
- Les données recueillies à cette occasion sont confidentielles et votre anonymat est garanti lors de la publication des résultats.
- Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette étude clinique.
- Aucun frais ne vous sera facturé pour les visites / consultations, examens ou traitements spécifiques à cette étude.
- Vous pouvez toujours contacter l'investigateur ou un membre de son équipe si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Un complément d'informations sur vos « Droits de participant à une étude clinique » est fourni en annexe 2.

Objectifs et description du protocole de l'étude

Nous vous proposons de participer à une étude clinique portant sur la santé mentale des adultes en milieu hospitalier qui devrait inclure environ 120 participants en Belgique.

Cette étude clinique est organisée afin de dresser une cartographie de la santé mentale des patients hospitalisés en identifiant les troubles psychiques les plus fréquents et en analysant leurs déterminants. Plus spécifiquement, il s'agit d'évaluer la prévalence de l'anxiété, de la dépression et du stress en milieu hospitalier, d'identifier les facteurs de vulnérabilité psychologique tels que l'incertitude, l'environnement hospitalier ou encore la qualité de la relation soignant-soigné, et d'examiner l'influence de variables sociodémographiques et médicales comme l'âge, le sexe, la durée d'hospitalisation, le service d'admission ou la présence de comorbidités. Pour atteindre ces objectifs, différentes variables et indicateurs seront mesurés à l'aide d'outils validés scientifiquement. Les variables dépendantes concernent l'état psychologique des patients et seront évaluées au moyen de l'Échelle des émotions de base (BES) pour les états affectifs fondamentaux (joie, tristesse, colère, peur, dégoût), ainsi que d'une échelle mesurant la détresse ou l'intolérance à l'incertitude. Un questionnaire de personnalité, le NEO-PI, sera proposé de manière optionnelle afin d'explorer les traits de personnalité des participants. Les variables indépendantes, quant à elles, porteront sur les données sociodémographiques, médicales et contextuelles, incluant le vécu de l'hospitalisation, la relation avec les soignants et la présence ou non de proches.

Déroulement de l'étude

Votre participation à l'étude durera environ 40 minutes et n'impliquera qu'un seul contact (une seule participation). Aucune visite médicale supplémentaire ne sera nécessaire.

Dans le cadre de cette étude, aucun traitement, aucune intervention médicale ni examen (prise de sang, test physique, etc.) ne seront réalisés. La participation consiste uniquement à compléter des questionnaires portant sur votre santé mentale, votre vécu de l'hospitalisation et votre qualité de vie.

Étape	Description	Durée approximative
Inclusion	Vérification des critères d'inclusion et explication de l'étude	5 minutes
Participation	Remplissage des questionnaires	30-40 minutes
Suivi	Aucun suivi ni visite supplémentaire	/

Risques et inconvénients

Cette étude ne comporte aucun traitement, intervention médicale ni examen invasif. Il n'y a donc aucun risque physique lié à la participation. Le principal inconvénient potentiel est d'ordre émotionnel ou psychologique. Certaines questions portent sur votre vécu de l'hospitalisation, votre état émotionnel ou d'éventuelles difficultés rencontrées après votre séjour à l'hôpital. Le fait d'aborder ces thématiques peut, chez certaines personnes, raviver des souvenirs difficiles ou susciter des émotions telles que de la tristesse, de l'anxiété, de l'irritation ou un certain malaise.

Cet inconfort est généralement léger à modéré et temporaire, limité au temps du remplissage des questionnaires. Il n'est pas attendu qu'il ait un impact durable sur votre bien-être ou sur votre vie quotidienne. Un autre inconvénient possible est le temps consacré à la participation (environ 40 minutes), qui peut représenter une contrainte mineure dans votre organisation personnelle. Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions si vous les jugez trop sensibles et vous pouvez interrompre votre participation à tout moment, sans devoir vous justifier et sans aucune conséquence sur votre prise en charge médicale actuelle ou future.

Il est également possible que d'autres risques ou désagréments se présentent qui nous sont encore inconnus à ce jour. Il est donc de grande importance que chaque nouveau problème de santé soit communiqué à l'investigateur, quelle que soit la probabilité de la relation de ce problème avec l'étude selon vous.

Si vous ressentez un inconfort psychologique au cours de votre participation, vous pouvez en parler à un membre de l'équipe soignante. Celui-ci pourra, si nécessaire, vous orienter vers un professionnel de la santé mentale (psychologue ou psychiatre) au sein de l'hôpital.

Bénéfices

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette *enquête*, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation. Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude peuvent contribuer à une meilleure compréhension de l'état psychologique des patients hospitalisés, une contribution scientifique à un domaine encore sous-estimé, une sensibilisation des soignants et une

ouverture vers des interventions adaptées. Il n'y a aucun risque de participation à cette *enquête* hormis une éventuelle rupture de confidentialité des données.

Retrait de l'étude

Votre participation est volontaire et vous avez le droit de vous retirer de l'étude pour quelque raison que ce soit, sans devoir vous justifier. Néanmoins, il peut être utile pour l'investigateur et pour le promoteur de l'étude de savoir si vous vous retirez parce que les contraintes liées au temps consacré à la participation, à des difficultés d'organisation personnelle, à la compréhension de certaines questions ou à un éventuel inconfort émotionnel ressenti lors du remplissage des questionnaires vous paraissent trop importantes.

Il est aussi possible que ce soit l'investigateur qui vous retire de l'étude parce qu'il pense que c'est le mieux pour votre santé ou qu'il constate que vous ne respectez pas les consignes données aux participants.

Enfin, il arrive parfois que les comités d'éthique compétents qui ont initialement approuvé l'étude ou le promoteur interrompent l'étude pour des raisons médicales.

Si vous participez à cette étude, nous vous demandons :

- De collaborer pleinement au bon déroulement de cette recherche.
- De ne masquer aucune information relative à votre état de santé, aux médicaments que vous prenez ou aux symptômes que vous ressentez.

Contact

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, mais aussi en cas de problème ou d'inquiétude, vous pouvez contacter l'investigateur **Eric Adam** au [+32 4 323 84 34](tel:+3243238434) ou par mail eric.adam@chuliege.be ou un membre de son équipe de recherche **Aurélie Wagener** au numéro de téléphone suivant [+32 4 366 30 08](tel:+3243663008) ou par mail à aurélie.wagener@uliege.be

Si vous avez des questions relatives à vos droits de participant à une étude clinique, vous pouvez contacter le médiateur des droits du participant de votre institution : Mme Caroline DOPPAGNE, CHU de Liège, 0498/31 11 12 (entre 8h30 et 16h30). Si nécessaire, celle-ci peut vous mettre en contact avec le comité d'éthique.

Titre de l'étude : CARTOGRAPHIE DE LA SANTÉ MENTALE DES ADULTES EN MILIEU HOSPITALIER
--

II Consentement éclairé

Participant

- Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'étude, son but, sa durée, les éventuels bénéfices et risques et ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document.
- J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix comme mon médecin généraliste ou un membre de ma famille
- J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.
- J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude sans que cela ne modifie mes relations avec l'équipe thérapeutique en charge de ma santé.
- J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que l'investigateur et le promoteur de l'étude se portent garant de la confidentialité de ces données conformément à la législation européenne et belge d'application.
- Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité (annexe 2).
- J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Nom, prénom, date et signature du participant.

Investigateur

Je soussignée, **Taj Ousrout Amal, étudiante en psychologie**, assistante de recherche clinique, confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le participant accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la dernière version de la « Déclaration d'Helsinki », des « Bonnes pratiques Cliniques » et de la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Nom, prénom, Date et signature
du représentant de l'investigateur

Nom, Prénom, Date et signature
de l'investigateur

Je soussignée, **Noélie Schmit, étudiante en psychologie**, assistante de recherche clinique, confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le participant accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la dernière version de la « Déclaration d'Helsinki », des « Bonnes pratiques Cliniques » et de la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Nom, prénom, Date et signature
du représentant de l'investigateur

Nom, Prénom, Date et signature
de l'investigateur

Titre de l'étude : CARTOGRAPHIE DE LA SANTÉ MENTALE DES ADULTES EN MILIEU HOSPITALIER

III Informations complémentaires

1 : Compléments d'informations sur l'organisation de l'étude

La présente étude ne comporte aucune intervention médicale ni examen complémentaire. La participation à l'étude se déroule en une seule étape et ne nécessite aucune visite ou consultation supplémentaire.

Après avoir reçu les informations relatives à l'étude et signé le formulaire de consentement éclairé, les participants seront invités à compléter un ensemble de questionnaires portant sur leur état émotionnel, leur vécu de l'hospitalisation ainsi que certaines données sociodémographiques et contextuelles. La complétion des questionnaires prendra environ 20 à 30 minutes.

Aucune procédure médicale, prélèvement biologique ou examen clinique spécifique n'est prévu dans le cadre de cette étude. Aucune précaution particulière n'est nécessaire avant la participation. La participation se limite uniquement au remplissage des questionnaires et se termine immédiatement après leur complétion.

2 : Complément d'informations sur la protection et les droits du participant à une étude clinique

Comité d'Ethique

Cette étude a été évaluée par un Comité d'Ethique indépendant, à savoir le Comité d'Ethique Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire. Universitaire de Liège (707) (ethique@chuliege.be) qui a émis un avis favorable. Les Comités d'Ethique ont pour tâche de protéger les personnes qui participent à un essai clinique. Ils s'assurent que vos droits en tant que participant à une étude clinique sont respectés, qu'au vu des connaissances actuelles, la balance entre risques et bénéfices reste favorable aux participants, que l'étude est scientifiquement pertinente et éthique.

Les comités d'éthique émettent leur avis à ce sujet conformément à la loi belge du 7 mai 2004. En aucun cas vous ne devez prendre l'avis favorable du Comité d'Ethique comme une incitation à participer à cette étude.

Participation volontaire

Avant de signer, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles. Prenez le temps d'en parler à une personne de confiance si vous le souhaitez.

Votre participation à l'étude est volontaire et doit rester libre de toute contrainte: ceci signifie que vous avez le droit de ne pas y participer ou de vous retirer sans justification même si vous aviez accepté préalablement d'y participer. Votre décision ne modifiera en rien vos relations avec l'investigateur et la qualité de votre prise en charge thérapeutique future.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous signerez le formulaire de consentement éclairé. L'investigateur signera également ce formulaire et confirmera ainsi qu'il vous a fourni les informations nécessaires sur l'étude. Vous recevrez l'exemplaire qui vous est destiné.

Il est conseillé pour votre sécurité, de prévenir le médecin investigateur si vous avez décidé d'arrêter votre participation à l'étude.

Coûts associés à votre participation¹

Le promoteur a prévu de dédommager l'hôpital pour le temps consacré à l'étude par l'investigateur et son équipe, pour les consultations spécifiques à l'étude et pour tous les examens programmés dans le cadre de cette étude.

Si vous décidez de participer à cette étude, ceci n'entraînera donc pas de frais supplémentaires pour vous ou votre organisme assureur. Les visites et procédures identifiées comme propres à l'étude dans le descriptif du déroulement de l'étude en page 1/10 et 2/10 ou dans le tableau de la page 3/10 sont à charge du promoteur

Garantie de confidentialité

Votre participation à l'étude signifie que vous acceptez que l'investigateur recueille des données vous concernant et que le promoteur de l'étude les utilise dans un objectif de recherche et dans le cadre de publications scientifiques et médicales.

Le traitement de vos données personnelles durant cette étude est autorisé, car ce dernier est nécessaire à des fins scientifiques et ...

Vos données seront traitées conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la législation belge relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Madame Aurélie Wagener sera responsable du traitement de vos données.

Vous avez le droit de demander à l'investigateur quelles sont les données collectées à votre sujet et quelle est leur utilité dans le cadre de l'étude. Ces données concernent votre situation clinique actuelle mais aussi certains de vos antécédents, les résultats des examens réalisés dans le cadre d'une prise en charge selon les standards actuels de votre santé et bien entendu les résultats des examens requis par le protocole. Vous disposez d'un droit de regard sur ces données et le droit d'y apporter des rectifications au cas où elles seraient incorrectes².

L'investigateur a un devoir de confidentialité vis à vis des données collectées.

Ceci veut dire qu'il s'engage non seulement à ne jamais divulguer votre nom dans le cadre d'une publication ou d'une conférence mais aussi qu'il pseudonymisera (que votre identité sera remplacée par un code d'identification dans l'étude) vos données avant de les transmettre au gestionnaire de la base des données collectées.

L'investigateur et son équipe seront donc les seuls à pouvoir faire le lien entre les données transmises pendant toute la durée de l'étude et votre dossier médical³.

Les données personnelles transmises ne contiendront pas d'association d'éléments qui permettraient de vous identifier⁴.

Pour le gestionnaire des données de recherche désigné par le promoteur, les données transmises ne permettent pas de vous identifier. Ce dernier est responsable de la collecte des données recueillies par tous les investigateurs participant à la recherche, de leur traitement et de leur protection en conformité avec les impératifs de la loi belge relative à la protection de la vie privée.

Pour vérifier la qualité de l'étude, il est possible que votre dossier médical soit examiné par des personnes soumises au secret professionnel et désignées par le comité d'éthique, le promoteur de l'étude ou un organisme d'audit indépendant. En tout état de cause, cet

¹ Veuillez consulter les directives de BAREC sur le remboursement des participants sur leur site web <https://barec.be/>.

² Ces droits vous sont garantis par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), par la législation belge du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

³ Pour les essais cliniques, la loi oblige à conserver ce lien avec votre dossier durant 25 ans.

⁴ La base de données contenant les résultats de l'étude ne contiendra donc pas d'association d'éléments comme vos initiales, votre sexe et votre date de naissance complète (jj/mm/aaaa).

examen de votre dossier médical ne peut avoir lieu que sous la responsabilité de l'investigateur et sous la supervision d'un des collaborateurs qu'il aura désigné.

Les données de recherche (pseudonymisées) pourront être transmises aux autorités réglementaires belges ou autres, aux comités d'éthique concernés, à d'autres investigateurs et/ou à des organismes travaillant en collaboration avec le promoteur.

Elles pourront également être transmises à d'autres sites du promoteur en Belgique et dans d'autres pays où les normes en matière de protection des données personnelles peuvent être différentes ou moins contraignantes. Comme expliqué plus haut, les données transmises sont pseudonymisées⁵.

Votre consentement à participer à cette étude implique donc aussi que vous acceptez l'utilisation de vos données médicales pseudonymisées aux fins décrites dans ce document d'information et à leur transmission aux personnes et instances susmentionnées.

Le promoteur s'engage à utiliser les données collectées uniquement dans le cadre de l'étude à laquelle vous participez.

Si vous retirez votre consentement à participer à l'étude, afin de garantir la validité de la recherche, les données pseudonymisées jusqu'au moment de votre interruption seront conservées. Aucune nouvelle donnée ne pourra être transmise au promoteur.

Si vous avez des questions relatives au traitement de vos données, vous pouvez contacter votre investigateur. Le délégué à la protection des données de votre hôpital est également à votre disposition.

Les données de contact de ce dernier sont les suivantes : **Madame G. Dumont**
dpo@chuliege.be

Enfin, si vous avez une plainte quant au traitement de vos données, vous pouvez contacter l'autorité de contrôle belge chargée de veiller au respect des principes fondamentaux de la protection des données à caractère personnel :

L'autorité de contrôle belge s'appelle :

L'Autorité de protection des données (APD)

Rue de la presse 35,

1000 Bruxelles

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact@apd-gba.be

Site web: <https://www.autoriteprotectiondonnees.be>

Découvertes fortuites

Si par hasard et en plus des objectifs de l'étude, on découvre un résultat pendant l'étude qui peut être important pour votre santé ou celle de vos proches avec un lien biologique (appelé « découverte fortuite »), le promoteur en informe l'investigateur. Avec votre consentement, l'investigateur vous informera, vous et votre médecin traitant, de vos résultats et de leurs conséquences potentielles. Si nécessaire, l'investigateur et/ou le médecin traitant vous conseilleront sur les étapes suivantes. Vous acceptez ou refusez d'en être informé en l'indiquant dans la page de consentement P.X.

⁵ Le promoteur s'engage alors à respecter les contraintes du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et de la législation belge relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Assurance sans faute

Toute participation à une étude clinique comprend un risque aussi petit soit-il. Le promoteur assume, même en l'absence de faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou en cas de décès, à ses ayants-droit) et lié de manière directe ou indirecte à sa participation à la recherche. Le promoteur a souscrit un contrat d'assurance de cette responsabilité⁶.

Vous êtes donc invité à faire part de tout problème de santé nouveau au médecin investigateur. Il/Elle pourra vous donner des informations complémentaires concernant les traitements possibles.

Si le médecin investigateur estime qu'un lien avec l'étude est possible (l'assurance ne couvrant pas l'évolution naturelle de votre maladie ni les effets secondaires connus de votre traitement habituel), il/elle se chargera d'informer le promoteur de l'étude qui se chargera d'initier la procédure de déclaration à l'assurance. Celle-ci nommera - si elle l'estime nécessaire - un expert pour juger du lien entre vos nouveaux problèmes de santé et l'étude. En cas de désaccord soit avec l'investigateur, soit avec l'expert nommé par la compagnie d'assurances ainsi que chaque fois que vous l'estimeriez utile, vous ou - en cas de décès - vos ayants droit pouvez assigner l'assureur directement en Belgique.

La loi prévoit que la citation de l'assureur puisse se faire soit devant le juge du lieu où s'est produit le fait générateur du dommage, soit devant le juge de votre domicile, soit devant le juge du siège de l'assureur.

⁶ Conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004)

Annexe 3. Questionnaire sociodémographique

Date :

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Dans le cadre de cette étude sur la santé mentale des adultes hospitalisés au CHU de Liège – site Sart Tilman, nous souhaitons mieux comprendre votre profil et votre vécu.

Ce questionnaire sociodémographique a pour objectif de recueillir des informations générales (âge, sexe, situation familiale, hospitalisation, etc.) qui nous aideront à analyser vos réponses de manière plus précise.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Indiquez les 3 premières lettres de votre prénom suivies des 3 premières lettres de votre rue suivies de votre âge. Exemple : Amacan23	
--	--

1. Quel est votre âge ?

2. Sexe

- ☐ Femme
- ☐ Homme
- ☐ Autre / Préfère ne pas répondre

3. Situation de vie

- ☐ Célibataire
- ☐ En couple
- ☐ Marié(e)
- ☐ Divorcé(e)/Séparé(e)
- ☐ Veuf(ve)

4. Avez-vous des enfants ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

5. Niveau d'études :

- ☐ Aucun diplôme
- ☐ Enseignement primaire
- ☐ Enseignement secondaire
- ☐ Enseignement supérieur de type court (graduat/bachelier)
- ☐ Enseignement supérieur de type long (licence/master)
- ☐ Autre :

6. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

- ☐ Salarié(e) à temps plein
- ☐ Salarié(e) à temps partiel
- ☐ Indépendant(e) / Travailleur autonome
- ☐ Étudiant(e)
- ☐ Retraité(e)
- ☐ Sans emploi
- ☐ Préfère ne pas répondre
- ☐ Autre :

VOTRE EXPÉRIENCE HOSPITALIÈRE

1. Depuis combien de jours êtes-vous hospitalisé(e) ?

2. Service actuel :

- ☐ Diabétologie
- ☐ Cardiologie non-déprogrammable (NDB)
- ☐ Post-chirurgie / Chirurgie générale
- ☐ Pneumologie
- ☐ Gastro-entérologie
- ☐ Médecine interne
- ☐ Autre :

3. Est-ce votre première hospitalisation dans ce service ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

4. Au cours des 5 dernières années, combien de fois avez-vous été hospitalisé(e) (tous services confondus) ?

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ Plus de 5
- ☐ Ne sait pas / Ne souhaite pas répondre

Annexe 4. Questionnaire sur les émotions de base

Annexe 9.2

Questionnaire des émotions de base

Le but de ce questionnaire est d'établir l'intensité et la fréquence avec lesquelles vous éprouvez certaines émotions et ensuite de poser certaines questions sur la manière dont vous vous sentez pendant des émotions spécifiques.

La première partie du questionnaire explore ce que vous avez ressenti AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE.

Pour chaque émotion, veuillez entourer un chiffre (et pas plus) entre 1 et 7 pour indiquer ce que vous avez ressenti.

DURANT LA SEMAINE DERNIÈRE, JE ME SUIS SENTI :

	pas du tout		à certains moments			tout le temps	
EN COLÈRE	1	2	3	4	5	6	7
DÉSESPÉRÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
HONTEUX(SE)	1	2	3	4	5	6	7
ANXIEUX(SE)	1	2	3	4	5	6	7
HEUREUX(SE)	1	2	3	4	5	6	7
FRUSTRÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
MISÉRABLE	1	2	3	4	5	6	7
COUPABLE	1	2	3	4	5	6	7
NERVEUX(SE)	1	2	3	4	5	6	7
JOYEUX(SE)	1	2	3	4	5	6	7
IRRITÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
CAFARDEUX(SE)	1	2	3	4	5	6	7
HUMILIÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7

TENDU(E)	1	2	3	4	5	6	7
AFFECTUEUX(E)	1	2	3	4	5	6	7
AGRESSÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
DÉPRIMÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
BLÂMABLE	1	2	3	4	5	6	7
TRACASSÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
GAI(E)	1	2	3	4	5	6	7
DÉGOÛTÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7

Dans la seconde partie de ce questionnaire, je voudrais savoir comment vous vous sentez **EN GÉNÉRAL**.

Il s'agit de savoir **LA FRÉQUENCE** avec laquelle vous ressentez cette émotion.

À NOUVEAU, pour chaque émotion, veuillez entourer un chiffre (et pas plus) entre 1 et 7 pour indiquer ce que vous ressentez

EN GÉNÉRAL, JE ME SENS :

	jamais			parfois		très souvent	
EN COLÈRE	1	2	3	4	5	6	7
DÉSESPÉRÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
HONTEUX(SE)	1	2	3	4	5	6	7
ANXIEUX(SE)	1	2	3	4	5	6	7
HEUREUX(SE)	1	2	3	4	5	6	7
FRUSTRÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
MISÉRABLE	1	2	3	4	5	6	7
COUPABLE	1	2	3	4	5	6	7
NERVEUX(SE)	1	2	3	4	5	6	7
JOYEUX(SE)	1	2	3	4	5	6	7
IRRITÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
CAFARDEUX(SE)	1	2	3	4	5	6	7
HUMILIÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
TENDU(E)	1	2	3	4	5	6	7
AFFECTUEUX(E)	1	2	3	4	5	6	7
AGRESSÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
DÉPRIMÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
BLÂMABLE	1	2	3	4	5	6	7
TRACASSÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
GAI(E)	1	2	3	4	5	6	7
DÉGOÛTÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7

La troisième partie de ce questionnaire examine le sentiment que vous avez de bien ou mal gérer certaines émotions. Par exemple, vous pouvez vous sentir totalement submergé, sans contrôle face à une émotion.

Attention : même si vous n'éprouvez **jamais** une émotion particulière, veuillez répondre à la question en imaginant comment vous réagiriez si vous ressentiez cette émotion.

À NOUVEAU, pour chaque émotion, veuillez entourer un chiffre (et pas plus) entre 1 et 7 pour indiquer ce que vous ressentez.

QUAND JE SUIS...

	je gère très bien					je gère très mal	
EN COLÈRE	1	2	3	4	5	6	7
DÉSESPÉRÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
HONTEUX(SE)	1	2	3	4	5	6	7
ANXIEUX(SE)	1	2	3	4	5	6	7
HEUREUX(SE)	1	2	3	4	5	6	7
FRUSTRÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
MISÉRABLE	1	2	3	4	5	6	7
COUPABLE	1	2	3	4	5	6	7
NERVEUX(SE)	1	2	3	4	5	6	7
JOYEUX(SE)	1	2	3	4	5	6	7
IRRITÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
CAFARDEUX(SE)	1	2	3	4	5	6	7
HUMILIÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
TENDU(E)	1	2	3	4	5	6	7
AFFECTUEUX(E)	1	2	3	4	5	6	7
AGRESSÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
DÉPRIMÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
BLÂMABLE	1	2	3	4	5	6	7

TRACASSÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7
GAI(E)	1	2	3	4	5	6	7
DÉGOÛTÉ(E)	1	2	3	4	5	6	7

Annexe 5. Questionnaire sur l'intolérance à l'incertitude

ÉII

ÉII

No. Dossier _____

Date _____

Voici une série d'énoncés qui représentent comment les gens peuvent réagir à l'incertitude dans la vie. Veuillez encercler le numéro (1 à 5) approprié pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous.

	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
1. L'incertitude m'empêche de prendre position.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
2. Être incertain(e) veut dire qu'on est une personne désorganisée.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
3. L'incertitude rend la vie intolérable.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
4. C'est injuste de ne pas avoir de garanties dans la vie.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
5. Je ne peux pas avoir l'esprit tranquille tant que je ne sais pas ce qui va arriver le lendemain.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
6. L'incertitude me rend mal à l'aise, anxieux(se) ou stressé(e).	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
7. Les imprévus me dérangent énormément.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
8. Ça me frustre de ne pas avoir toute l'information dont j'ai besoin.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
9. L'incertitude m'empêche de profiter pleinement de la vie.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
10. On devrait tout prévenir pour éviter les surprises.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
11. Un léger imprévu peut tout gâcher, même la meilleure des planifications.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....

	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
12. Lorsque c'est le temps d'agir, l'incertitude me paralyse.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
13. Être incertain(e) veut dire que je ne suis pas à la hauteur.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
14. Lorsque je suis incertain(e), je ne peux pas aller de l'avant.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
15. Lorsque je suis incertain(e), je ne peux pas bien fonctionner.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
16. Contrairement à moi, les autres semblent toujours savoir où ils vont dans la vie.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
17. L'incertitude me rend vulnérable, malheureux(se) ou triste.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
18. Je veux toujours savoir ce que l'avenir me réserve.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
19. Je déteste être pris(e) au dépourvu.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
20. Le moindre doute peut m'empêcher d'agir.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
21. Je devrais être capable de tout organiser à l'avance.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
22. Être incertain(e), ça veut dire que je manque de confiance.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
23. Je trouve injuste que d'autres personnes semblent certaines face à leur avenir.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
24. L'incertitude m'empêche de bien dormir.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
25. Je dois me retirer de toute situation incertaine.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....

	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
26. Les ambiguïtés de la vie me stressent.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
27. Je ne tolère pas d'être indé- cis(e) au sujet de mon avenir.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....

Instructions pour la cotation

L'ÉII peut être utilisé comme instrument de mesure unifactoriel ou bifactoriel.

Pour coter l'ÉII comme instrument unifactoriel, calculez la somme des réponses de tous les items.

Comme instrument bifactoriel, L'ÉII est utilisé pour mesurer les deux facteurs suivants:

Facteur 1 : l'incertitude a des implications négatives sur la perception de soi et les comportements

Facteur 2 : l'incertitude est injuste et gâche tout

Pour coter le facteur 1: calculez la somme des réponses aux items 1, 2, 3, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 24

Pour coter le facteur 2: calculez la somme des réponses aux items 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 18, 19, 21, 26 et 27

Une discussion de l'ÉII comme instrument bifactoriel est disponible dans:

Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2009). Defining distinct negative beliefs about uncertainty: Validating the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Psychological Assessment*, 21, 176-186.

Annexe 6. Questionnaire MINI



Mini International Neuropsychiatric Interview

French Version 5.0.0

DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa - USA.

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Tous droits réservés. Ce document ne doit être reproduit, tout ou partie, ne transmis, quelle que soit la forme, y compris les photocopies, ni stocké sur système informatique sans une autorisation écrite préalable des auteurs. Les chercheurs et les cliniciens travaillant dans des institutions publiques (comme les universités, les hôpitaux, les organismes gouvernementaux) peuvent faire de simples copies du M.I.N.I. afin de l'utiliser dans le cadre strict de leurs activités cliniques et de recherches

M.I.N.I. - 5.0-0 French version / DSM-IV / current (August 1998)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (H0200010001, H020002) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida, USA)

INSTRUCTIONS GENERALES

Le M.I.N.I. (DSM-IV) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min. ± 11,6 min.; médiane 15 minutes), explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens, après une courte formation. Les enquêteurs non-cliniciens, doivent recevoir une formation plus intensive.

- **Entretien :**
Afin de réduire le plus possible la durée de l'entretien, préparez le patient à ce cadre clinique inhabituel en lui indiquant que vous allez lui poser des questions précises sur ses problèmes psychologiques et que vous attendez de lui / d'elle des réponses en oui ou non.

- **Présentation :**
Le M.I.N.I. est divisé en modules identifiés par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.
 - Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs question(s) / filtre(s) correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.
 - A la fin de chaque module, une ou plusieurs boîtes diagnostiques permet(tent) au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.

- **Conventions :**
Les phrases écrites en « lettres minuscules » doivent être lues "mot-à-mot" au patient de façon à standardiser l'exploration de chacun des critères diagnostiques.

Les phrases écrites en « MAJUSCULES » ne doivent pas être lues au patient. Ce sont des instructions auxquelles le clinicien doit se référer de façon à intégrer tout au long de l'entretien les algorithmes diagnostiques.

Les phrases écrites en « gras » indiquent la période de temps à explorer. Le clinicien est invité à les lire autant de fois que nécessaire au cours de l'exploration symptomatique et à ne prendre en compte que les symptômes ayant été présentés au cours de cette période.

Les phrases entre parenthèses) sont des exemples cliniques décrivant le symptôme évalué. Elles peuvent être lues de manière à clarifier la question.

Lorsque des termes sont séparés par un slash (/), le clinicien est invité à ne reprendre que celui correspondant au symptôme présenté par le patient et qui a été exploré précédemment (par ex. question A3).

Les réponses surmontées d'une flèche (➔) indiquent que l'un des critères nécessaires à l'établissement du diagnostic exploré n'est pas atteint. Dans ce cas, le clinicien doit aller directement à la fin du module, entourer « NON » dans la ou les boîtes diagnostiques correspondantes et passer au module suivant.

- **Instructions de cotation :**
Toutes les questions posées doivent être cotées. La cotation se fait à droite de chacune des questions en entourant, soit OUI, soit NON en fonction de la réponse du patient.
Le clinicien doit s'être assuré que chacun des termes formulés dans la question ont bien été pris en compte par le sujet dans sa réponse (en particulier, les critères de durée, de fréquence, et les alternatives "et / ou").
Les symptômes imputables à une maladie physique, ou à la prise de médicaments, de drogue ou d'alcool ne doivent pas être cotés OUI. Le M.I.N.I. Plus qui est une version plus détaillée du M.I.N.I. explore ces différents aspects.

Si vous avez des questions ou des suggestions, si vous désirez être formé à l'utilisation du M.I.N.I. ou si vous souhaitez être informés des mises à jour, vous pouvez contacter :

Thierry HERGUETA
ADEP
49, avenue de l'Observatoire
F. 75014 PARIS
FRANCE
tel : +33 (0) 1 53 79 06 07
e-mail : addep.paris@numecable.fr

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788
ph : +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

M.I.N.I. - 5.0-0 French version / DSM-IV / current (August 1998)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (H0200010001, H020002) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida, USA)

NOM DU PATIENT :	PROTOCOLE NUMERO :
DATE DE NAISSANCE :	Heure de Début :
ENTRETIEN REALISE PAR :	Heure de Fin :
DATE DE L'ENTRETIEN :	DUREE TOTALE :

M-I-N-I- 5-0-0 / French version / DSM-IV / current

MODULES	PERIODES EXPLORÉES	
A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR	Actuelle (2 dernières semaines) + Vie entière	
A'. EDM avec caractéristiques mélancoliques	Actuelle (2 dernières semaines)	Optionnel
B. DYSTHYMIE	Actuelle (2 dernières années)	
C. RISQUE SUICIDAIRE	Actuelle (mois écoulé)	
D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE	Actuelle + Vie entière	
E. TROUBLE PANIQUE	Actuelle (mois écoulé) + Vie entière	
F. AGORAPHOBIE	Actuelle	
G. PHOBIE SOCIALE	Actuelle (mois écoulé)	
H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	Actuelle (mois écoulé)	
I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	Actuelle (mois écoulé)	Optionnel
J. ALCOOL (DEPENDANCE / ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
K. DROGUES (DEPENDANCE / ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
L. TROUBLES PSYCHOTIQUES	Actuelle + Vie entière	
M. ANOREXIE MENTALE	Actuelle (3 derniers mois)	
N. BOULIMIE	Actuelle (3 derniers mois)	
O. ANXIETE GENERALISEE	Actuelle (6 derniers mois)	
P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE	Vie entière	Optionnel

M.I.N.I. - 5.0-0 French version / DSM-IV / current (August 1998)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (H0200010001, H020002) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida, USA)

➔ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOURÉZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

A1

Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?

NON OUI

1

A2

Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisaient habituellement ?

NON OUI

2

A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?

➔ NON OUI

A3

Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :

a

Votre appétit a-t-il notablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.)
COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

NON OUI

3

b

Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop) ?

NON OUI

4

c

Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?

NON OUI

5

d

Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?

NON OUI

6

e

Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?

NON OUI

7

f

Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?

NON OUI

8

g

Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?

NON OUI

9

NON OUI

EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL

➔ NON OUI

10

NON OUI

EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE

NON OUI

11

A4

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ?
(ou 4 si A1 OU A2 EST COTÉE NON)

Si LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :

A5a

Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

➔ NON OUI

10

b

Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ?

NON OUI

11

A5b

EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE

M.I.N.I. - 5.0-0 French version / DSM-IV / current (August 1998)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (H0200010001, H020002) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida, USA)

97

→ ALLEZ DIRECTEMENT À LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

A' EPISODE DEPRESSIF MAJEUR AVEC CARACTERISTIQUES MELANCOLIQUES (option)

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL (A4 = OUI), EXPLORER CI-DESSOUS :

A6 a A2 EST-ELLE COTEE OUI ?	NON	OUI	12
b Au cours de cette dernière période, lorsque vous vous sentiez le plus mal, aviez-vous perdu la capacité à réagir aux choses qui vous plaisaient ou qui vous rendaient joyeux(se) auparavant ?	NON	OUI	13
Si NON : Lorsque quelque chose d'agréable survenait, étiez-vous incapable de vous en réjouir, même temporairement ?			
A6a OUI A6b SONT-ELLES COTEEES OUI	→ NON	OUI	

Au cours des deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et sans intérêt pour la plupart des choses :

A7 a Les sentiments dépressifs que vous ressentiez étaient-ils différents de ceux que l'on peut ressentir lorsque l'on perd un être cher ?	NON	OUI	14
b Vous sentiez-vous, en général, plus mal le matin que plus tard dans la journée ?	NON	OUI	15
c Vous réveilliez-vous au moins deux heures trop tôt, en ayant des difficultés à vous rendormir, presque tous les jours ?	NON	OUI	16
d A3c EST-ELLE COTEE OUI ?	NON	OUI	17
e A3a EST-ELLE COTEE OUI (ANOREXIE OU PERTE DE POIDS) ?	NON	OUI	18
f Vous sentiez-vous excessivement coupable ou ressentiez-vous une culpabilité qui était hors de proportion avec ce que vous viviez ?	NON	OUI	19

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A7 ?

NON OUI
EPISODE DEPRESSIF
MAJEUR
avec Caractéristiques
Mélancoliques
ACTUEL

FR-F-N-P- S-O-Q-French version / DSM-IV / current (August 1998)

F. Leschke, E. Möller, T. Margraf, P. Jacobi, L.J. Beesdo, J.P. Lippert (H2004-PARIS, FRANKFURT), J.D. Steinberg, J. Jensen, R. Baker, K.H. Steinberg, E. Knapf, M. Steinberg (University of South Florida TADAPA, USA)

→ ALLEZ DIRECTEMENT À LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

B. DYSTHYMIE

NE PAS EXPLORER CE MODULE SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL

B1 Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps ?	→ NON	OUI	20
B2 Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plus de deux mois ?	NON	→ OUI	21
B3 Depuis que vous vous sentez déprimé(e) la plupart du temps :			
a Votre appétit a-t-il notablement changé ?	NON	OUI	22
b Avez-vous des problèmes de sommeil ou dormez-vous trop ?	NON	OUI	23
c Vous sentez-vous fatigué(e) ou manquez-vous d'énergie ?	NON	OUI	24
d Avez-vous perdu confiance en vous-même ?	NON	OUI	25
e Avez-vous du mal à vous concentrer, ou des difficultés à prendre des décisions ?	NON	OUI	26
f Vous arrive-t-il de perdre espoir ?	NON	OUI	27
Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN B3 ?	→ NON	OUI	

B4 Ces problèmes entraînent-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils de manière significative dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ?	→ NON	OUI	28
--	-------	-----	----

B4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI
DYSTHYMIE
ACTUEL

FR-F-N-P- S-O-Q-French version / DSM-IV / current (August 1998)

F. Leschke, E. Möller, T. Margraf, P. Jacobi, L.J. Beesdo, J.P. Lippert (H2004-PARIS, FRANKFURT), J.D. Steinberg, J. Jensen, R. Baker, K.H. Steinberg, E. Knapf, M. Steinberg (University of South Florida TADAPA, USA)

→ ALLEZ DIRECTEMENT À LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

C. RISQUE SUICIDAIRE

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

C1 Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	NON	OUI	1
C2 Voulu vous faire du mal ?	NON	OUI	2
C3 Pensé à vous suicider ?	NON	OUI	3
C4 Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?	NON	OUI	4
C5 Fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	5
Au cours de votre vie,			
C6 Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	6

Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS

SI OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME CI-DESSOUS :

C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER
C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN
C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE

NON OUI
RISQUE SUICIDAIRE
ACTUEL
LEGER □
MOYEN □
ELEVE □

FR-F-N-P- S-O-Q-French version / DSM-IV / current (August 1998)

F. Leschke, E. Möller, T. Margraf, P. Jacobi, L.J. Beesdo, J.P. Lippert (H2004-PARIS, FRANKFURT), J.D. Steinberg, J. Jensen, R. Baker, K.H. Steinberg, E. Knapf, M. Steinberg (University of South Florida TADAPA, USA)

→ ALLEZ DIRECTEMENT À LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE

D1 a Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ?	NON	OUI	1
Ne PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL. SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER COMME SUIV : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.			
Si OUI			
b Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?	NON	OUI	2
D2 a Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insultar les gens, à hurler, voire même à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ?	NON	OUI	3
Ne PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.			
Si OUI			
b Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment ?	NON	OUI	4
D1a OUI D2a SONT-ELLES COTEEES OUI ?	→ NON	OUI	

D3 Si D1b ou D2b = OUI : EXPLORER SEULEMENT L'EPISODE ACTUEL
Si D1b ET D2b = NON : EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE

Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein d'énergie / irritable :

a Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?	NON	OUI	5
b Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil ?)	NON	OUI	6
c Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre ?	NON	OUI	7
d Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?	NON	OUI	8
e Étiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?	NON	OUI	9
f Étiez-vous tellement active(s), ou aviez-vous une telle activité physique, que les autres s'inquiétaient pour vous ?	NON	OUI	10

FR-F-N-P- S-O-Q-French version / DSM-IV / current (August 1998)

F. Leschke, E. Möller, T. Margraf, P. Jacobi, L.J. Beesdo, J.P. Lippert (H2004-PARIS, FRANKFURT), J.D. Steinberg, J. Jensen, R. Baker, K.H. Steinberg, E. Knapf, M. Steinberg (University of South Florida TADAPA, USA)

➔ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

g Avez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissent agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles pourraient entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ?

NON OUI 11

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN D3
OU 4 si D1a = NON (EPISODE PASSE) OU D1b = NON (EPISODE ACTUEL) ?

NON OUI

D4 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine et ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail à l'école ou dans vos relations avec les autres ou avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ?

NON OUI 12

COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

D4 EST-ELLE COTEE NON ?

NON OUI

EPISODE
HYPOMANIAQUE

ACTUEL •
PASSE •

Si OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORÉ EST ACTUEL OU PASSE

D4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

EPISODE MANIAQUE

ACTUEL •
PASSE •

Si OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORÉ EST ACTUEL OU PASSE

FR-FR-2 S-O-G French version / DSM-IV / current (August 1998)
F. Lesourd, E. Mollon, T. Vergara, P. Jorssen, L.L. Berman, J.P. Lapeyre (2020) (M&S, 1998) (2) D. Sheehan, J. Janney, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida 1998), USA

➔ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

E. TROUBLE PANIQUE

E1 Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) subitement très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ?

NON OUI 1

NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES

Si E1 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

E2 Certaines de ces crises, même si elles y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?

NON OUI 2

Si E2 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

E3 A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ?

NON OUI 3

Si E3 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

E4 Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :

a Avez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ?

NON OUI 4

b Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?

NON OUI 5

c Avez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?

NON OUI 6

d Avez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?

NON OUI 7

e Avez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?

NON OUI 8

f Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?

NON OUI 9

g Avez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?

NON OUI 10

h Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?

NON OUI 11

i Avez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?

NON OUI 12

j Avez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle) ?

NON OUI 13

k Avez-vous peur de mourir ?

NON OUI 14

l Avez-vous des engourdissements ou des picotements ?

NON OUI 15

m Avez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?

NON OUI 16

E5 Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ?

NON OUI

Si E5 = NON, PASSER A E7

E6 Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ?

NON OUI

Si E6 = OUI, PASSER A F1

E7 Y A-T-IL 1, 2 OU 3 OUI EN E4 ?

NON OUI

Attaques
Panico-épisodes ou crises

FR-FR-2 S-O-G French version / DSM-IV / current (August 1998)
F. Lesourd, E. Mollon, T. Vergara, P. Jorssen, L.L. Berman, J.P. Lapeyre (2020) (M&S, 1998) (2) D. Sheehan, J. Janney, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida 1998), USA

➔ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

F. AGORAPHOBIE

F1 Etes-vous anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serait difficile d'avoir une aide si vous paniquez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ?

NON OUI 19

Si F1 = NON, ENTOURER NON EN F2

F2 Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou bien êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontez seul(e) ou bien encore essayez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous devez les affronter ?

NON OUI

Agoraphobie
Actuel

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE NON
et
E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

TROUBLE PANIQUE
sans Agoraphobie
ACTUEL

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI
et
E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

TROUBLE PANIQUE
avec Agoraphobie
ACTUEL

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI
et
E5 (TROUBLE PANIQUE F2a ENTIERE) EST-ELLE COTEE NON ?

NON OUI

AGORAPHOBIE
sans antécédents de
Trouble Panique
ACTUEL

FR-FR-2 S-O-G French version / DSM-IV / current (August 1998)
F. Lesourd, E. Mollon, T. Vergara, P. Jorssen, L.L. Berman, J.P. Lapeyre (2020) (M&S, 1998) (2) D. Sheehan, J. Janney, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida 1998), USA

➔ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

G. PHOBIE SOCIALE

G1 Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ?

NON OUI 1

G2 Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ?

NON OUI 2

G3 Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les affronter ?

NON OUI 3

G4 Cette peur entraîne-t-elle chez vous une souffrance importante ou vous gêne-t-elle vraiment dans votre travail ou dans vos relations avec les autres ?

NON OUI 4

G4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

PHOBIE SOCIALE
ACTUEL

FR-FR-2 S-O-G French version / DSM-IV / current (August 1998)
F. Lesourd, E. Mollon, T. Vergara, P. Jorssen, L.L. Berman, J.P. Lapeyre (2020) (M&S, 1998) (2) D. Sheehan, J. Janney, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida 1998), USA

➔ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTouREZ NON DANS CHAQUE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

H1	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent eu des pensées ou des pulsions déraisonnables, inappropriées ou angoissantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, comme par exemple penser que vous étiez sale ou que vous aviez des microbes, ou que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous, ou agir impulsivement ou bien encore étiez-vous envahi(e) par des obsessions à caractère sexuel, des doutes irrésistibles ou un besoin de mettre les choses dans un certain ordre ?	NON	OUI	1
NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PRÉOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLÈMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIÉES À UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, À DES DÉVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU À UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RÉSISTER SEULEMENT À CAUSE DE LEURS CONSÉQUENCES NÉGATIVES				
Si H1 = NON, PASSER A H4				
H2	Avez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?	NON	OUI	2
Si H2 = NON, PASSER A H4				
H3	Pensez-vous que ces idées qui reviennent sans cesse sont le produit de vos propres pensées et qu'elles ne vous sont pas imposées de l'extérieur ?	NON	OUI	3
H4	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent éprouvé le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter, vérifier des choses, ranger, collectionner, ou accomplir des rituels religieux ?	NON	OUI	4
H3 OU H4 SONT-ELLES COTÉES OUI ?				
		➔	NON	OUI
H5	Pensez-vous que ces idées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs sont déraisonnables, absurdes, ou hors de proportion ?	➔	NON	OUI
H6	Ces pensées ou ces pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs vous gênent-ils(elles) vraiment dans vos activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos relations avec les autres, ou vous prennent-ils (elles) plus d'une heure par jour ?	NON	OUI	6
H6 EST-ELLE COTÉE OUI ?				
		NON	OUI	
TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF ACTUEL				

FR 1/16/17 S-O-O French version / DSM-IV / current (August 1998)
F. Lesourd, E. Wulfer, T. Reghezza, F. Jermann, L.J. Berman, J.P. Lapeere (PDSBIO-PAB), FRANCE2, I/O. Sheehy, L. Jermann, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knappe, M. Sheehan (University of South Florida TADPA, USA)

➔ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTouREZ NON DANS CHAQUE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (option)

I1	Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été gravement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ? EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...	➔	NON	OUI	1
I2	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement, en avez-vous rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?	➔	NON	OUI	2
I3 Au cours du mois écoulé :					
a	Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ?	NON	OUI	3	
b	Avez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est passé ?	NON	OUI	4	
c	Avez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?	NON	OUI	5	
d	Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou avez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ?	NON	OUI	6	
e	Avez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ?	NON	OUI	7	
f	Avez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ?	➔	NON	OUI	8
Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?					
		➔	NON	OUI	
I4	Au cours du mois écoulé :	NON	OUI	9	
a	Avez-vous des difficultés à dormir ?	NON	OUI	10	
b	Étiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ?	NON	OUI	11	
c	Avez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON	OUI	12	
d	Étiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ?	NON	OUI	13	
e	Un rien vous faisait-il sursauter ?	➔	NON	OUI	
Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?					
I5	Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils vraiment gêné dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?	NON	OUI	14	
I5 EST-ELLE COTÉE OUI ?					
		NON	OUI		
ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ACTUEL					

FR 1/16/17 S-O-O French version / DSM-IV / current (August 1998)
F. Lesourd, E. Wulfer, T. Reghezza, F. Jermann, L.J. Berman, J.P. Lapeere (PDSBIO-PAB), FRANCE2, I/O. Sheehy, L. Jermann, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knappe, M. Sheehan (University of South Florida TADPA, USA)

➔ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTouREZ NON DANS CHAQUE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

J. DEPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL

J1	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé à plus de trois reprises de boire, en moins de trois heures, plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool fort) ?	➔	NON	OUI	1
J2 Au cours des 12 derniers mois :					
a	Avez-vous besoin de plus grandes quantités d'alcool pour obtenir le même effet qu'auparavant ?	NON	OUI	2	
b	Lorsque vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(e) ? Ou, vous arrivait-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes ou pour éviter d'avoir la « gueule de bois » ? COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3	
c	Lorsque vous buviez, vous arrivait-il souvent de boire plus que vous n'en aviez l'intention au départ ?	NON	OUI	4	
d	Avez-vous essayé, sans pouvoir y arriver, de réduire votre consommation ou de ne plus boire ?	NON	OUI	5	
e	Les jours où vous buviez, passiez-vous beaucoup de temps à vous procurer de l'alcool, à boire ou à vous remettre des effets de l'alcool ?	NON	OUI	6	
f	Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous buviez ?	NON	OUI	7	
g	Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?	NON	OUI	8	
Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN J2 ?					
		NON	OUI		
DEPENDANCE ALCOOLIQUE ACTUEL					
LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE ALCOOLIQUE ?					
		➔	NON	OUI	
J3 Au cours des 12 derniers mois :					
a	Avez-vous été à plusieurs reprises ivre ou avec la « gueule de bois » alors que vous aviez des choses à faire au travail (à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ? NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLÈMES	NON	OUI	9	

FR 1/16/17 S-O-O French version / DSM-IV / current (August 1998)
F. Lesourd, E. Wulfer, T. Reghezza, F. Jermann, L.J. Berman, J.P. Lapeere (PDSBIO-PAB), FRANCE2, I/O. Sheehy, L. Jermann, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knappe, M. Sheehan (University of South Florida TADPA, USA)

➔ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTouREZ NON DANS CHAQUE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

b	Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ?	NON	OUI	10
c	Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez bu comme une interpellation ou une condamnation ?	NON	OUI	11
d	Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ?	NON	OUI	12
Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN J3 ?				
		NON	OUI	
ABUS D'ALCOOL ACTUEL				

FR 1/16/17 S-O-O French version / DSM-IV / current (August 1998)
F. Lesourd, E. Wulfer, T. Reghezza, F. Jermann, L.J. Berman, J.P. Lapeere (PDSBIO-PAB), FRANCE2, I/O. Sheehy, L. Jermann, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knappe, M. Sheehan (University of South Florida TADPA, USA)

CARTE DES SUBSTANCES
M.I.N.T.

M-INT-5-0-0 French version / *DSM-IV* / current (August 1998)

doi:10.1111/j.1469-7580.2012.02588.x © 2012 The Authors. Journal of Child Psychology and Psychiatry © 2012 Association for Child and Adolescent Mental Health.

© 1997 by S-O-O Fresh version / DSM-IV / current (August 1998)

➔ **ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT**

M. ANOREXIE MENTALE

L7 a Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé(e), d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ?
COTER OUI SI CES VISIONS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉES.

b Si OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?

OBSERVATION DE L'INTERVIEWER :

L8 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRÉSENTE-T-IL UN DISCOURS CLAIEMENT INCOHÉRENT OU DESORGANISÉ, OU UNE PÉRIODE NETTE DES ASSOCIATIONS ?

L9 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRÉSENTE-T-IL UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISÉ OU CATATONIQUE ?

L10b DES SYMPTÔMES NÉGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHÉNIQUES (AFFECT ABRASÉ, PAUVRETE DE DISCOURS / ALOGIE, MANQUE D'ÉNERGIE OU D'INTÉRÊT POUR DÉBUTER OU MINER À BIEN DES ACTIVITÉS / AVOLITION) SONT-ILS AU PREMIER PLAN AU COURS DE L'ENTRETIEN ?

L11 DE L1 A L10, Y A-T-IL AU MOINS

UNE QUESTION « a » COTÉE OUI BIZARRE

OU DEUX QUESTIONS « b » COTÉES OUI (NON BIZARRE) ?

L12 DE L1 A L7, Y A-T-IL AU MOINS

UNE QUESTION « a » COTÉE OUI BIZARRE

OU DEUX QUESTIONS « a » COTÉES OUI (NON BIZARRE) ?
(VÉRIFIER QUE LES 2 SYMPTÔMES SONT SURVENUS EN MÊME TEMPS)

OU L11 EST-ELLE COTÉE OUI ?

L13a Si L11 EST COTÉE OUI OU SI L1 Y A AU MOINS UN OUI DE L1 A L7 :

LE PATIENT PRÉSENTE-T-IL UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR (ACTUEL OU PASSE) OU UN ÉPISODE MANIAQUE (ACTUEL OU PASSE) ?

b Si L13a EST COTÉE OUI :
Vous m'avez dit tout à l'heure avoir présenté une (des) période(s) où vous vous sentiez déprimé(e) / exalté(e) / particulièrement irritable. Les idées ou impressions dont nous venons de parler telles que (CITER LES SYMPTÔMES COTÉS OUI DE L1 A L7) sont-elles survenues uniquement pendant cette (ces) période(s) où vous étiez déprimé(e) / exalté(e) / irritable ?

L13b EST-ELLE COTÉE OUI ?

➔ **NON OUI**

SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL

➔ **NON OUI**

SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ÉNTIÈRE

➔ **NON OUI**

TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTÉRISTIQUES PSYCHOTIQUES ACTUEL

JB 1-14-15 S-O-O French version / DSM-IV / current (August 1998)
F. Lecomte, E. Mollon, T. Regier, P. Jorjens, L.J. Borron, J.P. Ligne (2008) (FMS, FMS2) / J. Sheehan, J. Janney, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan University of South Florida TADPP, USA

➔ **ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT**

M. ANOREXIE MENTALE

M1 a Combien mesurez-vous ?

b Au cours des 3 derniers mois, quel est le poids le plus faible ?

c LE POIDS DU PATIENT EST-IL INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE INDICÉ POUR SA TAILLE ? VOIR TABLEAU DE CORRESPONDANCE EN BAS DE PAGE

Au cours des trois derniers mois :

M2 Avez-vous refusé de prendre du poids, malgré le fait que vous pesiez peu ?

M3 Avez-vous peur de prendre du poids ou redoutiez-vous de devenir trop gros(se) ?

M4 a Vous trouvez-vous encore trop gros(se), ou pensiez-vous qu'une partie de votre corps était trop grosse ?

b L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?

c Pensiez-vous que ce poids était normal, voire excessif ?

M5 Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN M4 ?

M6 POUR LES FEMMES SEULEMENT : Ces trois derniers mois, avez-vous eu un arrêt de vos règles alors que vous auriez dû les avoir (en l'absence d'une éventuelle grossesse) ?

POUR LES FEMMES : M5 ET M6 SONT-ELLES COTÉES OUI ?
POUR LES HOMMES : M5 EST-ELLE COTÉE OUI ?

➔ **NON OUI**

ANOREXIE MENTALE ACTUEL

TABLEAU DE CORRESPONDANCE TAILLE - SEUIL DE POIDS CRITIQUE (SANS CHAUSSURE, SANS VÊTEMENT)

TAILLE (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Femmes	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Hommes	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE RÉDUCTION PAR RAPPORT AU POIDS NORMAL)

JB 1-14-15 S-O-O French version / DSM-IV / current (August 1998)
F. Lecomte, E. Mollon, T. Regier, P. Jorjens, L.J. Borron, J.P. Ligne (2008) (FMS, FMS2) / J. Sheehan, J. Janney, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan University of South Florida TADPP, USA

➔ **ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT**

N. BOULIMIE

N1 Au cours de ces trois derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir des crises de boulimie durant lesquelles vous mangiez de très grandes quantités de nourriture dans une période de temps limitée, c'est à dire en moins de 2 heures ?

N2 Avez-vous eu de telles crises de boulimie au moins deux fois par semaine au cours de ces 3 derniers mois ?

N3 Durant ces crises de boulimie, avez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la quantité de nourriture que vous prenez ?

N4 De façon à éviter une prise de poids après ces crises de boulimie, faites-vous certaines choses comme vous faire vomir, vous astreindre à des régimes draconiens, pratiquez des exercices physiques importants, ou prendre des laxatifs, des diurétiques, ou des coupe-faim ?

N5 L'opinion ou l'estime que vous avez de vous-même sont-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?

N6 LE PATIENT PRÉSENTE-T-IL UNE ANOREXIE MENTALE ?

Si N6 = NON, PASSER A N8

N7 Ces crises de boulimie surviennent-elles toujours lorsque votre poids est en dessous de ____ kg* ?
* REPRENDRE LE POIDS CRITIQUE DU PATIENT DANS LA TABLE DU MODULE ANOREXIE MENTALE EN FONCTION DE SA TAILLE ET DE SON POIDS.

N8 N5 EST-ELLE COTÉE OUI ET N7 COTÉE NON (OU NON-COTÉE) ?

N7 EST-ELLE COTÉE OUI ?

➔ **NON OUI**

BOULIMIE ACTUEL

➔ **NON OUI**

ANOREXIE MENTALE Binge-eating / Purging type ACTUEL

JB 1-14-15 S-O-O French version / DSM-IV / current (August 1998)
F. Lecomte, E. Mollon, T. Regier, P. Jorjens, L.J. Borron, J.P. Ligne (2008) (FMS, FMS2) / J. Sheehan, J. Janney, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan University of South Florida TADPP, USA

➔ **ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT**

O. ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

O1 a Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti(e), excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage, ou avez-vous eu l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien ?

Ne PAS COTER OUI SI L'ANXIÉTÉ SE RÉSUME À UN TYPE D'ANXIÉTÉ DÉJÀ EXPLORÉ PRÉCÉDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ÊTRE GÊNE EN PUBLIC (PHOBIE SOCIALE), D'ÊTRE CONTAMINÉ (TOC), DE PRENDRE DU POIDS (ANOREXIE MENTALE) ETC...

b Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?

O2 Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ou vous empêchent-elles de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ?

DE O3a A O3f, COTER NON LES SYMPTÔMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORÉS PRÉCÉDEMMENT

O3 Au cours des six derniers mois lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent :

a De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?

b D'avoir les muscles tendus ?

c De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?

d D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?

e D'être particulièrement irritable ?

f D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN O3 ?

➔ **NON OUI**

ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE ACTUEL

JB 1-14-15 S-O-O French version / DSM-IV / current (August 1998)
F. Lecomte, E. Mollon, T. Regier, P. Jorjens, L.J. Borron, J.P. Ligne (2008) (FMS, FMS2) / J. Sheehan, J. Janney, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan University of South Florida TADPP, USA

Annexe 7. Codebook détaillé des variables

Tableau des variables

Nom variable Excel	Source	Type Jamovi	Codage exact
Code	Socio-démo	ID	Texte unique
Âge	Socio-démo	Continue	Valeur numérique en années
Sexe	Socio-démo	Nominale	1=Femme; 2=Homme; 3=Autre/Préfère ne pas répondre
Situation de vie	Socio-démo	Nominale	1=Célibataire; 2=En couple; 3=Marié(e); 4=Divorcé(e)/Séparé(e); 5=Veuf(ve)
Enfants	Socio-démo	Nominale binaire	1=Oui; 2=Non
Niveau étude sans "autres"	Socio-démo	Ordinale	1=Aucun diplôme; 2=Primaire; 3=Secondaire; 4=Supérieur type court; 5=Supérieur type long
Niveau d'étude	Socio-démo	Nominale	1=Aucun diplôme; 2=Primaire; 3=Secondaire; 4=Supérieur type court; 5=Supérieur type long; 6=Autre
Situation professionnelle à 3 modalités (actif, retraité, sans emploi)	Socio-démo	Nominale	1=Actif; 2=Retraité; 3=Sans emploi
Situation professionnelle	Socio-démo	Nominale	1=Salarié(e) temps plein; 2=Salarié(e) temps partiel; 3=Indépendant(e)/autonome; 4=Étudiant(e); 5=Retraité(e); 6=Sans emploi; 7=Préfère ne pas répondre; 8=Autre
Durée hospitalisation	Socio-démo	Continue	Valeur numérique en jours
Service actuel	Socio-démo	Nominale	1=Diabétologie; 2=Cardiologie non-déprogrammable; 3=Post-chirurgie/Chirurgie générale; 4=Pneumologie; 5=Gastro-entérologie; 6=Médecine interne; 7=Autre
Première hospitalisation service	Socio-démo	Nominale binaire	1=Oui; 2=Non
Hospitalisation autres services	Socio-démo	Ordinale	1=0; 2=1; 3=2; 4=3; 5=4; 6=Plus de 5; 7=Ne sait pas/Ne souhaite pas répondre

En colère	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Désespéré(e)	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Honteux(se)	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Anxieux(se)	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Heureux(se)	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Frustré(e)	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Misérable	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Coupable	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Nerveux(se)	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Joyeux(se)	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Irrité(e)	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Cafardeux(se)	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps

Humilié(e)	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Tendu(e)	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Affectueux(e)	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Agressé(e)	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Déprimé(e)	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Blâmable	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Tracassé(e)	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Gai(e)	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Dégoûté(e)	Émotions de base – durant la semaine dernière	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = pas du tout ; 4 = à certains moments ; 7 = tout le temps
Colère	Émotions de base – durant la semaine dernière	Continue (score moyen)	Moyenne des items associés à l'émotion
Tristesse	Émotions de base – durant la semaine dernière	Continue (score moyen)	Moyenne des items associés à l'émotion
Culpabilité	Émotions de base – durant la semaine dernière	Continue (score moyen)	Moyenne des items associés à l'émotion

Peur	Émotions de base – durant la semaine dernière	Continue (score moyen)	Moyenne des items associés à l'émotion
Joie	Émotions de base – durant la semaine dernière	Continue (score moyen)	Moyenne des items associés à l'émotion
Dégoût	Émotions de base – durant la semaine dernière	Continue (score moyen)	Moyenne des items associés à l'émotion
En colère	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Désespéré(e)	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Honteux(se)	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Anxieux(se)	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Heureux(se)	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Frustré(e)	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Misérable	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Coupable	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Nerveux(se)	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Joyeux(se)	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Irrité(e)	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Cafardeux(se)	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Humilié(e)	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent

Tendu(e)	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Affectueux(e)	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Agressé(e)	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Déprimé(e)	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Blâmable	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Tracassé(e)	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Gai(e)	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Dégoûté(e)	Émotions de base – en général	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = jamais ; 4 = parfois ; 7 = très souvent
Colère	Émotions de base – en général	Continue (score moyen)	Moyenne des items associés à l'émotion
Tristesse	Émotions de base – en général	Continue (score moyen)	Moyenne des items associés à l'émotion
Culpabilité	Émotions de base – en général	Continue (score moyen)	Moyenne des items associés à l'émotion
Peur	Émotions de base – en général	Continue (score moyen)	Moyenne des items associés à l'émotion
Joie	Émotions de base – en général	Continue (score moyen)	Moyenne des items associés à l'émotion
Dégoût	Émotions de base – en général	Continue (score moyen)	Moyenne des items associés à l'émotion

En colère	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Désespéré(e)	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Honteux(se)	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Anxieux(se)	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Heureux(se)	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Frustré(e)	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Misérable	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Coupable	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Nerveux(se)	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Joyeux(se)	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Irrité(e)	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Cafardeux(se)	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal

Humilié(e)	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Tendu(e)	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Affectueux(e)	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Agressé(e)	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Déprimé(e)	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Blâmable	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Tracassé(e)	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Gai(e)	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Dégoûté(e)	Émotions de base – gestion des émotions	Ordinale	Likert - Échelle 1 à 7 ; 1 = je gère très bien ; 7 = je gère très mal
Colère	Émotions de base – gestion des émotions	Continue (score moyen)	Moyenne des items associés à l'émotion
Tristesse	Émotions de base – gestion des émotions	Continue (score moyen)	Moyenne des items associés à l'émotion
Culpabilité	Émotions de base – gestion des émotions	Continue (score moyen)	Moyenne des items associés à l'émotion

Peur	Émotions de base – gestion des émotions	Continue (score moyen)	Moyenne des items associés à l'émotion
Joie	Émotions de base – gestion des émotions	Continue (score moyen)	Moyenne des items associés à l'émotion
Dégoût	Émotions de base – gestion des émotions	Continue (score moyen)	Moyenne des items associés à l'émotion
1	Intolérance à l'incertitude	Ordinale	1=Pas du tout correspondant; 2=Un peu correspondant; 3=Assez correspondant; 4=Très correspondant; 5=Tout à fait correspondant
2	Intolérance à l'incertitude	Ordinale	1=Pas du tout correspondant; 2=Un peu correspondant; 3=Assez correspondant; 4=Très correspondant; 5=Tout à fait correspondant
3	Intolérance à l'incertitude	Ordinale	1=Pas du tout correspondant; 2=Un peu correspondant; 3=Assez correspondant; 4=Très correspondant; 5=Tout à fait correspondant
4	Intolérance à l'incertitude	Ordinale	1=Pas du tout correspondant; 2=Un peu correspondant; 3=Assez correspondant; 4=Très correspondant; 5=Tout à fait correspondant
5	Intolérance à l'incertitude	Ordinale	1=Pas du tout correspondant; 2=Un peu correspondant; 3=Assez correspondant; 4=Très correspondant; 5=Tout à fait correspondant
6	Intolérance à l'incertitude	Ordinale	1=Pas du tout correspondant; 2=Un peu correspondant; 3=Assez correspondant; 4=Très correspondant; 5=Tout à fait correspondant
7	Intolérance à l'incertitude	Ordinale	1=Pas du tout correspondant; 2=Un peu correspondant; 3=Assez correspondant; 4=Très correspondant; 5=Tout à fait correspondant
8	Intolérance à l'incertitude	Ordinale	1=Pas du tout correspondant; 2=Un peu correspondant; 3=Assez correspondant; 4=Très correspondant; 5=Tout à fait correspondant
9	Intolérance à l'incertitude	Ordinale	1=Pas du tout correspondant; 2=Un peu correspondant; 3=Assez correspondant; 4=Très correspondant; 5=Tout à fait correspondant

Episode hypomaniaque	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Episode maniaque	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Trouble de panique sans agoraphobie actuel	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Trouble de panique avec agoraphobie actuel	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Agoraphobie sans antécédents de trouble de panique actuel	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Trouble de panique vie entière	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Trouble de panique actuel	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Attaques paucisymptomatiques vie entière	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Agoraphobie actuel	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Phobie social actuel	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Trouble obsessionnel- compulsif actuel	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Etat de stress post- traumatique actuel	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Dépendance alcoolique actuel	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Abus d'alcool actuel	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Dépendance à une (des) substance(s) actuel	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Abus de substance(s) actuel	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent

Syndrome psychotique actuel	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Syndrome psychotique vie entière	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques actuel	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Anorexie mentale actuel	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Boulimie actuel	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Anorexie mentale (binge eating/Purging eating) actuel	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent
Anxiété généralisée actuel	Diagnostic psychiatrique	Nominale binaire	0=Absent; 1=Présent

Annexe 8. Grille d'utilisation des intelligences artificielles génératives

ANNEXE 1. Grille d'utilisation des intelligences artificielles génératives pour le mémoire et le travail préparatoire à la recherche (TPR)

Dans ce cours, l'utilisation des IA Génératives pour ...	Utilisation autorisée	Utilisation de l'étudiant	Nom de/des IA générative(s) utilisée(s)
Aider à la rédaction du plan et de la structure du travail	✓	NON	
Vérifier l'orthographe et la grammaire	✓	OUI	Chatgpt
Reformuler le contenu de votre travail ou améliorer le style	✓	OUI	Chatgpt
Traduire une autre langue	✓	NON	
Aider à la planification et gestion de projet	✓	NON	
Obtenir des informations générales sur un sujet, expliquer et approfondir la compréhension de concepts	✓	OUI	Chatgpt
Faire un brainstorming et évaluer ses propres idées, pour trouver d'autres perspectives ou des contre-arguments	✓	OUI	Claude ai
Aider à la recherche documentaire	✓	OUI	Consensus Perplexity
Aider à la synthèse de la littérature	✓	OUI	Perplexity
Aider à la formulation de questions de recherche et d'hypothèses	✓	NON	
Aider à l'analyse de données (identification d'analyses à réaliser)	✓	OUI	Perplexity Claude ai
Aider à l'interprétation des résultats	✓	NON	
Aider au respect des normes APA de la liste des références	✓	OUI	Chatgpt
Aider à la programmation de code et au débogage	✓	NON	
Générer un feedback critique et révision	✓	OUI	Claude ai
Créer du contenu multimédia, par exemple des images, des vidéos, des animations ou du son (mais toujours expliquer l'utilisation des IA)	✓	OUI	Chatgpt

025

Générer le contenu du travail à partir de mots clés, d'un thème ou d'une question de départ sans vérification et appropriation personnelle	✗	Non	
Reproduire ou reformuler du contenu existant sans citer la source (plagiat)	✗	Non	
Falsifier, créer des données	✗	Non	
Générer des références bibliographiques sans en contrôler l'existence ou l'exactitude	✗	Non	
Utiliser dans une IA des données non anonymisées issues de l'étude (participants, résultats, verbatim, etc.)	✗	Non	

Je, soussigné **Schmit Noémie**
 (nom et prénom), déclare sur l'honneur avoir complété la grille
 avec exactitude et honnêteté, en toute bonne foi.

Légende :

✓ = L'utilisation des IA Génératives est autorisée (ce qui ne veut pas dire qu'elle est encouragée. Voir ci-dessous)

✗ = L'utilisation des IA Génératives n'est pas autorisée, les infractions entraîneront des sanctions.

n.a = Non-applicable pour ce cours

L'étudiant remplit sa colonne par « Oui » ou par « Non » en fonction de s'il a utilisé ou non une IA générative.

***Attention :** le fait que certaines pratiques soient autorisées ne signifie pas que l'on attende ou que l'on encourage l'utilisation d'IA Génératives pour cette évaluation. Dans de nombreuses situations, vous obtiendrez probablement de meilleurs résultats sans utiliser d'IA Génératives.

Cette grille est une adaptation du « Tableau d'utilisation des IA Génératives » de la Faculté des Arts et des Sciences Sociales (FASoS) de l'Université de Maastricht.

RÉSUMÉ

Introduction : L'hospitalisation peut fragiliser la santé mentale des patients en raison de l'incertitude, de la perte de repères, de l'isolement et des contraintes médicales. La littérature met notamment en évidence la fréquence de l'anxiété, de la dépression et d'autres troubles psychiques en milieu hospitalier. Cette recherche propose donc une approche multidimensionnelle du vécu psychologique des patients.

Objectif : L'objectif est de dresser une cartographie de la santé mentale des adultes hospitalisés en étudiant leurs émotions, leur capacité à les gérer, leur intolérance à l'incertitude et la présence de troubles psychiatriques. L'étude examine également les liens entre ces dimensions et certaines caractéristiques sociodémographiques ou liées à l'hospitalisation.

Méthodologie : Une étude quantitative a été menée auprès de 132 patients hospitalisés. Les participants ont complété un questionnaire sociodémographique, le Questionnaire des émotions de base, l'Échelle d'Intolérance à l'Incertain (ÉII) et la MINI. Les émotions ont été évaluées selon leur intensité, leur fréquence et leur gestion perçue. Les données ont été analysées statistiquement avec jamovi.

Résultats : Les résultats montrent une prédominance de la peur, de l'anxiété et des préoccupations, tandis que des affects positifs restent relativement préservés. L'intolérance à l'incertitude est globalement faible à modérée et variable selon les patients. Les diagnostics MINI les plus fréquents sont notamment l'épisode dépressif majeur actuel et le trouble anxieux généralisé. L'âge est associé à moins de colère, de culpabilité et de peur. Le niveau d'études et le service d'hospitalisation ne sont pas significativement associés au vécu émotionnel. L'anxiété généralisée est associée à une plus forte intolérance à l'incertitude, elle-même liée à davantage de difficultés dans la gestion des émotions négatives.

Discussion : Cette étude met en évidence une santé mentale multidimensionnelle, marquée par l'anxiété, la peur, des difficultés émotionnelles et une vulnérabilité psychiatrique. Elle souligne l'intérêt d'une prise en charge personnalisée, intégrant communication, soutien des proches, repérage psychologique et suivi après l'hospitalisation. Les résultats restent toutefois à interpréter avec prudence en raison des biais d'échantillonnage, de la fatigue, des auto-questionnaires et du caractère transversal de l'étude. Des recherches longitudinales, sur des échantillons plus larges et diversifiés, permettraient de confirmer ces résultats et d'évaluer des interventions adaptées.