
Quels sont les impacts psychologiques d'une hospitalisation en unité de soins intensifs ? Une approche dimensionnelle

Auteur : Spagnoletti, Lisa

Promoteur(s) : Wagener, Aurélie

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

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2020-2021

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/13392>

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.

UNIVERSITE DE LIEGE

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

Quels sont les impacts psychologiques d'une hospitalisation en unité de soins intensifs ?

Une approche dimensionnelle

Lisa SPAGNOLETTI

Promotrice : Aurélie WAGENER

Lectrices : Anne-Françoise ROUSSEAU

Marie VANDER HAEGEN

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences Psychologiques.

Année Académique 2020-2021

Remerciements

A l'issue de ce travail, c'est avec une immense émotion que je souhaite vivement remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée et soutenue durant ces derniers mois.

En premier lieu, je souhaite exprimer ma profonde gratitude aux patients du CHU de Liège, qui malgré leurs nombreux rendez-vous médicaux et le contexte anxiogène de crise actuel, ont accepté de me rencontrer avec toujours beaucoup d'entrain.

C'est avec une immense reconnaissance que je souhaite profondément remercier ma promotrice, Aurélie Wagener, qui m'accompagne depuis plus de deux ans et sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour. Merci de m'avoir accordé votre confiance et de m'avoir soutenue dans ce projet. Merci pour vos innombrables conseils bienveillants, vos nombreuses relectures et discussions. Mon profond respect et ma plus sincère affection vous sont directement adressés.

Je souhaite également sincèrement remercier Anne-Françoise, Éric et toute l'équipe des soins intensifs du CHU de Liège, pour m'avoir accompagnée et guidée tout au long de ce projet. Merci pour votre temps, votre précieuse aide et vos nombreux conseils.

Je souhaite d'ores et déjà remercier, à nouveau Madame Anne-Françoise Rousseau, médecin au service des soins intensifs du CHU de Liège, et Madame Marie Vander Haegen, docteure en psychologie et chargée de cours, d'avoir accepté de lire ce travail et de l'évaluer au regard de leur expertise.

A ma famille, qui m'a encouragée et soutenue sans relâche tout au long de la réalisation de ce travail. Merci à toi papi pour ton oreille attentive et ta bienveillance.

Merci à mes amies qui m'ont accompagnée tout au long de mon parcours universitaire.

Une pensée pour mon tendre Nicolas qui a dû endurer mes nombreuses remises en question et moments de panique, mais qui n'a malgré tout pas baissé les bras et a continué à m'encourager.

Merci tout simplement à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la bonne réalisation de ce travail.

Table des matières

INTRODUCTION	1
I. PARTIE THEORIQUE	3
CHAPITRE 1 : LES UNITES DE SOINS INTENSIFS	4
1.1. Historique et contexte	4
1.2. Le vécu des patients en soins intensifs	5
1.2.1. La douleur	6
1.2.2. Les troubles du sommeil	7
1.2.3. Le bruit	7
1.2.4. Transformation des perceptions et délirium	8
1.2.5. La perception du temps	9
1.2.6. La confrontation à la mort	9
1.2.7. Le rapport au corps et transformation	10
CHAPITRE 2 : LE SYNDROME POST-SOINS INTENSIFS	11
2.1. Définition et prévalence.....	11
2.2. Séquelles physiques	14
2.3. Impacts cognitifs.....	15
2.4. Conséquences psychologiques	18
2.3.1. Dépression	19
2.3.1.1. Définition et prévalences.....	19
2.3.1.2. Facteurs de risques	21
2.3.2. Anxiété	22
2.3.2.1. Définition et prévalences.....	22
2.3.2.2. Facteurs de risques	23
2.3.3. Trouble de stress post-traumatique	24
2.3.3.1. Définition et prévalences.....	24
2.3.3.2. Facteurs de risques	25
2.5. Corrélations troubles cognitifs, atteintes physiques et conséquences psychologiques .	27
2.5.1. Séquelles physiques et symptômes psychologiques	28
2.5.2. Troubles cognitifs et symptômes psychologiques	29
2.5.3. Conséquences psychologiques	30
2.6. Impact qualité de vie.....	31

2.7. Interventions	32
CHAPITRE 3 : L'APPROCHE CATEGORIELLE ET DIMENSIONNELLE.....	35
3.1. Approche catégorielle.....	35
3.1.1. Dépression	36
3.1.2. Anxiété.....	37
3.1.3. Trouble de stress post-traumatique.....	37
3.2. Critique de l'approche catégorielle.....	37
3.3. Approche dimensionnelle	38
3.4. Processus psychologiques.....	39
3.4.1. Régulation émotionnelle	40
3.4.2. Inquiétudes	40
3.4.3. Intolérance à l'incertitude	41
3.4.4. Dépersonnalisation.....	42
3.4.5. Fatigue.....	42
CHAPITRE 4 : OBJECTIFS ET HYPOTHESES	44
II. PARTIE EMPIRIQUE.....	46
CHAPITRE 5 : METHODOLOGIE.....	47
5.1. Participants.....	47
5.1.1. Critères d'inclusion et de non-inclusion	47
5.1.2. Procédure de recrutement.....	47
5.1.3. Aspects éthiques	47
5.2. Protocole expérimental	48
5.2.1. Conditions de passation.....	49
5.2.2. Matériels et instruments.....	50
5.2.3.1. Mini International Neuropsychiatric Interview – Version Française – DSM IV (Lecrubier et al, 1997).....	50
5.2.3.2. Echelle de fatigue de Pichot (Gardenas, 2002).	51
5.2.3.3. Echelle de régulation émotionnelle – DERS-F (version originale : Gratz & Roemer, 2004 ; version française : Côté, Gosselin & Dagenais, 2013 ; Dan Glaser & Scherer, 2013).	51
5.2.3.4. Penn State Worry Questionnaire (version originale : Meyer et al. (1990) ; version française : Gosselin et al. 2001).	51
5.2.3.5. Echelle d'intolérance à l'incertitude – EII (Version française : Freeston et al. 1994).....	52

5.2.3.6. Echelle de dépersonnalisation de Steinberg (Version originale : Marlène Steinberg, 2001 ; Sar, Alioğlu, Akyuz, Tayakısı, Öğülmüş & Sönmez, 2017).	52
5.3. Analyses et traitements statistiques	53
5.4. Résumé du protocole	54
CHAPITRE 6 : RESULTATS	55
6.1. Analyse descriptive de l'échantillon.....	55
6.1.1. Données sociodémographiques	55
6.1.2. Données concernant le déroulement des entretiens	58
6.1.3. Données des variables d'intérêts	58
6.2. Test de Normalité de Shapiro-Wilk.....	62
6.3. Matrice de corrélations (Spearman)	63
6.4. Analyse de groupe	67
III. PARTIE REFLEXIVE	73
CHAPITRE 7 : DISCUSSION	74
CHAPITRE 8 : LIMITES ET PERSPECTIVES FUTURES	79
IV. CONCLUSION	82
V. BIBLIOGRAPHIE	83
VI. ANNEXES	101

Liste des figures

Figure 1 - Conséquences du syndrome post-soins intensifs (Genton, 2019)	12
Figure 2 - Syndrome post-soins intensifs étendu (Rousseau et al., 2021)...	13
Figure 3 - Le continuum de la dépression (Zoromba, 2018).....	20
Figure 4 - Composantes corrélées dans le syndrome post-soins intensifs...	28
Figure 5 - Design expérimental.....	49
Figure 6 - Résumé schématique du protocole.....	54
Figure 7 - Données intubation, trachéotomie et délirium pour l'échantillon total.....	57

Liste des tableaux

Tableau 1	Présentation des données sociodémographiques des participants	55
Tableau 2	Présentation des données des seconds entretiens	58
Tableau 3	Présentation des statistiques descriptives des premiers entretiens....	59
Tableau 4	Présentation des données récoltées pour la MINI.....	60
Tableau 5	Présentation des statistiques descriptives des seconds entretiens	61
Tableau 6	Présentation des résultats au test de Normalité de Shapiro-Wilk	63
Tableau 7	Présentation de la matrice de corrélations pour les variables d'intérêts	64
Tableau 8	Présentation de la matrice de corrélations pour les sous-échelles de la DERS-F	66
Tableau 9	Présentation des résultats au test exact de Wilcoxon - Sexe.....	68
Tableau 10	Présentation des résultats au test exact de Wilcoxon - Antécédents psy.....	69
Tableau 11	Présentation des résultats au test exact de Wilcoxon - Intubation..	70
Tableau 12	Présentation des résultats au test exact de Wilcoxon - Délirium....	70
Tableau 13	Présentation des résultats au test exact de Wilcoxon - Covid.....	71
Tableau 14	Présentation des résultats au test exact de Wilcoxon - Risque suicidaire.....	72

INTRODUCTION

« Comment décrire ma vie depuis que je suis sorti des soins intensifs ? Je pense qu'il faut avant toute chose préciser qu'il s'agit actuellement de survie plutôt que de vie. Je pense être un survivant et non plus un vivant. Mon séjour aux soins intensifs m'a bouleversé, changé, transformé même. On ne peut ressortir indemne d'une telle expérience. Il s'agit d'un traumatisme profond que seules les personnes l'ayant vécu peuvent comprendre. Lorsque vous êtes frappé par la maladie, maintenu en vie par des fils et des tuyaux, qu'il n'existe plus que la fatigue et la douleur, cela vous marque. Aujourd'hui encore, trois mois après être sorti, le plus difficile reste à faire. Il me reste un long chemin à parcourir. Lorsque mon corps me laisse un peu de répit, mon esprit prend le relais et me torture bien plus fort que ce que mon corps est capable de faire. »

Témoignage de Monsieur P, patient post-soins intensifs du CHU de Liège, 2021.

Ce témoignage d'un patient¹ rencontré lors d'une consultation post-soins intensifs est un exemple parmi tant d'autres de ce que peuvent vivre et ressentir les personnes ayant vécu un tel événement de vie. Le témoignage de Monsieur P illustre très bien à quel point cette expérience peut être marquante mais aussi à quel point les conséquences de celle-ci peuvent être importantes.

Depuis plusieurs années déjà, le nombre de patients admis dans les unités de soins intensifs (USI) ne fait qu'augmenter et les probabilités de survie sont de plus en plus élevées (Hill, Fowler, Pinto, Herridge, Cuthbertson, & Scales, 2016 ; Williams, Dobb, Finn & Webb, 2005). Cependant, pour tous ces survivants des USI, une qualité de vie acceptable n'est pas toujours garantie, laissant ces patients avec un futur très incertain et parfois de nombreuses difficultés à gérer au quotidien. Ainsi, la vie après les soins intensifs constitue actuellement un défi majeur pour la médecine mais aussi et surtout pour la psychologie clinique. Des conséquences telles que des séquelles physiques, des troubles cognitifs ou encore des difficultés psychologiques sont présentes, à court terme mais aussi à long terme. Il existe depuis quelques années un consensus autour du rassemblement de ces trois types d'atteintes sous l'appellation de syndrome post-soins intensifs (SPSI). Ainsi, le SPSI est donc l'apparition ou l'aggravation de troubles cognitifs, psychologiques ou physiques faisant suite à une hospitalisation en USI,

¹ Dans le présent document, le genre masculin est employé afin de faciliter la lecture et d'alléger le texte. Il est à noter que cette règle n'a aucune intention discriminatoire.

affectant le fonctionnement quotidien et la qualité de vie des survivants de maladies graves (Needham et al., 2012).

Les conséquences psychologiques semblent représenter l'atteinte la plus importante chez les patients post-soins intensifs. En effet, un patient sur trois en moyenne souffrirait de troubles psychologiques après son hospitalisation (Milton et al., 2017). D'années en années, de très nombreuses études voient le jour dans le but de démontrer l'impact de ces conséquences sur le quotidien des anciens patients. La plupart d'entre-elles, voire la majorité, s'accordent pour dire qu'il existe un réel enjeu autour des conséquences psychologiques d'une telle hospitalisation (Milton et al., 2017 ; Proffit & Menzies, 2019 ; Yuan, Timmins & Thompson, 2021). Ainsi, la qualité de vie de ces patients est réellement impactée et leur réhabilitation entravée. Les troubles psychologiques les plus fréquemment rapportés par la littérature sont la dépression, l'anxiété et le trouble de stress post traumatique (Desai, Law & Needham, 2011 ; Milton et al., 2017 ; Proffit & Menzies, 2019 ; Yuan, Timmins & Thompson, 2021).

Notre projet a pour principal intérêt d'approfondir nos connaissances dans ce domaine afin d'aider au mieux les patients ainsi que les soignants, et de modestement faire avancer la recherche autour de cette problématique. Ce travail a l'ambition de réaliser une étude permettant d'évaluer les impacts psychologiques d'une hospitalisation en USI, à travers une approche plus dimensionnelle, évaluant des processus et non des catégories diagnostiques. La littérature scientifique sur le sujet faisant état d'une approche assez catégorielle, ce projet permettra d'appréhender d'une manière plus exhaustive et plus nuancée les conséquences psychologiques d'un tel événement de vie.

I. PARTIE THEORIQUE

La première partie de ce mémoire a pour objectif d'aborder les éléments théoriques de ce travail, et de familiariser les lecteurs aux divers concepts qui seront analysés dans le cadre de cette recherche.

Le premier chapitre décrit un historique rapide de la médecine intensive et le contexte actuel des USI. Le vécu des patients hospitalisés au sein de ces unités est également abordé à travers, notamment, les différents facteurs de stress tels que la douleur, le manque de sommeil, le manque de contrôle, la proximité de la mort, les hallucinations, etc.

Le second chapitre illustre les impacts et les conséquences d'une hospitalisation en USI principalement à travers le syndrome post-soins intensifs. Les conséquences psychologiques, physiques et cognitives, constitutives de ce syndrome sont développées. Les corrélations existant entre ces trois éléments sont également présentées, ainsi qu'un bref aperçu de l'impact de ce syndrome sur la qualité de vie et des interventions.

Le troisième chapitre définit dans un premier temps les concepts d'approche catégorielle et d'approche dimensionnelle. Une critique de l'approche catégorielle y est également présentée. Dans un second temps, ce même chapitre se penche plus spécifiquement sur l'approche dimensionnelle et sur les processus psychologiques partagés dans les troubles définis préalablement à travers l'approche catégorielle. Les différents processus y sont définis en vue du chapitre suivant

Le quatrième chapitre présente la question de recherche centrale de ce travail ainsi que ses objectifs et les hypothèses de recherches.

CHAPITRE 1 : LES UNITES DE SOINS INTENSIFS

Les USI sont des services hospitaliers spécialisés qui offrent un traitement et un suivi aux personnes qui sont gravement malades et qui nécessitent à la fois des interventions vitales et une surveillance intensive par les équipes soignantes (Kelly et al., 2014). L'historique de cette médecine, son contexte ainsi qu'un aperçu du vécu des patients qui y sont confrontés constituent des éléments de compréhension relativement intéressants.

1.1. Historique et contexte

Le concept de médecine intensive apparaît au début des années 1950 à Copenhague au Danemark durant une épidémie de poliomyélite entraînant une insuffisance respiratoire de centaine de victimes (Ibsen, 1954 ; Kelly et al., 2014). C'est en 1953, que Bjorn Ibsen, considéré comme le père fondateur de la médecine intensive, a mis en place la première USI en Europe (Kelly et al., 2014). Depuis lors, les services de soins intensifs évoluent sans cesse et deviennent indispensables dans chaque hôpital. La médecine intensive a alors recours à diverses méthodes et techniques sophistiquées afin de prévenir, diagnostiquer et traiter différentes pathologies. Grâce au développement de multiples médicaments et équipements, le soutien et même la substitution des fonctions vitales des patients grièvement blessés ou malades sont alors réalisables (Bergeron, 2018). Cette envolée de la médecine intensive, notamment à travers le développement de surspécialisations, a permis d'augmenter considérablement la survie de la population, et ce dans les pays industrialisés principalement, qui serait très certainement décédée des suites de ses pathologies quelques années auparavant.

En comparaison avec les autres lieux de soins d'un hôpital, les services de soins intensifs se démarquent par la gravité des pathologies et de la morbidité qui y sont traitées, mais aussi par l'importante surveillance accordée aux systèmes en charge des organes vitaux. Ainsi, les USI sont définies comme étant des regroupements de patients, de matériels et de personnels soignants qui servent au monitoring et à la prise en charge des patients dont les fonctions vitales sont en danger (Vincent, 2009). Cependant, cette définition s'est aujourd'hui élargie, car des personnes malades peuvent être admises pour une surveillance et des traitements même lorsque leurs fonctions vitales ne sont pas en danger (Vincent, 2009).

La majorité des patients présents en USI y sont admis de manière urgente. En effet, une grande partie des admissions relève d'infections sévères apparues brutalement telles qu'une

hémorragie cérébrale, un choc septique, un polytraumatisme, etc. Des dégradations plus progressives comme une insuffisance respiratoire ou cardiaque, ou un sepsis² mal surveillé sont aussi recensées (Vincent & coll., 2017). Cependant, certains patients peuvent être admis de manière programmée à la suite d'une chirurgie lourde ou d'une procédure risquée.

Par ailleurs, il existe un contraste particulier dans cet environnement de soins, entre d'une part, des actes ultra techniques réalisés sur un corps, le corps physiologique, et d'autre part, l'empathie et la compassion pour la personne humaine et ses proches (Vincent & coll., 2017). Les patients de ces USI deviennent des corps marqués par des procédures invasives, reliés par de multiples câbles, fils, cathéters et tubes à des machines qui émettent diverses alarmes sonores et lumières.

La durée d'une hospitalisation en USI est en moyenne de deux jours et demi. Cependant, elle peut s'étendre à plusieurs mois. La probabilité de décès en USI reste encore relativement élevée. La mortalité intra-hospitalière se situe entre 15 et 20% environ (Vincent et coll., 2017). Néanmoins, grâce aux progrès médicaux et technologiques majeurs, les probabilités de survie dans ces unités augmentent continuellement (Hill et al., 2016 ; Williams et al., 2005). Malgré cet élément encourageant, une qualité de vie acceptable n'est pas garantie pour ces patients et leur avenir reste incertain. Déjà en 2010, Iwashyna déclarait que la qualité de vie des survivants des USI constituerait le réel défi majeur de la médecine intensive d'aujourd'hui (Iwashyna, 2010).

1.2. Le vécu des patients en soins intensifs

Le vécu subjectif des patients lors de leur hospitalisation en USI est une expérience hors du commun qui revêt souvent un caractère très traumatisant et détermine une partie des symptômes, principalement psychologiques, à leur sortie (Hanquet, Benhamed, Castanares-Zapatero, Dauvrin, Desomer, & Rondia, 2020). Les perceptions subjectives parfois irrationnelles sont des éléments difficilement compréhensibles pour les soignants des services de soins intensifs. Cependant, diverses études permettent d'obtenir une représentation relativement proche et fiable du vécu subjectif des patients, notamment à travers divers questionnaires distribués aux patients conscients durant leur séjour ou après leur sortie des soins

² Le sepsis est un dysfonctionnement des organes provoqué par un dérèglement de la réponse à une infection, et potentiellement mortel (Payen, 2019).

intensifs (Vinatier, 2011). Différents facteurs de stress, inhérents aux soins intensifs, sont évoqués dans plusieurs études : la douleur, les problèmes de sommeil, le manque de contrôle, la proximité de la mort, les hallucinations, l'arrivée de tuyaux dans le nez et la bouche, l'immobilisation des membres, l'absence d'explication sur les traitements, etc. (Nelson et al., 2001 ; Kalfon et al., 2010Vinatier, 2011). Une partie de ces facteurs vont être présentés ci-après.

Témoignage d'un infirmier sur son hospitalisation aux soins intensifs

« J'ai passé des moments terrifiants, remplis de peur, d'angoisses, et des nuits et des journées qui n'en finissaient pas. J'étais comme un prisonnier, mais un prisonnier dont le corps tout entier est immobilisé par des machines et des cauchemars que j'ai même peur de décrire. La mort, j'ai eu le sentiment de la côtoyer de nombreuses fois. Mais pour moi, pas de lumière blanche, ni de rencontre avec mes proches décédés, malheureusement. J'aurais aimé qu'il en soit ainsi, mais à la place il n'y avait que terreur et images effrayantes. Les cheveux tressés de l'infirmière se transformaient en tarentules géantes venues pour me dévorer. Des nains de jardins sur la table à côté de moi tentaient de me débrancher, tandis que je cherchais du regard dans les moindres recoins, l'endroit par lequel ils auraient pu entrer. D'innombrables nuages noirs s'abattaient. Les murs ne faisaient que de se rapprocher démultipliant ainsi ma difficulté à respirer. Le temps ne comptait plus pour moi, il n'existait plus. Aujourd'hui encore, il m'est difficile de comprendre ce qu'il s'est passé pour moi. Chaque nuit, les mêmes cauchemars reviennent, tandis que la journée, je ne peux m'empêcher de penser que je risque à nouveau de revivre tout cela. »

1.2.1. La douleur

Les patients qui présentent des scores importants en ce qui concerne la douleur ont été recensés et leur nombre est relativement important, notamment durant les différentes procédures de soins tels que le positionnement latéral, les drains, les pansements de plaies, l'intubation, l'aspiration trachéale, etc. (Nelson et al., 2001 ; Puntillo, Morris, Thompson, Stanik-Hutt, White & Wild, 2004). Dans une étude menée sur 755 patients, interrogés alors qu'ils étaient conscients lors d'une aspiration trachéale, 73% ont rapporté une douleur significative durant ce soin et 64% estimaient la douleur entre cinq et dix sur une échelle allant de un à dix (Arroyo-Novoa et al., 2008). Les patients inconscients ou dans un état de confusion, ne pouvant pas

communiquer, expriment la même douleur par des manifestations comportementales. (Puntillo et al., 2004 ; Payen et al., 2001).

1.2.2. Les troubles du sommeil

Les troubles du sommeil dans ce type de service sont bien établis et ceux-ci sont rapportés, dans un premier temps, par les patients puis, dans un second temps, objectivés par les études polysomnographiques³ (Pulak, & Jensen, 2016). Plusieurs études ont démontré que l'intensité de l'inconfort et du stress, générés par les troubles du sommeil est élevée (Novaes et al., 1999 ; Kalfon et al., 2010 ; Rotondi et al., 2002). Le patient présente un rythme circadien qui est dérégulé, principalement perturbé par l'absence du rythme jour/nuit. Son sommeil est alors sans cesse bouleversé et par conséquent, sa qualité en est affectée. Ainsi, les principaux éléments perturbateurs du sommeil en USI sont le bruit, la lumière, les soins, le mode de ventilation mécanique mais aussi les traitements médicamenteux, qui ont un impact sur le métabolisme et sur le rythme circadien du patient. Les diverses études font un même constat : la privation de sommeil entraîne des conséquences physiologiques et psychologiques mais aussi des liens possibles avec l'émergence de délirium (Pulak & Jensen, 2016).

1.2.3. Le bruit

Le bruit est un facteur régulièrement pris en compte dans les évaluations des facteurs de stress (Kalfon et al., 2010). La politique de revue externe adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en matière de bruits communautaires, a proposé des lignes directrices identifiant des niveaux de bruit spécifiques dans les milieux hospitaliers. Les recommandations incluent des niveaux de bruits ne dépassant pas 35 décibels la nuit et les 40 décibels le jour, tout en sachant que, durant la nuit, une chambre calme se situe autour des 20 voire 30 décibels de manière générale. Lorsque l'on compare le bruit dans les USI, on constate que l'intensité sonore dépasse largement celle des autres environnements (Pulak & Jensen, 2016). Certaines études ont démontré que les niveaux sonores dans une USI avoisinaient les 59 décibels, voire 83 décibels. Ce niveau sonore est suffisant pour stimuler les systèmes cardiovasculaires et endocriniens des patients ainsi que pour perturber le sommeil, modulé par le stress et induit par

³ La polysomnographie (PSG), est une méthode souvent considérée comme la principale mesure du sommeil, qui utilise l'EEG, l'électromyographie du menton et l'électrooculographie, dont les données sont recueillies en continu durant toute la période de test souhaitée (Pulak & Jensen, 2016).

le bruit (Falk & Woods, 1973). Des études plus récentes continuent de rapporter des niveaux sonores dans les USI se situant entre 55 et 66 décibels, avec des pics atteignant 85 décibels, excédant largement les recommandations de l'OMS (Balogh, Kittinger, Benzer & Hackl, 1993 ; Lawson et al., 2010).

1.2.4. Transformation des perceptions et délirium

De nombreux patients décrivent la période des soins intensifs comme floue, vague ou irréelle. Nombre d'entre eux déclarent avoir eu des cauchemars, des hallucinations d'allure psychotique, qui démontrent à quel point leur perception de la réalité peut être fortement altérée. Ces épisodes hallucinatoires peuvent être très traumatisants pour les patients qui les expérimentent. Les souvenirs pénibles, terrifiants et surtout tenaces de ceux-ci poursuivent parfois les patients très longtemps après leur sortie des soins intensifs. Ces expériences peuvent donc causer une importante détresse psychologique chez les patients pendant des mois (Hanquet et al., 2020).

Le « délirium » quant à lui ne comporte pas uniquement les expériences hallucinatoires. Il associe des troubles de la conscience (incapacité à se concentrer, inattention), des troubles des fonctions cognitives (troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale), des hallucinations, une agitation ou à l'inverse un ralentissement psychomoteur. Ces différents troubles varient au cours de la journée et ont un développement aigu (Ely et al., 2004). Ces épisodes de délirium sont d'importants facteurs prédictifs du développement du syndrome post-soins intensifs ou « PICS », que nous développerons plus loin (Hanquet et al., 2020). Les épisodes de délirium sont associés à des symptômes dépressifs. La présence et la durée de ces épisodes en USI constituent le principal facteur de risque d'une déficience cognitive post-USI (Girard et al., 2010 ; Jackson et al., 2010 ; Pandharipande et al., 2013 ; Rabiee et al., 2016).

Dans une étude menée par Bulic et al. (2020), les chercheurs ont pris en compte un échantillon de 103 participants qui ont été intubés durant plus de 24 heures et dont 36% ont développé des épisodes de délirium durant leur hospitalisation en USI. Les résultats ont démontré que les patients atteints de délirium étaient plus malades et présentaient une durée de ventilation mécanique et de séjour en soins intensifs plus longue que les patients qui ne présentaient pas de délirium (Bulic et al., 2020). Après 12 mois, environ 68,3% des patients étaient atteints de troubles cognitifs, dont 11% d'entre eux présentaient des symptômes caractéristiques de démence. De plus, les scores à des évaluations telle que l'IES-R, mesurant

les symptômes de trouble de stress post-traumatique (TSPT), étaient significativement plus élevés chez les patients qui ont présenté un délirium que chez les patients sans délirium. La conclusion principale de cette large étude est que les patients post-USI présentent des taux significatifs, à court et à long terme, de déclin cognitif et de symptômes de TSPT (Bulic et al., 2020).

1.2.5. La perception du temps

La majorité des patients hospitalisés en USI rapportent une perte de la perception du temps, un estompement de la notion du temps même. Ils n'arrivent plus à faire la distinction entre le jour et la nuit, ce qui implique des troubles du sommeil, comme cité plus haut. De plus, ce bouleversement de la notion du temps peut engendrer et participer à la déconnexion de la réalité, renforçant les expériences hallucinatoires et les épisodes de délirium (Hanquet et al., 2020).

1.2.6. La confrontation à la mort

L'angoisse de la mort est un concept bien connu. Le fait de savoir que l'on va mourir peut engendrer des peurs qui disparaissent parfois dès que les activités de la vie quotidienne reprennent. L'angoisse, très souvent présente sous forme latente, peut cependant très vite refaire surface. Ainsi, de nombreux patients hospitalisés en USI sont terrorisés par la mort ou font état d'un blocage complet de leurs affects et de leur pensée (Hanquet et al., 2020).

En effet, le fait de se retrouver face à la mort est un événement très traumatisant, peu importe les circonstances. Dans le cas d'une hospitalisation en USI, le patient voit sa propre vie littéralement suspendue à un fil, à un écran de monitoring ou à un respirateur. Cette situation peut engendrer un état d'anxiété, de stress et de vulnérabilité profond. Cette expérience traumatisante peut laisser de nombreuses séquelles sur le long terme. De plus, des auteurs affirment que certains patients s'aperçoivent du fait que des malades de la même unité qu'eux succombent à leur maladie. Par conséquent, le patient est non seulement confronté à sa possible mort imminente, mais il voit aussi autour de lui des personnes décéder et des corps sans vie. Ces deux éléments constituent des facteurs de risques importants dans le développement d'un trouble de stress post-traumatique (Bacqué, 2011).

1.2.7. Le rapport au corps et transformation

Lors d'une hospitalisation en USI, le corps des patients se détériore d'une manière inattendue, rapide et parfois sans cause évidente, ce qui réduit leurs capacités. Tous ces éléments constituent une source d'inconfort et de stress, ainsi qu'un réel traumatisme. Le rapport à son propre corps est totalement perturbé notamment à travers la sensation de ne plus posséder son corps, le manque de contrôle, voire l'absence totale de contrôle sur celui-ci. Le patient est alors comme enfermé dans un corps qu'il ne peut plus mouvoir, coincé avec ses angoisses et souvent dans l'incapacité d'exprimer ce qu'il ressent (Hanquet et al., 2020). La ventilation mécanique peut provoquer chez les patients une forte sensation de suffocation qui peut être très angoissante et aussi très douloureuse.

De plus, le fait d'être totalement immobilisé par les contentions, les câbles, les perfusions et autres machines, est vécu péniblement par les patients (Novaes et al., 1999 ; Nelson et al., 2001). La contention physique présente non seulement des implications éthiques mais aussi des conséquences psychologiques et physiques (Maccioli et al., 2003). La potentielle utilisation excessive, voire maltraitante de cet outil de soins pose actuellement de nombreuses questions au niveau de la privation de liberté du patient et de ses droits fondamentaux mais aussi au niveau de son emploi à des fins punitives. Les avis quant à cette méthode restent partagés même si de plus en plus de professionnels de la santé s'opposent à cet outil de dernier recours (Azoulay & Raymond, 2017).

En résumé, les USI sont des services hospitaliers accueillant des patients gravement malades et qui nécessitent une assistance médicale 24 heures sur 24 pour la plupart. Le vécu subjectif des patients hospitalisés dans ces unités est une expérience hors du commun qui peut être marquante voire traumatisante (Hanquet et al., 2020). Les expériences de douleurs, de troubles du sommeil, d'épisodes de délirium, de bruit et autres constituent d'importants facteurs de risques, inhérents à ce type de service hospitalier, quant au développement de difficultés psychologiques postérieures.

CHAPITRE 2 : LE SYNDROME POST-SOINS INTENSIFS

L'état de santé à long terme des patients survivants des USI est devenu une préoccupation majeure et croissante durant ces dernières années. En effet, le constat est clair. Le nombre de survivants augmente d'année en année au vu des demandes croissantes de soins et de la diminution de la mortalité au sein des soins intensifs (Rousseau et al., 2021). Les patients hospitalisés aux soins intensifs de manière prolongée peuvent présenter des comorbidités à moyen ou à long terme, en lien avec leur pathologie, mais aussi en lien avec les traitements qu'ils ont reçus et avec l'environnement particulier des soins intensifs. Ainsi, il est probable qu'un patient ayant séjourné en USI présente un spectre de séquelles et de comorbidités relativement plus large qu'un patient hospitalisé dans un autre service (Rousseau et al., 2021).

De nombreux patients survivants des soins intensifs présentent des séquelles dans les semaines, les mois, voire les années qui suivent leur sortie. Ces séquelles, qui sont d'ordres physiques, psychologiques ou cognitives sont rassemblées sous le terme de « syndrome post-soins intensifs » (SPSI). La suite de ce chapitre est consacrée à une description plus spécifique de ce syndrome et de ses principales composantes.

2.1. Définition et prévalence

Plusieurs experts se sont accordés pour donner une définition au SPSI (Needham et al., 2012). Le SPSI est donc l'apparition ou l'aggravation de troubles cognitifs, psychologiques ou physiques des suites d'une hospitalisation en USI, affectant le fonctionnement quotidien et la qualité de vie des survivants de maladies graves, et persistant au-delà de la sortie de l'hôpital (Needham et al., 2012 ; Yuan, Timmins & Thompson, 2021). A noter que ce syndrome peut notamment être présent chez les proches de patients et se traduit principalement par des troubles d'ordre psychiatriques (figure 1).

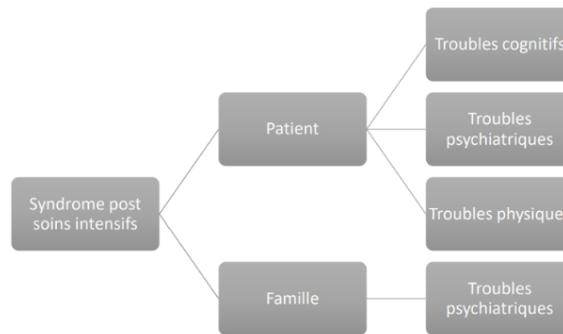


Figure 1 - Conséquences du syndrome post-soins intensifs (Genton, 2019).

A côté de ces définitions, il est peut-être intéressant aussi de voir ce terme de « syndrome post-soins intensifs » comme un concept plus large plutôt que comme un unique syndrome, de par les nombreux et divers mécanismes sous-jacents qu’il comporte. En effet, il existe une très grande hétérogénéité chez les patients survivants des soins intensifs. Ceux-ci présentent des SPSI très différents les uns des autres dans l’expression de ses différentes composantes, dans la durée mais aussi dans l’intensité de la survenue des symptômes (Rousseau et al., 2021). D’autres difficultés et problématiques peuvent se surajouter aux composantes principales du SPSI telles que : des troubles du sommeil (Altman, Knauert & Pisani, 2017), une fatigue résiduelle, définie comme une extrême fatigue physique ou mentale (Piva, Fagoni & Latronico, 2019), une douleur persistante (Stamenkovic et al., 2019), ou encore des troubles endocriniens et métaboliques (Rousseau et al. 2021).

De plus, le SPSI peut par exemple comporter des conséquences financières pour les patients et leurs proches. De potentielles réadmissions à l’hôpital et des soins supplémentaires peuvent coûter cher et ainsi représenter une implication économique importante pour la société (Hirsberg et al., 2019).

Rousseau et al. (2021) ont proposé dans la figure suivante (figure 2) une version plus élargie du syndrome post-soins intensifs, en suggérant que d’autres éléments de la sphère médicale et psycho-sociale du patient, ainsi que d’autres facteurs externes peuvent entrer en compte dans ce syndrome. Par exemple, ce schéma suggère qu’au-delà des séquelles physiques, cognitives et psychologiques déjà décrites, le SPSI comprend des facteurs liés au service des soins intensifs, à l’état de santé préalable du patient, aux soins qui lui sont prodigués. Ils peuvent aussi avoir des liens avec une augmentation des coûts financiers, des problèmes de type sociaux et une réduction de la qualité de vie. Des troubles du sommeil, de la fatigue, des douleurs chroniques et des troubles métaboliques peuvent notamment être présents (Rousseau et al., 2021).

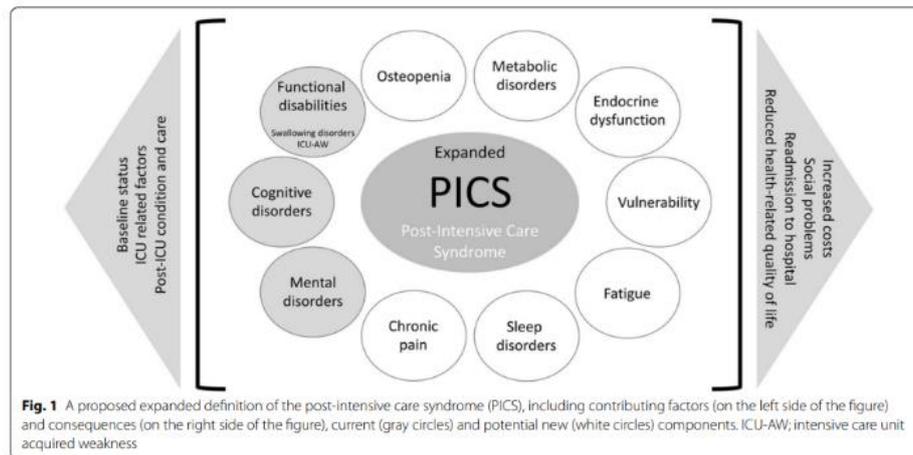


Figure 2 - Syndrome post-soins intensifs étendu (Rousseau et al., 2021).

Malgré les nombreux outils et méthodes diagnostiques qui existent pour évaluer les différentes composantes du SPSI (cognitive, psychologique et physique), il est toujours compliqué de se rendre compte des atteintes initialement présentes mais aussi du degré de développement des différents symptômes. Autrement dit, il est difficile de savoir quels éléments peuvent être directement imputables à l'hospitalisation en soins intensifs (Griffiths et al., 2013). De plus, il est toujours délicat de déterminer précisément le laps de temps durant lequel le SPSI peut survenir après la sortie des soins intensifs. Les symptômes des différentes composantes du SPSI peuvent être présents à long terme ou bien apparaître secondairement, rendant encore plus complexe la tâche concernant la possible prévision d'un délai pour la survenue d'un SPSI (Griffiths et al., 2013).

Par conséquent, ces différents éléments entravent aussi l'estimation de la prévalence du SPSI. D'une part, cette prévalence présente un risque de sous-estimation dû à la mauvaise connaissance d'un délai diagnostique. D'autre part, le fait de ne pas connaître la survenue et l'ordre d'apparition des troubles préalables peut entraîner une surestimation de cette prévalence (Yuan, Timmins & Thompson, 2021). Cependant, celle-ci est estimée entre 25 et 50% chez les patients sortant des soins intensifs et qui présentent au moins une des composantes du SPSI (physique, cognitive ou psychologique) (Griffiths et al., 2013 ; Pandharipande et al., 2013). Marra et al. (2018) ont, par exemple, démontré dans une étude que 39% des patients survivants des soins intensifs présentaient au moins une composante du SPSI trois mois après leur sortie, dont 35% d'entre eux continuaient de faire état de cette difficulté 12 mois après. D'autres auteurs encore s'accordent pour dire que le SPSI concerne plus de la moitié des patients sortant des soins intensifs (Yuan, Timmins & Thompson, 2021).

Dans le paragraphe qui suit, nous nous intéresserons dans un premier temps aux séquelles physiques présentes dans le SPSI à travers notamment différents exemples de difficultés. Ensuite, nous aborderons les impacts cognitifs et enfin les conséquences psychologiques constitutives du SPSI.

2.2. Séquelles physiques

« Le moindre effort à faire est comme une montagne que je dois franchir. Mon corps me lâche et la force me manque. Mes membres sont lourds, mes épaules portent tout le poids du monde, tandis que mes mains ont du mal à soulever une malheureuse tasse de café. Me rendre d'un point A à un point B devient un réel parcours du combattant. »

Monsieur A, 3 mois post-USI.

Il existe de multiples conséquences physiques dues à la maladie grave et aux traitements des soins intensifs. La plus répandue est une faiblesse musculaire généralisée (Stevens, Dowdy, Michaels, Mendez-Tellez, Pronovost & Needham, 2007 ; Rousseau et al., 2021). Celle-ci est principalement due à une perte de masse et de fonction musculaire résultant de l'immobilisation prolongée du corps, de la sédation profonde et de la présence combinée de plusieurs affections neuromusculaires (e.g., la myopathie, la dystrophie musculaire, la polyneuropathie⁴) (Stevens et al., 2007 ; Rousseau et al., 2021). Les principaux symptômes rapportés, dus à la faiblesse acquise aux soins intensifs, sont des douleurs neuropathiques, une atrophie musculaire, une hypoesthésie en chaussettes ou encore des troubles de la marche (Latronico, Shehu & Seghelini, 2005 ; Stevens, Hart & Herridge, 2014).

Plusieurs auteurs rapportent que la prévalence de cette faiblesse acquise est relativement élevée, se situant entre 25 et 60% environ (Stevens et al., 2007 ; Hermans & Van de Berghe, 2015 ; Fan et al., 2014). Bien que ces symptômes puissent s'améliorer, il est possible que ceux-ci persistent plus de deux ans après l'hospitalisation voire même jusqu'à cinq ans après (Jackson et al., 2010 ; Bienvenu et al., 2012 ; Fan et al., 2014).

Les principaux facteurs de risques de cette faiblesse acquise aux soins intensifs sont l'augmentation de la durée du séjour en USI, la durée de l'intubation, l'alitement prolongé ou encore l'utilisation de corticoïdes (Fan et al., 2014 ; Proffit & Menzies, 2019). La défaillance multi organique, l'administration de catécholamines, l'hyperglycémie ou encore

⁴ Une atteinte des nerfs périphériques dans tout l'organisme (Stevens et al., 2007 ; Rousseau et al., 2021).

l'inflammation en lien avec le sepsis (réponse inflammatoire généralisée associée à une infection grave) sont d'autres facteurs de risques bien établis (Stevens et al., 2007 ; De Jonghe, Lacherade, Sharshar & Outin, 2009 ; Needham et al., 2014).

Par ailleurs, d'importants troubles respiratoires peuvent apparaître pendant et après la sortie des soins intensifs. Plusieurs études ont été réalisées chez des patients ayant présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë durant leur séjour aux soins intensifs afin d'évaluer les fonctions pulmonaires après une ventilation mécanique (Herridge et al., 2003 ; Herridge et al., 2011 ; Desai, Law & Needham, 2011). Ces différentes études démontrent une diminution significative des fonctions pulmonaires chez les patients, ce qui peut persister plusieurs années. L'intubation, qu'elle soit trachéale ou orotrachéale, peut notamment engendrer de graves séquelles telles que des lésions au niveau du larynx et de la trachée. Ces séquelles peuvent persister des mois après l'extubation (Stevens, Hart & Herridge, 2014).

D'autres atteintes physiques peuvent survenir telles que des troubles uro-génitaux dus à la faiblesse acquise aux soins intensifs et la mise en place d'une sonde vésicale, ce qui a pour principale conséquence un dysfonctionnement du système urinaire. Une dénutrition et des troubles ostéo-articulaires se traduisant par une hypercalcémie et une ostéoporose peuvent aussi apparaître (Heyland et al., 2003 ; Stevens, Hart & Herridge, 2014).

2.3. Impacts cognitifs

Les troubles cognitifs représentent une importante complication à long terme des maladies graves et des hospitalisations et traitements en USI. Ces troubles ou déclin cognitifs correspondent à une altération d'une ou des fonctions cognitives. Ces fonctions cognitives reprennent l'ensemble des processus mentaux à l'origine de la connaissance, tels que la mémoire, l'apprentissage, l'intelligence, l'attention, le langage, la perception, la prise de décision, la résolution de problèmes ou encore le raisonnement. Ces troubles cognitifs, pouvant être présents à court mais aussi à long terme, entraînent le plus souvent des troubles de la mémoire et des fonctions exécutives (Hopkins & Jackson, 2006).

Une majorité des patients en soins intensifs est constituée de personnes âgées sujettes à développer des troubles cognitifs (Boumendil et al., 2007). Cependant, il apparaît que des patients plus jeunes et relativement en bonne santé présentent également un risque accru de développer des troubles cognitifs à la suite d'une maladie grave. De plus, ces troubles

apparaissent, de manière générale, après la sortie des soins intensifs rendant plus compliqué le diagnostic de ceux-ci (Ehlenbach et al., 2010). Les principaux troubles cognitifs relevés chez les patients post-soins intensifs sont les troubles de la mémoire, de mauvaises fonctions exécutives, des capacités de langage affaiblies, des troubles de l'attention ou encore de la démence. En outre, plusieurs patients ont rapporté des difficultés à se souvenir de leur séjour en soins intensifs, dans l'expression de leurs sentiments et de concentration dans les tâches quotidiennes (Yuan, Timmins & Thompson, 2021).

Plusieurs études ont démontré que les déficits cognitifs affectaient plus de 70% des patients post-soins intensifs (Girard et al., 2010 ; Jackson et al., 2010 ; Pandharipande et al., 2013). Wang et al. (2017) ont rapporté qu'environ 90% des patients, dans le groupe d'âge le plus avancé, présentaient des troubles cognitifs. Ces troubles peuvent impliquer des déficits à long terme, plus de 12 mois après la sortie des soins intensifs, au niveau de la cognition globale et des fonctions exécutives (Girard et al., 2010 ; Pandharipande et al., 2013). Cependant, une forte variabilité de la prévalence, entre 9 et 70%, peut être retrouvée due à la diversité des populations prises en compte dans les différentes études. En effet, les études de prévalence portant sur les troubles cognitifs se sont beaucoup penchées sur des pathologies spécifiques des patients hospitalisés en USI (chirurgie lourde, syndrome de détresse respiratoire, sepsis) (Jackson et al., 2003 ; Saczunski et al., 2012). De plus, cette prévalence est plus élevée si l'évaluation est menée à la sortie des soins intensifs et a tendance à diminuer avec le temps (Hopkins, Weaver, Orme, & Chan, 2005). Cependant, plusieurs études ont démontré que ces symptômes pouvaient persister des mois, voire des années après la sortie des soins intensifs (Desai, Law & Needham, 2011).

La principale source des troubles cognitifs sont les lésions cérébrales acquises durant le séjour aux soins intensifs. Pouvant survenir à n'importe quel âge, ces lésions sont des atteintes aiguës nouvelles et non spécifiques, qui rendent, par conséquent, son diagnostic difficile (Hopkins & Girard, 2012 ; Stevens, Hart & Herridge, 2014). Plusieurs études ont démontré un certain nombre d'atteintes potentiellement responsables des troubles cognitifs, telles qu'une atrophie cérébrale, des altérations de la substance blanche, un élargissement des ventricules ou encore des lésions corticales ou sous-corticales (Hopkins & Girard, 2012 ; Gunther et al., 2012 ; Suchyta, Jephson & Hopkins, 2010).

Les facteurs de risques liés aux troubles cognitifs peuvent être en lien avec l'impact du séjour en soins intensifs, mais aussi avec les caractéristiques intrinsèques du patient.

Dans un premier temps, Stevens et al. ont décrit la notion de réserve cognitive comme facteur de risque inhérent au patient (Stevens, Hart & Herridge, 2014). Cette réserve cognitive est définie comme étant la capacité individuelle cérébrale à répondre à une atteinte neurologique (Stevens, Hart & Herridge, 2014). Deux modèles explicatifs sont cités. D'une part, le modèle passif renvoie à l'existence de différences interpersonnelles dans le nombre et la connectivité des neurones, et donc de par sa densité neuronale, une personne comparativement à une autre présentera un avantage dans l'assimilation d'une lésion cérébrale. D'autre part, le modèle actif fait référence à la capacité du cerveau à sélectionner des connexions neuronales alternatives afin de compenser les zones lésées. Ainsi, le fait de présenter un trouble cognitif préalable constituerait un facteur de risque pouvant aggraver ces troubles cognitifs (Gao, Taha, Gauvin, Othmen, Wang, & Blaise, 2005 ; Stevens, Hart & Herridge, 2014).

Par ailleurs, la présence d'un état dépressif préalable peut constituer un potentiel facteur de risque. Une étude menée en 2012 sur des patients présentant un état dépressif préalable à un sepsis a révélé que ceux-ci présentaient 2,5 fois plus de chances de développer des troubles cognitifs que des patients sans troubles dépressifs (Davydow et al., 2012).

Dans un second temps, les facteurs de risques en lien avec les soins intensifs sont encore plus prégnants et impactants. Premièrement, l'hypoxémie, qui fait référence au faible taux d'oxygène dans le sang, est significativement corrélée avec l'apparition de troubles cognitifs après la sortie des soins intensifs (Hopkins et al., 2005 ; Sasannejad, Ely & Lahiri, 2019). Une étude menée sur 55 patients survivant du syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) a révélé une corrélation significative entre la durée et l'intensité de l'hypoxémie et des altérations neuropsychologiques telles que des troubles de l'attention, de la mémoire ou des fonctions exécutives, un an après la sortie des soins intensifs (Hopkins, Weaver, Pope, Orme, Bigler, & Larson, 1999).

Deuxièmement, l'hypotension, soit une tension artérielle basse, pourrait être responsable de certaines lésions cérébrales pouvant entraîner des troubles cognitifs (Sasannejad, Ely & Lahiri, 2019). Hopkins et al., (2005) ont démontré que la durée de l'hypotension avait entraîné des troubles de la mémoire à la sortie de l'hôpital (Hopkins et al., 2005).

Troisièmement, une dysrégulation glycémique, traduite par soit une hyperglycémie, soit par une hypoglycémie, représenterait aussi un potentiel facteur de risque du développement de troubles cognitifs (Duning et al., 2010 ; Sasannejad, Ely & Lahiri, 2019).

Quatrièmement, la présence ainsi que la durée d'un épisode de délirium aux soins intensifs constituent un facteur de risque majeur des troubles cognitifs post-soins intensifs (Girard et al., 2010 ; Jackson et al., 2010 ; Pandharipande et al., 2013). Girard et al ont mené une étude de cohorte sur 99 patients des soins intensifs, avec des évaluations à trois et à 12 mois. A trois mois, la prévalence des troubles cognitifs atteignait 79%, et à 12 mois celle-ci était de 71% où la durée du délirium était significativement corrélée aux troubles cognitifs (Girard et al., 2010). Une autre étude menée par Pandharipande et al. a confirmé cette corrélation entre le déclin cognitif et la durée du délirium à trois et à 12 mois (Pandharipande et al., 2013).

Cinquièmement, l'administration de traitements médicamenteux représente un facteur de risque important dans le développement des troubles cognitifs, notamment à travers leurs effets sur certains neurotransmetteurs tels que la dopamine, la sérotonine, le glutamate, etc. Les sédatifs et les analgésiques tels que les benzodiazépines et les opiacés représentent les principaux traitements influençant le développement de ces troubles (Sasannejad, Ely & Lahiri, 2019).

Sixièmement, d'autres éléments en lien avec l'hospitalisation en USI représentent des facteurs de risques dans la survenue de troubles cognitifs, tels que l'état de stress aigu durant l'hospitalisation (Davydow et al., 2013), le sepsis (Stevens, Hart & Herridge., 2014 ; Annane & Sharshar, 2015) et la chirurgie cardiaque (Saczynski et al., 2012 ; Gao et al., 2005 ; Knipp et al., 2008).

2.4. Conséquences psychologiques

« Il y a un avant et un après. Je suis beaucoup plus sensible aujourd'hui, je pleure parfois sans raison et c'est incontrôlable. Je sens bien que je ne suis plus la même personne. Cet événement a été très traumatisant. »

Monsieur B, 3 mois et demi post-USI.

Les troubles psychologiques faisant suite à une maladie grave représentent une conséquence non négligeable (Milton et al., 2017). Ceux-ci entraînent une importante diminution de la qualité de vie des patients survivants des soins intensifs. Cette composante du SPSI peut être présente seule ou bien coexister plus ou moins étroitement avec des séquelles physiques ou des troubles cognitifs. Ces deux derniers peuvent à leur tour causer ou exacerber les difficultés psychologiques. La réhabilitation et la reconstruction post-soins intensifs du

patient peuvent fortement être entravées par la présence de troubles psychologiques. En effet, le patient, tourmenté par diverses difficultés psychologiques, ne présente plus la motivation suffisante nécessaire au processus de guérison, entraînant ainsi une diminution des activités, une moins bonne observance thérapeutique ou encore une augmentation des symptômes somatiques (Stevens, Hart & Herridge, 2014 ; Milton et al., 2017).

Environ 30% des patients développent des problèmes de type psychologique durant l'année qui suit leur hospitalisation en USI (Milton et al. 2017). Les troubles psychologiques les plus fréquemment rapportés par la littérature sont la dépression, l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique (Desai, Law & Needham, 2011 ; Milton et al., 2017 ; Proffit & Menzies, 2019 ; Yuan, Timmins & Thompson, 2021). De manière générale, les troubles psychologiques apparaissent relativement tôt après la sortie des soins intensifs, soit durant les trois premiers mois post-soins intensifs, et décroissent avec le temps contrairement au cas des patients hospitalisés ne nécessitant pas une hospitalisation aux soins intensifs (Sivanathan, Wunsch, Vigod, Hill, Pinto & Scales, 2019).

2.3.1. Dépression

2.3.1.1. Définition et prévalences

La dépression est définie, selon les critères diagnostiques de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013), par un trouble de l'humeur avec un sentiment de vide ou de désespoir et une diminution de l'intérêt ou du plaisir pour les activités de vie quotidienne, pour ses principales caractéristiques (American Psychiatric Association, 2013). La forme la plus répandue est l'épisode dépressif majeur. Ces épisodes peuvent durer entre quelques semaines et plusieurs années. A noter qu'il est relativement rare de présenter un seul épisode dépressif au cours de sa vie (Barlow, 2015). Selon l'Inserm (2020), le trouble dépressif est fréquemment associé à des pathologies physiques mais aussi à d'autres pathologies psychiatriques telles que les troubles anxieux ou encore les troubles addictifs (Inserm, 2020). De nombreux auteurs s'accordent pour dire qu'il existe une forme de continuum dans le trouble dépressif, du trouble le plus léger au trouble le plus sévère.

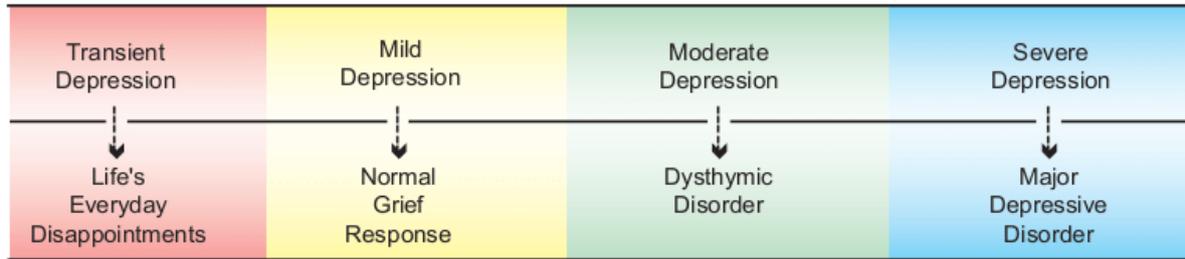


Figure 3 - Le continuum de la dépression (Zoromba, 2018).

Toujours selon l’Inserm, la prévalence du trouble dépressif dans la population générale s’élève entre 15 et 20% environ chez des personnes de tout âge (Inserm, 2020). En 2020, l’OMS a estimé que 264 millions de personnes dans le monde présentaient un trouble dépressif, avec une augmentation de plus de 18% de 2005 à 2015. Ce trouble représente ainsi la principale cause d’invalidité mondiale à côté d’autres pathologies telles que le diabète ou encore les troubles cardiovasculaires (OMS, 2012). Selon l’enquête de santé Sciensano réalisée en 2018, 9,4% de la population belge souffrirait de trouble dépressif. Cette prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes avec respectivement 10,7% et 8%.

En ce qui concerne la prévalence du trouble dépressif dans la population des patients post-soins intensifs les chiffres sont relativement plus élevés (30%) que dans la population générale où les chiffres atteignent 15 à 20% en moyenne (Rabiee et al., 2016 ; Inserm, 2020). Cependant, on constate une grande variabilité en fonction des études. De manière générale, environ un tiers des patients sortant des soins intensifs souffriraient de dépression qui persisterait pendant minimum 12 mois (Rabiee et al., 2016). Dans la méta-analyse, comprenant 42 articles, réalisée par Rabiee et al en 2016, la prévalence varie de 6 à 64 % selon les études, avec une prévalence de 29 à 30% pour la majorité des études. Une autre étude plus récente de Hatch, Young, Barber, Griffiths, Harrison, & Watkinson (2020) rapporte qu’environ 33% des patients sortant des soins intensifs souffriraient de symptômes dépressifs. Une étude portant sur la prescription d’antidépresseurs a démontré que 49% des patients post-soins intensifs qui ont reçu des antidépresseurs durant les deux premiers mois après leur sortie et 23% présentaient des idées suicidaires (Rabiee et al., 2016).

2.3.1.2. Facteurs de risques

Il existe des facteurs de risques biologiques et sociodémographiques inhérents aux patients, mais aussi des facteurs de risques en lien avec les soins intensifs, concernant la symptomatologie dépressive.

Premièrement, le jeune âge constitue un facteur de risque important même si toutes les tranches d'âges de la population sont susceptibles de présenter un épisode dépressif (Rabiee et al., 2016 ; Hopkins, Key, Suchyta, Weaver & Orme, 2010).

Deuxièmement, le genre constitue un facteur de risque supplémentaire. En effet, les problèmes psychologiques et en particulier la dépression, après une maladie grave et les soins intensifs semblent être plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, comme dans la population générale (Schandl, Bottai, Hellgren, Sundin & Sackey, 2012).

Troisièmement, la présence de comorbidités psychologiques, telles que des antécédents de troubles anxio-dépressifs avant les soins intensifs et la présence d'une détresse psychologique durant l'hospitalisation, sont des facteurs fortement associés aux symptômes dépressifs (Rabiee et al., 2016).

Quatrièmement, les souvenirs délirants et le manque de souvenirs factuels sont associés à des symptômes dépressifs (Myhren, Tøien, Ekeberg, Karlsson, Sandvik & Stokland, 2009 ; Jones, Griffiths, Humphris, & Skirrow, 2001). De plus, des études ont rapporté des corrélations entre délirium et symptômes dépressifs (Rabiee et al., 2016).

Cinquièmement, d'autres éléments biologiques tels qu'un IMC élevé, soit supérieur à 40 kg/m², la présence de comorbidités ou encore un handicap physique préalable constituent des facteurs de risques importants (Rabiee et al., 2016 ; Hopkins et al., 2012 ; Bienvenu et al., 2012 ; Parker, Sricharoenchai, Raparla, Schneck, Bienvenu & Needham, 2015). De plus, certaines études se sont penchées sur l'influence du stress physiologique de la maladie grave dans le développement de la dépression. En effet, ce stress serait responsable des réponses inflammatoires et neuroendocrines, qui auraient un impact neuropsychologique (Spencer-Segal, Hyzy, Iwashyna & Standiford, 2017). En sachant que la dépression se traduit biologiquement par la sécrétion de cytokines inflammatoires⁵, la maladie grave pourrait influencer l'apparition d'un trouble dépressif, à travers toutes les actions inflammatoires qu'elle génère (Bennabi & Haffen, 2015 ; Ownby et al., 2006). Cette « théorie inflammatoire » de la

⁵ Les cytokines, protéines synthétisées par différentes cellules de l'organisme, sont produites lors d'une réponse inflammatoire afin d'activer les cellules immunitaires (Bennabi & Haffen, 2015).

dépression est à prendre avec prudence puisque comme son nom l'indique il s'agit toujours d'une théorie et de données expérimentales présentées dans la revue de littérature de Bennabi et Haffen en 2015.

Enfin, les symptômes dépressifs sont notamment corrélés avec une anxiété élevée, le trouble de stress post-traumatique, ainsi qu'une moins bonne qualité de vie (Rabiee et al., 2016). Cependant, la gravité de la maladie et la durée du séjour en USI ou à l'hôpital ne sont pas associés à des symptômes dépressifs (Rabiee et al. 2016). De plus, l'utilisation de benzodiazépine et la durée de la sédation ne sont également pas associées aux symptômes dépressifs (Rabiee et al. 2016). Cependant, des études portant sur des patients survivants de syndrome de détresse respiratoire aiguë ont démontré que la durée de séjour aux soins intensifs, la durée de la ventilation mécanique et la sédation pouvaient constituer des facteurs de risques des troubles psychologiques (Davydow et al., 2008, Bienvenu et al., 2013).

2.3.2. Anxiété

2.3.2.1. Définition et prévalences

Les troubles anxieux sont composés d'un ensemble de troubles psychologiques qui sont principalement caractérisés par une anxiété excessive, un sentiment de peur, des inquiétudes et comportements d'évitement concernant divers événements ou activités (American Psychiatric Association, 2013). Parmi ces différents troubles, on retrouve dans le DSM-V la phobie spécifique, le trouble d'anxiété généralisée, le trouble panique avec ou sans agoraphobie et le trouble d'anxiété sociale (phobie sociale) (American Psychiatric Association, 2013). L'anxiété est expérimentée de manière générale par tous et dans des contextes qui génèrent du stress. Ressentir de l'anxiété est donc une réaction normale qui se dissipe plus ou moins rapidement selon les individus. Dans le cas d'une anxiété excessive ou d'un trouble anxieux, des symptômes cognitifs, physiques ou physiologiques et comportementaux importants, intenses et persistants vont entraver le bon fonctionnement et les différentes sphères de la vie d'une personne (socio-affective, professionnelle, etc.). De manière générale, les troubles anxieux apparaissent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (American Psychiatric Association, 2013).

L'anxiété représente l'affection psychologique la plus fréquente des troubles de santé mentale. Environ une personne sur dix souffre de troubles anxieux dans la population générale

(10-15%) et entre 20% et 30% chez les adolescents et jeunes adultes. Ce pourcentage atteint 21% pour la prévalence sur la vie entière (18 à 65 ans). Selon l'enquête de santé Sciensano réalisée en 2018, 11,2% de la population belge souffrirait de troubles anxieux. Cette prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes avec respectivement 14,2% et 7,9%.

Concernant la prévalence de l'anxiété chez les patients post-soins intensifs, la méta-analyse, comprenant 27 études, réalisée par Nikayin et al., (2016) révèle une grande variabilité des chiffres entre les différentes études, allant de 5% à 73%. Cependant, la majorité des études rapportent qu'au moins un tiers des patients sortant des soins intensifs présentent des symptômes anxieux durant la première année suivant l'événement. Dans une étude plus récente, les auteurs démontrent qu'environ 33% des patients post-soins intensifs présentent de l'anxiété (Hatch et al., 2020).

2.3.2.2. *Facteurs de risques*

Divers facteurs de risques inhérents aux conditions de la prise en charge du patient au sein de l'hôpital, mais aussi et surtout en lien avec le patient lui-même, peuvent influencer, voire précipiter des symptômes anxieux après la sortie des soins intensifs.

Les patients ayant expérimenté des symptômes d'allure psychiatrique durant leur hospitalisation en USI, tels que des réactions de stress, une anxiété à la sortie ou encore des cauchemars source de stress et une peur intense, sont corrélés avec des symptômes anxieux post-soins intensifs (Nykayin et al., 2016).

De plus, Wade, Hardy, Howell, et Mythen (2013) ont démontré que les expériences de délirium pouvaient constituer un facteur de risque important dans l'apparition de symptômes anxieux post-soins intensifs. D'autres études ont rapporté une association entre des symptômes d'anxiété et les souvenirs d'expériences délirantes des patients gravement malades durant leur séjour en USI (Nykayin et al., 2016).

En outre, des études supplémentaires (Nikayin et al., 2016), portant sur les facteurs de risques de l'anxiété post-soins intensifs, n'ont pas pu démontrer de corrélation entre l'anxiété et l'âge ni entre l'anxiété et le genre. De plus, le diagnostic d'admission en USI, la sévérité de la pathologie ou encore la durée d'hospitalisation, n'ont pu être associés avec des symptômes d'anxiété dans toutes les études (Nikayin et al., 2016).

2.3.3. Trouble de stress post-traumatique

2.3.3.1. Définition et prévalences

Le trouble/syndrome de stress post-traumatique (TSPT) ou le « Posttraumatic stress disorder » en anglais, est un trouble psychiatrique qui peut survenir chez des individus qui ont fait l'expérience ou qui ont été témoins d'un événement traumatisant, au cours duquel ils ont été eux-mêmes et/ou d'autres personnes confrontés à la mort, atteints dans leur intégrité physique, menacés ou blessés. Parmi ces événements potentiellement traumatisants, on retrouve notamment des catastrophes naturelles, des accidents graves, des actes terroristes, des événements de guerre, de viols, de violences, etc. (American Psychiatric Association, 2013 ; Rigny et al., 2019). Le TSPT est marqué par une ré-expérience persistante de l'événement traumatique à travers des pensées et souvenirs pénibles de l'événement, des cauchemars ou encore des flashbacks. De plus, les personnes souffrant de TSPT présentent des comportements d'évitement des stimuli associés à l'événement traumatisant. Elles peuvent ainsi éviter des situations ou même des personnes qui leur rappellent le traumatisme. Elles peuvent notamment présenter des émotions négatives telles que la tristesse, la peur ou la colère ou encore se sentir détachées ou étrangères aux autres personnes. En outre, un émoussement de la réactivité générale et un état d'hyperactivité neurovégétative peuvent être présents, se manifestant par des troubles du sommeil, de l'agitation, des sursauts ou encore des difficultés de concentration (American Psychiatric Association, 2013).

La présence de symptômes durant le premier mois après le traumatisme sera reprise sous l'appellation de trouble de stress aigu et non de TSPT. En effet, le trouble de stress aigu est défini par la présence de plusieurs symptômes parmi ceux du TSPT, incluant une éventuelle dissociation péri-traumatique, dans le premier mois après le traumatisme et qui seront la plupart du temps résolus après quelques semaines (American Psychiatric Association, 2013). Si ces symptômes sont persistants et se prolongent au-delà, le diagnostic de TSPT peut être posé. De manière générale les symptômes de TSPT apparaissent environ trois mois après l'événement traumatique, mais ceux-ci peuvent aussi se développer après une longue période latente (Rousseau et al., 2021).

La prévalence du TSPT sur 12 mois dans la population générale, serait d'environ 3,6% aux Etats-Unis et de 1,1% en Europe (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, & Walters, 2005 ; Darves-Bornoz et al., 2008). Les femmes présentent un risque accru de développer un TSPT après avoir, par exemple, été exposées à des catastrophes d'origine humaine ou

technologique (Neria, Nandi & Galea, 2008). Plusieurs études ont démontré que l'exposition à un traumatisme et le TSPT chez les jeunes sont relativement répandus. En effet, entre 15 et 82,5% des jeunes expérimentent un événement traumatique, environ 1,3 à 8,1% présenteront un TSPT au cours de leur vie et entre 0,6 et 3,9% présentent un TSPT sur une période de 12 mois (Breslau, 2004 ; Breslau, Lucia & Alvarado, 2006 ; Copeland, Keeler, Anglord & Costello, 2007 ; Cuffe et al., 1998 ; Giaconia Reinherz, Silverman, Pakiz, Frost, & Cohen, 1995 ; Landolt, Schnyder, Maier, Schoenbucher, & Mohler-Kuo, 2013). Ces chiffres varient fortement en fonction des études, à travers les méthodes d'évaluation, les échantillons pris en compte et autres.

En ce qui concerne la prévalence du TSPT chez les patients sortant des soins intensifs, les pourcentages augmentent considérablement par rapport à la population générale. En effet, environ 19%, soit un patient sur cinq sorti des soins intensifs souffrirait de TSPT, avec des symptômes persistants 12 mois après l'hospitalisation (Hatch et al., 2020). Cependant, ce chiffre varie en fonction des études de 4 à 62%. Majoritairement, les études (48) de la méta-analyse réalisée par Righy et al. en 2019 révèlent une prévalence aux alentours de 19-20%. Cette variabilité semble dépendre principalement de la méthodologie mobilisée dans les différentes études, telle que le moment de l'évaluation, le type d'instrument utilisé ou encore la population étudiée (Righy et al., 2019). Plusieurs études (8) ont, par exemple, mesuré la prévalence des symptômes associés au TSPT trois mois après la sortie des soins intensifs et ont donné une estimation de prévalence regroupée d'environ 25,69% (Righy et al., 2019).

2.3.3.2. Facteurs de risques

Divers facteurs de risques associés aux admissions aux soins intensifs entraînent des taux plus élevés de TSPT. En plus d'être gravement malades et de présenter une peur de mourir accrue, les patients des USI sont exposés à un bruit constant, à de la lumière, à des contrôles médicaux fréquents, à des douleurs, à des troubles du sommeil, à l'incapacité de se mouvoir, etc. Tous ces facteurs exposent aussi les patients à un risque de développer des épisodes de délirium. Ainsi, l'état physiologique et l'environnement des USI augmentent le risque de développer un TSPT (Murray et al., 2020).

La plupart des recherches sur les facteurs de risque du TSPT post-soins intensifs se sont concentrées sur les données démographiques et les variables médicales des patients. Ainsi, la méta-analyse, comprenant 40 articles et menée par Parker et al. en 2015 démontre que l'âge et

le sexe ne sont pas associés aux symptômes de TSPT. Cependant, d'autres études ont rapporté que le jeune âge et le sexe féminin peuvent constituer des facteurs de risques potentiels (Asimakopoulou & Madianos, 2014 ; Proffitt & Menzies, 2019). De plus, en ce qui concerne les variables plutôt médicales, l'administration de certains types de médicaments, telles que les benzodiazépines et les opiacés, est particulièrement associée au développement d'un TSPT, probablement dû au rôle de ces substances dans les épisodes de délirium (Murray et al., 2020).

Ensuite, plusieurs études ont démontré que le nombre d'événements médicaux traumatiques qui peuvent apparaître aux soins intensifs n'est pas un élément prédictif du TSPT, mais bien les expériences de peur et de stress qui y sont associées (Wade et al., 2013). Par exemple, ces événements peuvent inclure la peur de mourir, les mauvaises nouvelles, la peur d'événements futurs tels qu'imaginer ses propres funérailles, les procédures médicales invasives, voir, entendre ou apprendre la mort d'autres patients, les hallucinations causées par les épisodes de délirium, la douleur ou encore une combinaison de ces événements (Murray et al., 2020). Les souvenirs d'expériences effrayantes en USI, telles que les hallucinations, les délires paranoïaques ou encore les cauchemars sont associés aux symptômes de TSPT dans la plupart des études menées (Parker et al., 2015). Les troubles psychologiques tels que la dépression, l'anxiété ou encore l'abus de substances sont aussi associés aux symptômes de TSPT (Parker et al., 2015).

En outre, il semble probable que les effets de l'environnement des soins intensifs aient un réel impact sur le traitement de l'information en mémoire chez les patients. La combinaison d'une forte médication, d'un sommeil interrompu et partiel et des niveaux variables de conscience peuvent entraîner des souvenirs très désorganisés dominés par une difficulté à intégrer en mémoire les souvenirs et informations sensorielles mais aussi autobiographiques (Murray et al., 2020). D'autres études ont notamment démontré que les patients qui avaient vécu des épisodes délirants, qui étaient moins conscients de leur environnement ou encore qui présentaient un faible sens de la cohérence étaient plus susceptibles de développer un TSPT après leur hospitalisation (Kiekkas, Theodorakopoulou, Spyrtos, & Baltopoulos, 2010 ; Elliott, McKinley, Fien & Elliott, 2016 ; Valsø et al., 2020). Cependant, des études ayant préalablement démontré le caractère protecteur de la présence de souvenirs factuels pour contrer le TSPT, ont suggéré que malgré l'aspect désagréable de ces souvenirs, ceux-ci aident tout de même les patients à mieux contextualiser leurs expériences et à ajouter de la cohérence et du sens à ce qu'il se passe (Jones et al., 2001).

Par ailleurs, la sévérité de la maladie et la durée d'hospitalisation en USI ne sont pas significativement corrélées avec des symptômes de TSPT dans la plupart des études menées (Parker et al., 2015). De plus, le diagnostic lors de l'admission aux soins intensifs n'est pas associé aux symptômes de TSPT, tout comme la ventilation mécanique ou la durée de la mise sous ventilation mécanique (Parker et al., 2015).

Enfin, certaines études ont démontré que les patients présentant des problèmes psychologiques préexistants sont susceptibles de souffrir d'épisodes de délirium durant leur hospitalisation (Jones et al., 2001) et de développer un TSPT par la suite (Davydow et al., 2008 ; Wade et al., 2012).

2.5. Corrélations troubles cognitifs, atteintes physiques et conséquences psychologiques

Afin de mieux comprendre le syndrome post-soins intensifs, plusieurs études ont vu le jour afin d'explorer les relations qui peuvent exister entre les diverses variables constitutives du syndrome, c'est-à-dire cognitives, physiques et psychologiques (dépression, anxiété et stress post-traumatique). Selon la méta-analyse, portant sur 13 études, de Proffitt et Menzies (2019), l'amélioration de la compréhension des relations entre ces symptômes pourrait faciliter l'élaboration de stratégies de prévention, de directives de dépistage et de modalités de traitements. Les principales corrélations retrouvées dans la littérature, qui se concentre principalement sur les liens avec les aspects psychologiques, sont présentes entre les séquelles physiques et les conséquences psychologiques, les troubles cognitifs et les conséquences psychologiques, et les différentes conséquences psychologiques entre elles (Proffitt & Menzies, 2019).

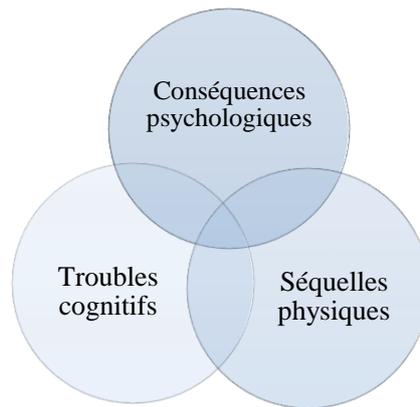


Figure 4 - Composantes corrélées dans le syndrome post-soins intensifs.

2.5.1. Séquelles physiques et symptômes psychologiques

Diverses études portant sur les relations entre une atteinte physique et des séquelles psychologiques ont été menées sur des populations de patients post-soins intensifs. La plupart d'entre-elles ont démontré des liens significatifs entre ces deux variables.

Bienvenu et al. (2015) ont évalué les symptômes de dépression, de stress post-traumatique et d'anxiété ainsi que les déficiences physiques chez des patients ayant survécu à un syndrome de détresse respiratoire lors de leur hospitalisation en USI. Cinquante-six pourcents des participants présentaient des symptômes d'anxiété, 46% des symptômes dépressifs et enfin 35% des symptômes de stress post-traumatique lors de leur suivi post-soins intensifs (Bienvenu et al., 2015). L'anxiété et les symptômes dépressifs, l'anxiété et les symptômes de stress post-traumatique et enfin les symptômes de dépression et de stress post-traumatique sont significativement corrélés aux divers moments d'évaluation (trois, six, 12 et 24 mois). De plus, l'amélioration de la condition physique à 24 mois est significativement corrélée avec la rémission des symptômes anxieux et des symptômes de stress post-traumatique, mais pas de dépression (Bienvenu et al., 2015).

Dans une autre étude s'intéressant aux symptômes d'anxiété, à la déficience physique et à la qualité de vie, les auteurs ont démontré qu'après trois mois post-soins intensifs, environ 38% des patients présentaient des symptômes anxieux (Stevenson et al., 2013).

Bienvenu et d'autres chercheurs avaient déjà examiné en 2012 les symptômes dépressifs et la déficience physique chez les patients survivants d'un syndrome de détresse respiratoire à différents moments. L'étude a révélé que 14 à 22% des participants présentaient des symptômes dépressifs et une déficience physique lors de chaque évaluation et que ces deux variables étaient

significativement corrélées entre elles à chaque suivi (trois mois, six mois et 24 mois) (Bienvenu et al., 2012).

Enfin, dans une étude transversale menée par Van der Schaaf et al. en 2009, les auteurs ont analysé la déficience physique, les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique, ainsi que la qualité de vie chez les survivants des soins intensifs un an après leur sortie. Vingt-deux pourcents des participants présentaient un dysfonctionnement physique léger, tandis que 32% présentaient un dysfonctionnement physique grave. Chez 14% des participants, des symptômes d'anxiété et de dépression ont été signalés, tandis que 32% des participants présentaient des symptômes de stress post-traumatique. En ce qui concerne les symptômes de dépression et de stress post-traumatique, l'étude a rapporté que ces deux variables étaient significativement associées à un mauvais état physique (Van der Schaaf et al., 2009).

2.5.2. Troubles cognitifs et symptômes psychologiques

Plusieurs études ont démontré des liens significatifs entre les troubles cognitifs et les conséquences psychologiques (Proffitt & Menzies, 2019). Les quelques études suivantes en sont des exemples.

En 2017, Duggan et al. ont réalisé une étude de cohorte prospective chez des survivants des USI. Ces auteurs ont cherché à savoir si un dysfonctionnement exécutif, trois mois après la sortie des soins intensifs, était associé à des symptômes dépressifs et/ou à la qualité de vie des patients 12 mois après la sortie des soins intensifs. Environ trois mois après la sortie des soins intensifs, 26% des participants présentaient un dysfonctionnement exécutif perçu par les patients. Douze mois après la sortie des soins intensifs, 31% des participants présentaient des symptômes dépressifs. Cette perception d'un dysfonctionnement cognitif du patient a été significativement associée à des scores plus élevés de dépression à 12 mois (Duggan et al., 2017).

Une autre étude de cohorte multicentrique, portant sur des survivants d'un syndrome de détresse respiratoire, a examiné les relations entre les fonctions cognitives, la dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique ainsi que la qualité de vie, 12 mois après la sortie des soins intensifs (Mikkelsen et al., 2012). Des troubles cognitifs ont été mesurés objectivement chez 55% des participants. Environ 36% des participants présentaient des symptômes de dépression modérée à sévère, tandis que des symptômes d'anxiété modérée à sévère ont été rapportés chez

62% des participants. En outre, 39% des participants faisaient état d'un stress post-traumatique. De plus, 42% des participants présentaient des symptômes significatifs dans au moins deux de ces domaines (dépression et anxiété) ou dans plusieurs de ces domaines (dépression, anxiété et stress post-traumatique). Enfin, les déficits cognitifs sont associés de manière significative aux symptômes d'anxiété mais pas de dépression ni de stress post-traumatique (Mikkelsen et al., 2012).

En 2010, Hopkins et al. ont réalisé une étude de cohorte prospective afin d'évaluer les facteurs de risques, y compris les troubles cognitifs, pour les symptômes de dépression et d'anxiété un an et deux ans après la sortie des soins intensifs chez les survivants d'un syndrome de détresse respiratoire. Ces auteurs ont rapporté que 16% des participants, un an après la sortie des soins intensifs, et 23%, deux ans après, présentaient des symptômes dépressifs modérés à sévère tandis que 23% d'entre eux présentaient des symptômes d'anxiété modérée à sévère, deux ans après. En outre, 46% des participants présentaient des troubles cognitifs, un an après et 47%, deux ans après. Les troubles cognitifs se sont avérés être des prédicteurs significatifs de deux ans après la sortie des soins intensifs (Hopkins et al, 2010).

Enfin, dans une étude transversale menée par téléphone en 2009, Mikkelsen et al. ont évalué l'association entre un dysfonctionnement cognitif, des symptômes de dépression et d'anxiété et la qualité de vie chez des survivants de syndrome de détresse respiratoire aiguë, un mois à 20 ans après la sortie de l'hôpital. Les auteurs de cette étude ont démontré une association significative entre les troubles cognitifs et l'anxiété, mais pas entre les troubles cognitifs et la dépression (Mikkelsen et al., 2009).

2.5.3. Conséquences psychologiques

Enfin, certaines études ont examiné les relations entre les diverses conséquences psychologiques et ont permis de démontrer des corrélations significatives entre les divers symptômes psychologiques.

En 2016, Elliot et al. ont examiné les facteurs associés aux symptômes de stress post-traumatique six mois après la sortie des soins intensifs, incluant les symptômes de dépression et d'anxiété. Environ 13,5% des participants présentaient des symptômes de stress post-traumatique, tandis que 30% et 23% présentaient, respectivement, des symptômes de dépression et d'anxiété. Les auteurs ont rapporté que l'augmentation des symptômes de stress

post-traumatique étaient significativement corrélés avec les symptômes de dépression, mais pas d'anxiété (Elliot et al., 2016).

Aussi en 2016, Huang et al. ont analysé les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique chez des survivants d'un syndrome de détresse respiratoire, sortis des soins intensifs après six mois et après 12 mois. Les auteurs ont rapporté que des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatiques étaient, respectivement, présents chez 36%, 42% et 24% des participants. Les symptômes de dépression et d'anxiété, d'anxiété et de stress post-traumatique et de dépression et de stress post-traumatique, ont été rapportés comme étant significativement corrélés à la fois à six mois et à 12 mois après la sortie de l'hôpital (Huang et al., 2016).

Enfin, deux autres études menées en 2013 et en 2014, ont rapporté une association significative entre des symptômes dépressifs et des symptômes de stress post-traumatique 18 à 24 mois après la sortie des soins intensifs (Paparrigopoulos, Melissaki, Tzavellas, Karaiskos, Ilias, & Kokras, 2014). Les auteurs ont également révélé une association significative entre des symptômes d'anxiété et des symptômes de dépression un an et cinq ans après la sortie des soins intensifs (Kowalczyk, Nestorowicz, Fijałkowska, & Kwiatosz-Muc, 2013).

2.6. Impact qualité de vie

L'OMS (1994) a défini la qualité de vie de la manière suivante : « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » (OMS, 1994). Nonobstant le fait que ce concept soit large et complexe, il existe tout de même un consensus concernant les principaux aspects à prendre en considération :

- **L'aspect subjectif** qui se réfère à la perception que se fait une personne du concept de qualité de vie ;
- **L'aspect multidimensionnel** (somatique et physique, psychologique et social) ;

- **L'aspect flexible et dynamique** car ce concept de qualité de vie est sensible aux différents changements, notamment en fonction de l'âge ou des facteurs environnementaux (Nader-Grosbois, 2009).

En ce qui concerne les éléments de l'aspect plutôt multidimensionnel de ce concept, la santé mentale représente un élément clé de la qualité de vie liée à la santé. En effet, plusieurs études ont démontré que les survivants d'une maladie grave présentent une qualité de vie inférieure à celle de la population générale à la suite d'une hospitalisation en USI (Oyne et al., 2010). Ces différentes études se sont notamment intéressées à des populations spécifiques telles que les patients âgés, les patients souffrant d'un syndrome de détresse respiratoire aigüe ou encore de sepsis. Il s'agit de populations dans lesquelles une altération significative de la qualité de vie a été rapportée.

En outre, les diverses études (40), reprises dans la méta-analyse menée par Righy et al. (2019), démontrent que des troubles psychiatriques tels que l'anxiété, la dépression ou encore un trouble de stress post-traumatique ont un très fort impact sur la qualité de vie à long terme des patients sortis des soins intensifs, des mois, voire des années après (Righy et al., 2019).

Cuthbertson et al. ont, par exemple, en 2010, mené une étude dans le but d'examiner la qualité de vie de plusieurs centaines de patients survivant des soins intensifs à divers moments. Ils ont évalué la qualité de vie des patients avant leur hospitalisation, à trois mois, puis à six mois, à 12 mois, après deux ans et demi et enfin après cinq ans. Les auteurs ont rapporté une diminution significative de la qualité de vie des patients durant toute la durée du suivi.

2.7. Interventions

Il existe aujourd'hui très peu d'interventions permettant de prévenir les risques de développement de syndrome post-soins intensifs et plus particulièrement les conséquences de types psychologiques. Cependant, un type d'intervention bien particulier a prouvé son efficacité. Ce sont les « ICU diaries » ou les journaux de bords des soins intensifs en français (McIlroy, King, Garrouste-Orgeas, Tabah & Ramanan, 2019).

Ces journaux sont un type d'intervention qui peut venir en aide aux survivants des soins intensifs et à leurs familles, ainsi qu'aux soignants, durant le rétablissement après une maladie grave. Ces journaux sont conservés au chevet du patient durant toute son hospitalisation et

servent à y inscrire toutes les étapes de cette hospitalisation. Ainsi, diverses informations y sont mentionnées telles que l'admission en soins intensifs et les événements qui y ont conduit, l'état quotidien du patient, les procédures ou traitements quotidiens ou encore les visiteurs. Ces journaux sont généralement rédigés par le personnel hospitalier mais peuvent également inclure des notes des proches du patient et parfois des photos. En ce qui concerne la rédaction, l'accent est mis sur l'utilisation d'un langage simple, familier et quotidien plutôt que sur un jargon technique ou médical, étant donné que ces journaux sont principalement destinés aux patients (Aitken, Rattray, Hull, Kenardy, Le Brocque & Ullman, 2013). L'objectif premier de ces journaux est généralement de fournir aux patients un récit clair et précis des événements qui se sont déroulés durant leur hospitalisation (McILroy et al., 2019).

L'hypothèse de base est que l'utilisation de ces journaux pourrait venir en aide aux survivants des soins intensifs pour combler les lacunes de leur mémoire (Ewens, Chapman, Tulloch & Hendricks, 2014), accepter leur maladie et diminuer l'impact des événements imaginaires ou des expériences hallucinatoires. Par conséquent, l'emploi de ces journaux pourraient influencer sur le développement des séquelles psychologiques, constitutives du syndrome de soins intensifs (Ullman et al., 2015 ; McILroy et al., 2019).

En 2019, McILroy et al. ont réalisé une méta-analyse comprenant huit études, afin de mettre en évidence les effets bénéfiques des journaux de bord de soins intensifs sur les conséquences psychologiques et la qualité de vie des survivants de maladies graves et de leurs proches. En ce qui concerne le TSPT, plusieurs études se contredisent. Certaines rapportent une réduction significative des troubles de stress post-traumatique chez les patients ayant reçu un journal de bord. D'autres études, quant à elles, ne constatent aucune réduction significative du trouble et certaines rapportent même une augmentation de celui-ci. Cependant, ces études semblent présenter un nombre de biais relativement élevé. Par exemple, certaines de ces études n'ont pas pris en compte certains éléments tels que la durée de séjour et d'intubation significativement plus longues dans le groupe expérimental comparé au groupe contrôle (McILroy et al., 2019).

Ensuite, diverses études se sont intéressées aux symptômes d'anxiété et de dépression (McILroy et al., 2019). Les auteurs de ces différentes études ont, pour la plupart, rapporté une diminution significative, à la fois de l'anxiété et de la dépression chez les patients ayant eu accès à un journal de bord.

Enfin, toujours au sein de cette méta-analyse, des études se sont penchées sur l'impact des journaux de bord sur la qualité de vie des survivants des soins intensifs. Deux d'entre-elles ont rapporté une amélioration significative de la qualité de vie jusqu'à trois ans après l'intervention. Une autre étude portant sur les patients, ayant vécu une expérience de délirium et ayant reçu un journal de bord, a démontré une amélioration significative de la santé générale de ces patients.

En conclusion, les journaux de bord en soins intensifs peuvent réduire significativement les symptômes d'anxiété et de dépression et améliorer la qualité de vie des survivants des soins intensifs. Cette intervention semble efficace même si son intérêt n'a pas encore été réellement démontré en ce qui concerne le trouble de stress post-traumatique (McILroy et al., 2019).

CHAPITRE 3 : L'APPROCHE CATEGORIELLE ET DIMENSIONNELLE

Dans le domaine de la psychologie et du diagnostic des troubles psychiatriques plus particulièrement, diverses approches coexistent et s'opposent. Les plus répandues sont l'approche catégorielle et l'approche dimensionnelle. Ces deux approches, que tout semble opposer d'un point de vue méthodologique, constituent depuis plusieurs années déjà un réel enjeu pour la psychologie clinique et la psychiatrie (Widakowich, Van Wettere, Jurysta, Linkowski & Hubain, 2013). Ces deux approches ainsi que leurs intérêts seront, dans un premier temps, développés dans ce chapitre. Dans un deuxième temps, et dans la continuité de l'approche dimensionnelle, un point sera fait sur les différents processus transdiagnostiques potentiellement perturbés faisant suite à une hospitalisation en soins intensifs.

3.1. Approche catégorielle

L'approche catégorielle est une méthode qui s'attèle à décrire tous procédés et toutes démarches classificatoires (Widakowich et al., 2013). Selon cette approche, des catégories spécifiques avec des propriétés bien définies sont établies. Ainsi, l'objectif est de déterminer la présence ou l'absence de l'une ou l'autre catégorie.

En 2010, Simonsen a détaillé de manière exhaustive les avantages de cette approche. Tout d'abord, les méthodes de classification et les concepts catégoriels sont des éléments familiers et bien connus des cliniciens. De plus, ce système de diagnostic en fonction de catégories permet une réflexion autour de la causalité, de l'évolution, de la représentation clinique d'une pathologie mais aussi des traitements à envisager par exemple. Enfin, le fait de parler et de traiter de catégories diagnostiques rend la communication et le transfert des informations beaucoup plus aisé entre les professionnels. Par conséquent, ces facilités permettent notamment de se positionner rapidement lorsqu'il s'agit de prendre des décisions thérapeutiques ;

Dans les paragraphes qui suivent, les principaux troubles psychologiques rapportés par la littérature sur le sujet seront définis selon l'approche catégorielle. En guise d'exemple, les critères diagnostiques de la dépression seront exposés et ensuite des définitions de l'anxiété et du TSPT, toujours selon cette même approche, seront présentées. Cet exposé de ces troubles psychologiques à travers une vision catégorielle permettra d'illustrer le contraste qui existe avec une approche plus dimensionnelle de ces difficultés. Ainsi, c'est dans cette vision plus moderne

que des processus, sous-jacents à ces catégories de troubles psychologiques pour la plupart, seront développés par après.

3.1.1. Dépression

Si l'on prend en guise d'exemple le DSM-5, livre de référence dans l'approche catégorielle, l'épisode dépressif sera décrit selon les critères diagnostiques suivants (American Psychiatric Association, 2013). D'autres ouvrages de référence existent tels que le CIM-11, mais dans un esprit plus succinct, nous exposerons uniquement les critères du DSM.

Tout d'abord, au moins cinq des symptômes qui vont suivre doivent avoir été présents pour une durée minimum de deux semaines, de manière relativement constante. Un changement par rapport au fonctionnement habituel doit être présent, ainsi qu'une souffrance significative pour le patient. De plus, au minimum un de ces symptômes doit être, **soit (1) une humeur dépressive, soit (2) la présence d'une perte d'intérêt ou de plaisir**. Les autres symptômes sont :

(3) Une perte ou un gain de poids significatif (5%) sans l'intervention d'un régime quelconque ou une diminution ou une augmentation de l'appétit.

(4) Des insomnies ou des hypersomnies presque tous les jours.

(5) Une agitation ou un ralentissement psychomoteur presque tous les jours.

(6) Une fatigue importante ou une perte d'énergie.

(7) Un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être d'aspect délirant) presque tous les jours (et pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Une diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou encore une indécision presque tous les jours (signalées par le sujet ou observées par les pairs).

(9) Des pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), des idées suicidaires récurrentes avec ou sans plan précis pour se suicider ou une ou des tentative(s) de suicide.

De plus, ces symptômes doivent induire une souffrance cliniquement significative pour le sujet ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans tout autre domaine de vie important.

En outre, ces symptômes ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale. Ils ne sont aussi pas mieux expliqués par un trouble schizo-affectif, un trouble schizophréniforme ou une schizophrénie, un trouble délirant, ou une autre forme de trouble psychotique. Aussi, le patient n'a jamais présenté d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

3.1.2. Anxiété

L'anxiété dans le DSM-5 est reprise plus généralement dans le diagnostic des troubles anxieux et comprend plusieurs troubles (American Psychiatric Association, 2013) :

- Trouble panique ;
- Agoraphobie ;
- Phobie spécifique ;
- Trouble d'anxiété sociale ;
- Trouble d'anxiété généralisée ;
- Trouble d'anxiété de séparation ;
- Mutisme sélectif ;
- Trouble d'anxiété induit par une substance ou un médicament ;
- Trouble d'anxiété dû à une autre affection médicale.

Les troubles anxieux sont caractérisés par une anxiété disproportionnée ou persistante, entraînant une souffrance subjective permanente et/ou entravant le fonctionnement de la vie quotidienne.

3.1.3. Trouble de stress post-traumatique

Toujours selon le DSM-5, le TSPT est défini selon plusieurs critères. Le lecteur trouvera en annexe la liste complète des critères diagnostiques pour ce trouble (Annexe 1). Le trouble de stress post-traumatique se caractérise par le fait d'avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, ou à une blessure grave de manière répétée ou extrême. Il faut que des symptômes d'intrusion, tels que des souvenirs répétitifs de l'événement, soient présents. De plus, la présence d'évitement ou encore des altérations des cognitions et de l'humeur peuvent se manifester (American Psychiatric Association, 2013).

3.2. Critique de l'approche catégorielle

Toujours dans son article publié en 2010, Simonsen évoque les différents désavantages à l'approche catégorielle. Il rend, d'abord, compte du fait que les cliniciens, de par la connaissance de leurs patients, présentent plus de difficultés à les classer dans des catégories diagnostiques. En effet, la présence de nombreux cas cliniques atypiques rentre en confrontation

avec l'usage de catégories. Ce problème vient par, exemple, se heurter à la grande quantité de diagnostics de troubles dépressifs majeurs ou encore de troubles de la personnalité non spécifiés. De plus, Simonsen avance notamment l'argument qu'une partie des cliniciens adhèrent peut-être trop aux critères diagnostiques, en souhaitant faire coller la réalité clinique à la théorie à tout prix. Il faudrait ajuster la réalité clinique aux catégories diagnostiques, car *in fine* ce concept diagnostique devient plus réel que les observations cliniques en elles-mêmes (Widakowich et al., 2013).

En ce qui concerne le trouble dépressif majeur, des manuels tels que le DSM-5, comme nous l'avons vu plus haut, prennent en compte une grande quantité de critères pour décrire le trouble. Ces critères, une fois additionnés, permettent via un score seuil de déterminer la présence ou l'absence du trouble. Ainsi, cette méthode d'évaluation binaire d'un trouble laisse supposer que les patients atteints de cette pathologie présentent tous la même condition. Les spécificités de chacun sont alors effacées au profit d'une analyse quantitative du nombre de symptômes présents (Pigott et al., 2010). En 2016, un autre auteur, Van der Linden, s'est penché sur les désavantages de l'approche catégorielle. Il évoque une conception essentialiste des troubles mentaux à travers une catégorisation diagnostique stricte de ces troubles. Cette approche stipule que toutes les personnes atteintes d'un même trouble sont soumises à une essence commune. Cette approche catégorielle ne rend donc pas compte de la variabilité interindividuelle présente dans une même pathologie chez différents sujets. L'existence des causes et conséquences, des comorbidités ou encore des relations entre ces différents éléments inhérents à un trouble en particulier ne sont pas pris en compte (Widakowich et al., 2013).

Enfin, Van der Linden avance un dernier élément dans sa critique de l'approche catégorielle. Il évoque le fait que cette approche amène à une « sur-pathologisation » de la population. De plus en plus précocement dans la vie des sujets, des étiquettes sont posées afin d'évoquer leurs difficultés psychologiques. De plus en plus de patients sont définis uniquement par une maladie mentale en dépit de toutes les autres caractéristiques qui les définissent.

3.3. Approche dimensionnelle

De manière opposée à l'approche catégorielle définie ci-dessus, l'approche dimensionnelle se concentre sur l'évaluation et la mesure des différences quantitatives au sein d'un même substrat, en tentant de nuancer les symptômes via divers degrés d'intensité (Widakowich et al.,

2013). Cette approche situe les difficultés psychologiques sur un continuum allant du « normal » au pathologique, plutôt qu'à travers l'établissement de catégories. Elle postule donc une approche plus hétérogène des troubles psychologiques.

Pour Simonsen (2010) le principal avantage de cette approche est la facilité avec laquelle les différences entre les individus peuvent être explorées et délimitées. Étant donné que chaque individu est représenté par un profil qui lui est caractéristique, avec ses variations quantitatives distinctes et ses différentes graduations sur le continuum du normal au pathologique, des scores *cut-off* stricts ne sont plus nécessaires. Ainsi, cette approche permet d'établir des diagnostics grâce à des symptômes non spécifiques, qui peuvent être étendus plus largement dans la population. Dans la pratique clinique, le praticien sera alors dans la mesure d'évaluer le développement d'un trouble, sans pour autant devoir tirer des conclusions prématurées.

Le point suivant permettra d'illustrer les processus transdiagnostiques qui peuvent être impactés suite à une hospitalisation en USI. Ces processus sont dit transdiagnostiques car différents troubles diagnostiques tels que la dépression, les troubles anxieux ou encore le TSPT peuvent être sous-tendus par des processus psychologiques similaires (Nef, Philipot & Verhofstadt, 2012). C'est dans cette approche que nous tentons de dépasser la vision catégorielle des difficultés psychologiques.

3.4. Processus psychologiques

Si l'on s'intéresse à une approche plus moderne, plus dimensionnelle de l'évaluation des conséquences psychologiques d'une hospitalisation en USI et du syndrome post-soins intensifs, plusieurs processus, sous-jacents pour la plupart aux grandes catégories diagnostiques, peuvent être discutés. En effet, une approche plus processuelle des troubles psychologiques et une conceptualisation plus spécifique des cas cliniques permettraient d'ouvrir le champ des possibles sur la vision du syndrome post-soins intensifs. Étant donné que la littérature scientifique ne fait, à notre connaissance, pas réellement état d'évaluations de processus psychologiques plus spécifiques, c'est d'une manière relativement exploratoire que nous discutons, dans le cadre de ce travail, des processus suivants : la fatigabilité, la régulation des émotions, le niveau d'inquiétude, l'intolérance à l'incertitude, et enfin les expériences de dépersonnalisation. La prise en compte de ces processus, étant des sous-dimensions plus spécifiques des grandes catégories de troubles comme celles évoquées plus haut, permettrait

non seulement une évaluation psychologique plus exhaustive mais aussi une meilleure prise en charge des patients post-soins intensifs.

3.4.1. Régulation émotionnelle

En 2002, Gross a défini les capacités de régulation émotionnelle comme étant un ensemble de stratégies employées afin de maintenir, d'augmenter ou de diminuer un ou plusieurs éléments constitutifs d'une réponse émotionnelle. Ces stratégies peuvent être conscientes comme lorsque l'on évite volontairement d'aborder un sujet qui nous contrarie. Elles peuvent aussi être inconscientes comme quand une personne déplace son attention afin d'éviter une situation dérangeante. Gratz et Roemer (2004) définissent la régulation des émotions comme étant un construit multidimensionnel impliquant : « la conscience, la compréhension et l'acceptation des émotions ; l'habileté à rester en contrôle de ses comportements et à adopter des comportements orientés vers des buts en présence d'émotions négatives et l'habileté à utiliser de façon flexible des stratégies de régulation des émotions qui sont appropriées à la situation de façon à pouvoir répondre à des buts personnels et aux demandes situationnelles ».

Chez les patients atteints de maladies graves tels que les patients cérébrolésés (accident vasculaire cérébral, tumeur, trauma crânien, etc.), des changements perturbant les réactions émotionnelles sont souvent observés (Robinson, 1997 ; Wood & McMillan, 2001). De plus, des troubles au niveau de la gestion émotionnelle peuvent entraîner une altération de la qualité de vie des patients et de leurs proches et peuvent constituer un frein à la rééducation. Par ailleurs, des difficultés de ce type peuvent entraîner un recours plus important aux services de soins de santé et à des hospitalisations plus fréquentes et plus longues. L'impact des difficultés de régulation émotionnelle n'est donc pas à prendre à la légère en ce qui concerne les patients atteints de maladies graves.

3.4.2. Inquiétudes

Depuis plusieurs années déjà, une attention toute particulière est portée par les chercheurs à l'inquiétude excessive (Gosselin, Dugas, Ladouceur & Freeston, 2001). Depuis la parution de la quatrième édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1994), l'inquiétude excessive est considérée comme le critère central du trouble d'anxiété généralisé (TAG). Elle entraîne plusieurs conséquences négatives pour la personne qui en

souffre et est par conséquent associée à une diminution de la qualité de vie. L'inquiétude excessive entraîne un risque plus accru de développer un trouble cardio-vasculaire ou un autre trouble anxieux. Elle est notamment, par exemple, associée à des épisodes dépressifs majeurs ou encore à une démoralisation importante (Gosselin et al., 2001). Le TAG, et par conséquent l'inquiétude excessive, présente une forte prévalence dans la population générale et de multiples conséquences négatives. Pour toutes ces raisons, il semble important de prendre en considération cette problématique, notamment à travers son évaluation (Gosselin et al., 2001).

L'annonce d'un diagnostic d'une maladie grave à un patient et à ses proches, très récurrente aux soins intensifs. Elle est caractérisée par son intensité, sa violence, la difficulté du patient d'y répondre adéquatement ou encore les effets durables au niveau physique mais aussi au niveau de l'organisation psychique du patient et revêt un aspect très traumatique par le fait que cet événement va bouleverser la vie du patient, (Romano, 2010). Ainsi, de nombreuses inquiétudes sont présentes chez le sujet. Des craintes quant à la douleur, à un potentiel handicap mais aussi à la mort sont fréquemment observées chez ces patients. Les répercussions psychologiques peuvent être plus ou moins intenses et relativement durables en fonction des personnes (Romano, 2010).

3.4.3. Intolérance à l'incertitude

Dans la continuité du paragraphe précédent, l'intolérance à l'incertitude définie par Gosselin et Laberge (2003) comme « une tendance excessive de l'individu à considérer inacceptable la possibilité, si minime soit-elle, qu'un événement négatif incertain puisse se produire », rejoint la problématique des troubles anxieux qui comptent parmi les troubles les plus fréquemment observés. De plus, l'inquiétude peut être considérée comme l'entretien d'une chaîne d'images et de pensées négatives, relativement incontrôlables à propos d'événements incertains ayant potentiellement des conséquences négatives (Ruscio & Borkovec, 2004).

Dans le modèle du trouble de l'anxiété généralisée développé par Dugas et al. en 1998, l'intolérance à l'incertitude est considérée comme étant la principale caractéristique responsable des inquiétudes excessives. Dans une étude menée par Grenier et Ladouceur en 2004, les résultats ont démontré que l'augmentation de l'intolérance à l'incertitude provoquait une augmentation des inquiétudes excessives chez les sujets. À l'inverse, une diminution de cette intolérance à l'incertitude entraînait une diminution des inquiétudes excessives. Cette étude confirme que l'intolérance à l'incertitude constitue une variable centrale dans le

développement des inquiétudes excessives (Grenier & Ladouceur, 2004). Par ailleurs, d'autres chercheurs s'accordent sur le fait que l'intolérance à l'incertitude serait un processus transdiagnostique, observable notamment dans le TOC, la dépression ou encore des troubles anxieux (Bottesi, Ghisi, Carraro, Barclay, Payne & Freeston, 2016 ; Langlois, Gosselin, Brunelle, Drouin & Ladouceur, 2007).

3.4.4. Dépersonnalisation

Les expériences de dépersonnalisation peuvent appartenir à une forme de trouble dissociatif qui se traduisent par une expérience récurrente ou prolongée de sensations de détachement, de dissociation de son fonctionnement mental ou de son propre corps. Ces expériences comprennent habituellement une impression d'être un observateur externe de sa propre existence ou se caractérise par un détachement par rapport à son environnement (dépersonnalisation et déréalisation). Ces expériences peuvent se traduire par des impressions d'étrangeté, de changements ou de déformation de la pensée ou du corps (Lauru, 2004). Ces événements de dépersonnalisation sont souvent accompagnés de ressentis anxieux relativement à ce que les personnes perçoivent. Ce trouble de la conscience de soi est fréquent en psychopathologie et dans la population générale. En effet, la moitié de la population générale aurait déjà vécu une expérience de dépersonnalisation transitoire durant sa vie. En ce qui concerne l'aspect plus pathologique, environ 2% de la population présente les critères du trouble de dépersonnalisation (Lauru, 2004).

En ce qui concerne le risque d'expériences de dépersonnalisation pour les patients hospitalisés en USI, il est démontré que ce type d'expérience peut être une dimension sous-jacente aux symptômes dissociatifs intrinsèques au trouble de stress post-traumatique (American Psychiatric Association, 2013). Ce trouble de stress post-traumatique étant largement plus présent au sein de la population post-soins intensifs que dans la population générale, nous pouvons émettre l'hypothèse que cette sous-dimension qu'est la dépersonnalisation, est certainement aussi présente dans cette population.

3.4.5. Fatigue

La fatigue à proprement parler n'est pas réellement un processus psychologique mais plutôt un symptôme perçu par le patient. La définition de la fatigue reste difficile de par la complexité de cette expérience et ses aspects multifactoriels (Gallais, Gargiulo, Montreuil &

Eymard, 2013). Elle peut être normale ou pathologie, subjective ou objective, mentale ou physique. La fatigue peut notamment être influencée par divers éléments tels que l'âge, le sexe, la condition physique, le type d'alimentation, le temps de latence jusqu'au dernier repas, l'état mental, les conditions psychologiques, la personnalité, l'expérience de vie ou encore l'état de santé d'un individu. L'état de fatigue peut être non seulement un symptôme mais c'est aussi une dimension mesurable et quantifiable, également appelée fatigabilité. Elle peut notamment être le seul symptôme d'une maladie ou un symptôme parmi d'autres (Finsterer & Mahjoub, 2014). De manière générale, la fatigue est le symptôme le plus rapporté par les patients post-soins intensifs (Spadaro et al., 2016).

Par ailleurs, la fatigue n'a pas été largement explorée chez les patients des USI, mais environ plus de 50% des survivants des USI ont rapporté une baisse du niveau d'énergie et une fatigue importante durant la première année suivant leur sortie de l'hôpital (Chaboyer & Grace, 2003). Une récente enquête portant sur les complications à long terme et signalées par les médecins généralistes qui suivaient des patients post-soins intensifs après un an, a démontré que la diminution de la tolérance à l'exercice et la fatigue chronique étaient parmi les complications les plus souvent signalées (Steenbergen, Rijkenberg, Adonis, Kroeze, Van Stijn & Endeman, 2015). Cette étude souligne la pertinence clinique de la présence d'une fatigue chronique chez les survivants des soins intensifs.

En ce qui concerne l'impact de la fatigue sur les troubles psychologiques, plusieurs études ont démontré une forte corrélation entre la fatigue et les troubles dépressifs et anxieux (Banovic, Pédinielli, Gilibert, Jebrane & Cosnes, 2012). La fatigue joue un rôle indéniable chez le patient gravement malade tant au niveau physique qu'au niveau psychologique. C'est la raison pour laquelle cet élément doit être pris en compte lors de l'évaluation psychologique chez un patient.

CHAPITRE 4 : OBJECTIFS ET HYPOTHESES

Une hospitalisation en USI comporte des conséquences multiples dont la plus connue, le syndrome post-soins intensifs. Initialement, l'évaluation des impacts psychologiques, élément constitutif de ce syndrome, s'inscrit dans une vision relativement catégorielle. Par conséquent, les difficultés psychologiques rencontrées dans ce syndrome post-soins intensifs mériteraient un éclairage plutôt dimensionnel. Ainsi, plusieurs dimensions, évoquées plus haut, semblent à priori pertinentes. Notre question de recherche est la suivante : « **Quels sont les impacts psychologiques d'une hospitalisation en USI à travers une approche dimensionnelle ?** ». Ce mémoire repose principalement sur une étude évaluant les conséquences psychologiques d'une telle hospitalisation. Les différents objectifs et hypothèses vont être présentés ci-dessous et les détails seront apportés dans le chapitre suivant, au sein de la méthodologie.

Dans un premier temps, cette étude s'intéresse, dans une approche plus catégorielle, aux profils psychologiques des patients sortant des soins intensifs. L'objectif étant de confirmer la présence ou non des éléments suivants : dépression, anxiété, trouble de stress post-traumatique, et qualité de vie. Ce premier élément, n'étant pas l'objet principale de notre étude, constitue une première hypothèse. En effet, nous souhaitons simplement vérifier les résultats déjà présents dans la littérature.

Ainsi, cette première hypothèse repose donc sur l'idée que les patients sortant des soins intensifs sont susceptibles de présenter des troubles psychologiques tels que dépression, anxiété et TSPT.

Dans un second temps, et dans une approche plus dimensionnelle cette fois-ci, nous nous intéressons à l'évaluation de composantes psychologiques plus spécifiques, évoquées dans le chapitre précédent : la régulation émotionnelle, l'intolérance à l'incertitude, les inquiétudes, les expériences de dépersonnalisation ou encore la fatigue qui peut avoir un impact sur ces différents éléments psychologiques.

Par conséquent, nous formulons dans ce sens une seconde hypothèse qui est que les patients sortant des soins intensifs seraient susceptibles de présenter d'autres problèmes psychologiques que les catégories diagnostiques évoquées ci-dessus (dépression, anxiété, TSPT). Premièrement, des difficultés au niveau de la régulation et de la gestion des émotions

pourraient potentiellement affecter cette population de patients. Deuxièmement, ils pourraient présenter, pour certains, un nombre plus élevé d'inquiétudes. Troisièmement, ces sujets seraient potentiellement plus à risque d'être incertains quant à leur avenir. Quatrièmement, ils pourraient développer des expériences de dépersonnalisation. Et enfin, cinquièmement, nous pensons qu'un niveau de fatigue relativement élevé pourrait impacter ces patients.

Cette seconde hypothèse prend place au sein d'un objectif relativement exploratoire, car comparé à notre première hypothèse, celle-ci n'a, à notre connaissance, encore jamais été démontrée ou du moins dans la littérature qui nous est accessible. Cependant, certains éléments comme le fait que ces dimensions soient sous-jacentes aux grandes catégories diagnostiques de dépression, d'anxiété et de TSPT, peuvent être étayés scientifiquement.

De plus, dans cette étude, un intérêt est porté à l'influence de certaines variables telles que, par exemple, la présence d'antécédents psychologiques chez les patients, le sexe, le motif d'hospitalisation, la présence d'intubation ou d'épisode de délirium, la durée d'hospitalisation ou encore l'âge. En ce qui concerne l'évaluation de ces différentes variables, nous émettons une dernière hypothèse qui est que ces variables pourraient influencer le développement des troubles psychologiques chez les patients post-soins intensifs

Dans un dernier temps, cette étude est notamment développée dans une perspective de pistes pour des solutions futures. En effet, nous pensons qu'une étude supplémentaire sur les impacts psychologiques d'une hospitalisation en soins intensifs pourrait favoriser la mise en place, si pas systématique, au moins plus régulière, d'un suivi psychologique, à travers notamment des consultations post-soins intensifs et la réalisation de journaux de bords « ICU diaries ».

II. PARTIE EMPIRIQUE

La seconde partie de ce mémoire aborde les aspects plus empiriques de notre étude à travers les chapitres suivants.

Le cinquième chapitre détaille la méthodologie de ce travail. Les critères d'inclusion et de non-inclusion des participants, ainsi que leur recrutement et les aspects éthiques y seront développés. Ensuite, nous décrirons le protocole expérimental mis en place pour l'étude. Enfin, les conditions de passation, les instruments de mesures utilisés et les analyses statistiques employés seront abordés.

Le sixième chapitre portera sur l'analyse des données récoltées et il présentera les résultats obtenus par notre étude.

CHAPITRE 5 : METHODOLOGIE

5.1. Participants

5.1.1. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Les participants recrutés pour cette étude sont des adultes francophones âgés de plus de 18 ans. Parmi ces participants, seuls ceux ayant séjourné en USI au minimum 7 jours ont été inclus. Les patients présentant des troubles cognitifs trop importants, tels qu'un état de confusion, n'ont pas été repris dans la recherche. De plus, les patients faisant état d'une surdité ou d'une déficience mentale ont aussi été exclus de l'étude. Enfin, un refus d'un patient de poursuivre les évaluations constituait aussi un critère de non-inclusion. Le protocole prévoit pour cette étude un échantillon d'environ 20 participants.

5.1.2. Procédure de recrutement

Les participants sont tous recrutés au sein du Centre hospitalier universitaire de Liège (CHU). Les sujets sont informés oralement de l'étude par un des investigateurs principaux (médecin ou étudiante psychologue) durant leur suivi post-soins intensifs. Le recueil du consentement ainsi que le détail des informations concernant l'étude sont réalisés par l'étudiante. À tout moment, les participants peuvent se retirer de l'étude sans justification nécessaire. Aucune rémunération n'est prévue pour les patients qui acceptent de participer à l'étude et par ailleurs, aucun frais supplémentaire n'est dû pour cette étude.

5.1.3. Aspects éthiques

Cette recherche a reçu l'accord du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège. Ensuite, le projet de mémoire et une copie de ce premier accord pour la recherche ont été déposés au Comité d'Ethique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education. Cette demande a également reçu un avis favorable. Lors des contacts téléphoniques avec les patients, des informations concernant les objectifs de la recherche et le déroulement de l'entretien ont été évoqués oralement. Ensuite, avant de débiter l'entretien, un formulaire d'information et de consentement éclairé ont été transmis aux participants sous format numérique (Annexe 2). Un lien leur a été transmis afin qu'ils aient accès aux documents. Après la lecture de ces documents, la mention « *je participe* », au tout début du formulaire

informatique comprenant les questionnaires à compléter en ligne, indique aux participants qu'ils donnent leur consentement éclairé pour cette étude. Par ailleurs, un code d'anonymisation a été créé pour chaque patient afin de respecter leur anonymat. Ce code est composé des éléments suivants : les trois premières lettres du prénom du patient, suivi des trois premières lettres du nom de sa rue, suivi de son âge en chiffres (exemple : Lisdel23). Tous les patients répondant aux critères d'inclusion ont été inclus dans l'étude, pour autant qu'ils aient marqué leur accord par la signature du consentement éclairé.

5.2. Protocole expérimental

Cette recherche s'insère dans le suivi post-soins intensifs des patients ayant séjourné au sein de l'USI du CHU de Liège. Cette étude est réalisée en collaboration avec l'équipe des soins intensifs du CHU de Liège et de l'Université de Liège. La recherche, effectuée dans le cadre de ce mémoire, s'insère dans un protocole plus important (Annexe 3) où les aspects cognitifs, physiques et psychologiques des patients sortant des soins intensifs seront évalués à plusieurs reprises. Ce protocole plus large, pris en charge par l'équipe des soins intensifs, prévoit d'évaluer les patients après un, trois, six et 12 mois après la sortie des USI. La présente étude se concentre uniquement sur une mesure unique des différents aspects psychologiques, réalisée trois mois post-soins intensifs.

Cette évaluation à trois mois post-soins intensifs comprend deux entretiens distincts. En effet, les patients ont été vus à deux reprises afin de récolter toutes les données concernant caractéristiques psychologiques.

Dans un premier temps, les patients ont été contactés par un des investigateurs afin d'organiser un entretien avec le médecin responsable ou un de ses assistants. C'est dans une approche plus catégorielle que cet entretien permet d'évaluer la présence ou l'absence des grandes catégories diagnostiques fréquemment recensées dans cette population post-soins intensifs. Ainsi, une évaluation du trouble dépressif, de l'anxiété et du trouble de stress post-traumatique a été réalisée. De plus, une mesure de la qualité de vie a été effectuée.

Dans un second temps, et dans les jours qui ont suivi ce premier entretien, les patients ont de nouveau été contactés par téléphone, afin de réaliser le deuxième entretien. Le médecin qui avait réalisé le premier entretien a transmis les coordonnées des patients à l'étudiante psychologue afin qu'elle puisse les contacter. Cette dernière a réalisé ces seconds entretiens.

Au début de ces entretiens, les patients ont tout d'abord complété un questionnaire d'informations sociodémographiques (Annexe 4). Ensuite, une évaluation des processus psychologiques suivants a été réalisée :

- ❖ Le sentiment de fatigue ;
- ❖ La régulation émotionnelle ;
- ❖ Les inquiétudes ;
- ❖ L'intolérance à l'incertitude ;
- ❖ Les expériences de dépersonnalisation.

Toutes les échelles seront présentées au point 5.2.2.

Enfin, une évaluation des antécédents psychologiques et des problèmes psychologiques actuels a été effectuée.

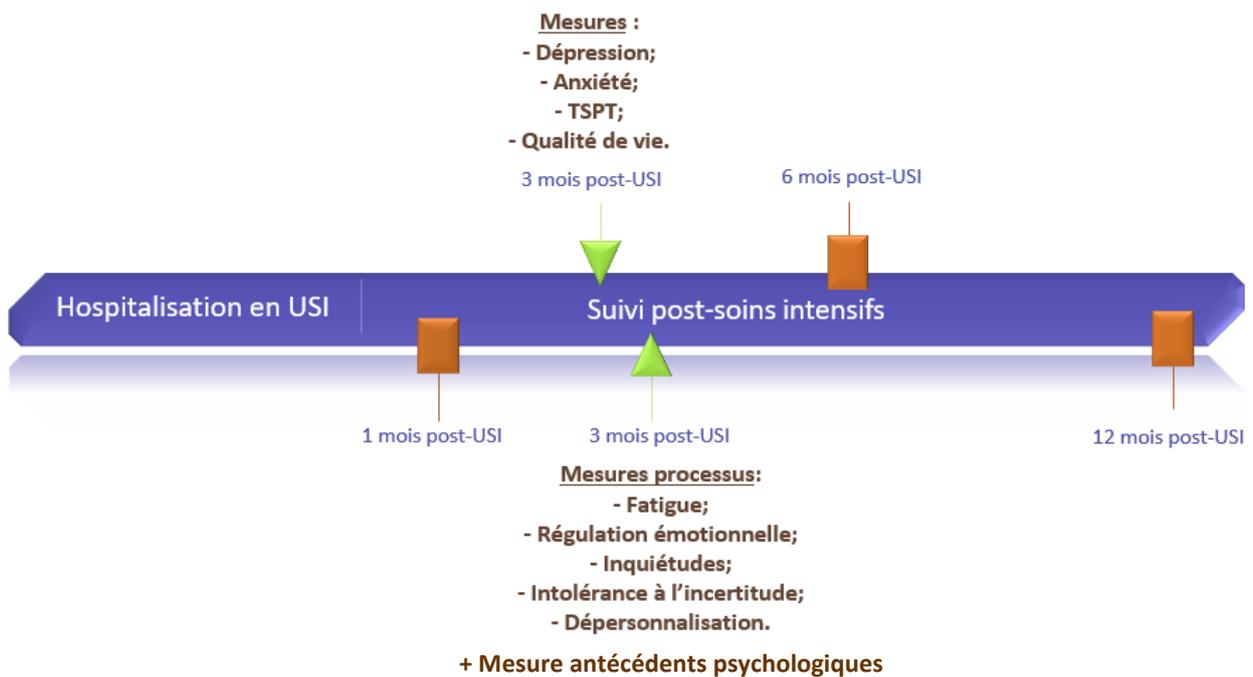


Figure 5 - Design expérimental.

5.2.1. Conditions de passation

En raison du contexte sanitaire actuel, plusieurs conditions de passation ont été proposées aux patients lors du second entretien, à savoir :

- ❖ En présentiel sur le site du campus universitaire du Sart-Tilman, dans un local prévu à cet effet. Une fiche comprenant les accès et parking a été envoyée au préalable aux participants (Annexe 5) ;
- ❖ En visioconférence via une plateforme familière au patient ;
- ❖ Au domicile du patient, en dernier recours, et en appliquant tous les gestes barrières, si celui-ci ne peut ni se déplacer ni avoir accès à un support permettant de réaliser une visioconférence.

Pour plus de facilité, tous les questionnaires, hormis celui évaluant les antécédents psychologiques (MINI), ont été établis sous format numérique (Annexe 6). Un lien a été transmis aux patients afin qu'ils puissent y accéder depuis leur ordinateur si l'entretien est réalisé par visioconférence.

5.2.2. Matériels et instruments

5.2.3.1. Mini International Neuropsychiatric Interview – Version Française – DSM IV (Lecrubier et al, 1997).

La M.I.N.I est un entretien diagnostique structuré avec une durée de passation relativement brève et qui explore les principaux troubles psychiatriques de l'Axe 1 du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Cette évaluation permet de juger la présence actuelle de troubles mais permet aussi de déceler d'éventuels antécédents de troubles psychiatriques. La M.I.N.I est composée de 120 questions, regroupées en différents modules, chacun correspondant à une catégorie diagnostique. Un système de questions filtres au début de chaque module permet soit de passer rapidement aux modules suivants, si le sujet ne présente pas les critères principaux du trouble, soit de passer aux critères plus spécifiques du trouble et ainsi arriver à une ou plusieurs boîtes diagnostiques permettant à la personne qui administre le questionnaire d'indiquer si les critères diagnostiques sont remplis. Le sujet a le choix de répondre oui ou non à chaque question. Le coefficient de concordance (Kappa) est de 0,43 à 0,90. La sensibilité varie de 45 à 96% et la spécificité de 86 à 100% en fonction des troubles étudiés.

5.2.3.2. *Echelle de fatigue de Pichot (Gardenas, 2002).*

L'échelle de fatigue de Pichot a été développée afin de mesurer l'importance du handicap entraîné par un niveau élevée de fatigue. Cet instrument en auto-passation est très facile et rapidement réalisable par son faible nombre d'items. Il comprend 8 items dont la cotation s'effectue sur une échelle de Likert en cinq points allant de 0 (= pas du tout correspondant) à 4 (= extrêmement correspondant). La cotation est une addition des scores aux huit items. Un score supérieur à 22 correspond à une fatigue sévère chez le sujet.

5.2.3.3. *Echelle de régulation émotionnelle – DERS-F (version originale : Gratz & Roemer, 2004 ; version française : Côté, Gosselin & Dagenais, 2013 ; Dan Glauser & Scherer, 2013).*

L'échelle de régulation émotionnelle développée par Gratz et Roemer en 2004 permet de mesurer les diverses difficultés de régulation des émotions chez un individu. Cet instrument, en auto-passation, comprend 36 items, dont 11 sont inversés, et la cotation s'effectue sur une échelle de Likert en cinq points (presque jamais, quelques fois, la moitié du temps, la plupart du temps et presque toujours). Cette échelle comprend six sous-échelles : le manque de conscience émotionnelle, le manque de clarté émotionnelle, le manque d'acceptation émotionnelle, la difficulté à contrôler des comportements impulsifs, la difficulté à s'engager dans des comportements orientés vers des buts en présence d'émotions négatives, et l'accès limité à des stratégies de régulation des émotions. Plus les scores à cette échelle sont élevés, plus la personne est susceptible de présenter des difficultés dans la régulation émotionnelle. Cette échelle présente une excellente cohérence interne, soutenant une bonne fidélité et une bonne validité convergente. Le coefficient alpha de Cronbach pour les 36 items est de 0,94. Aucune des sous-échelles n'obtient un score inférieur à 0,70. La corrélation test-retest est de 0,84.

5.2.3.4. *Penn State Worry Questionnaire (version originale : Meyer et al. (1990) ; version française : Gosselin et al. 2001).*

Le Penn State Worry questionnaire développé par Meyer et al en 1990, permet une évaluation du degré d'inquiétude, souvent considéré comme la caractéristique principale du trouble anxieux généralisé. Cet instrument en auto-passation comprend 16 items où cinq possibilités de réponses, sous forme d'échelle de Likert, s'offrent aux sujets, allant de 1, pas du tout correspondant à 5 extrêmement correspondant. Les items de cette échelle évaluent

l'occurrence, l'intrusion, l'omniprésence et d'autres caractéristiques constitutives du degré d'inquiétude chez une personne. Un score inférieur à 39 indique un niveau d'anxiété bas. Un score compris entre 39 et 48 indique un niveau d'anxiété moyen, qui peut être considéré comme normal. Ensuite, un score compris entre 49 et 59 annonce un niveau d'anxiété élevé. Enfin, un score égal ou supérieur à 59 atteste d'une anxiété très élevée. Cette échelle présente une bonne cohérence interne et une bonne validité convergente. Le coefficient alpha de Cronbach obtenu pour l'ensemble des items est de 0,92 pour l'échantillon total, de 0,90 pour les hommes, et de 0,93 pour les femmes.

5.2.3.5. Echelle d'intolérance à l'incertitude – EII (Version française : Freeston et al. 1994).

L'échelle d'intolérance à l'incertitude développée par Freeston et al. en 1994 permet de distinguer les personnes souffrant d'un trouble anxieux généralisé par rapport à des personnes souffrant d'autres troubles anxieux ou de sujets sans pathologie. Cet instrument d'auto-passation comprend 27 items mesurant les réactions émotionnelles, cognitives et comportementales face aux situations ambiguës et incertaines, ainsi que les conséquences du fait d'être incertain et les tentatives pour contrôler le futur. Le sujet peut répondre à ces différents items grâce à cinq possibilités de réponses, sous la forme d'une échelle de Likert allant de 1, pas du tout correspondant à 5, extrêmement correspondant. Cette échelle peut être cotée et interprétée comme un instrument unifactoriel (total des scores) ou comme un instrument bifactoriel en mesurant les deux facteurs suivants comme des sous-échelles : (1) implications négatives de l'incertitude sur la perception de soi et les comportements, et (2) l'incertitude est injuste et gâche tout. Ce questionnaire présente une très bonne validité, une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,91$). La fidélité test-retest est très satisfaisante ($r=0,78$).

5.2.3.6. Echelle de dépersonnalisation de Steinberg (Version originale : Marlène Steinberg, 2001 ; Sar, Alioğlu, Akyuz, Tayakası, Öğülmüş & Sönmez, 2017).

L'échelle de dépersonnalisation de Steinberg est un questionnaire développé par Marlène Steinberg en 2015. Cet instrument contient 15 items et mesure d'une part les expériences de dépersonnalisation et de déréalisation. De plus, trois questions subsidiaires permettent d'évaluer la présence ou l'absence de trois types d'atteintes psychosociales différentes (la relation avec les amis, la famille et les collègues de travail, la capacité à travailler, et l'inconfort ou le stress). Les réponses à ces questions sont soit oui, soit non. Le sujet possède

6 possibilités de réponses pour les 15 items : jamais, une ou deux fois, parfois, plusieurs fois, presque tout le temps, seulement avec de la drogue ou de l'alcool. Cet instrument d'auto-passation, n'étant disponible que dans sa version originale, en anglais, nous avons traduit les 15 items et les questions annexes dans le cadre de notre recherche. Il s'agit donc de prendre les résultats de cette échelle avec un certain recul. Un score supérieur à 29 et une atteinte minimum sur les trois types d'atteintes psychosociales possibles sont les deux conditions nécessaires afin de conclure à la présence significative d'expériences de dépersonnalisation chez un sujet. Un article récent rédigé par Sar et al. (2017) a mis en évidence des propriétés psychométriques inhérentes à cette échelle. L'alpha de Cronbach est de 0,88 et la corrélation test-retest est de 0,89.

5.3. Analyses et traitements statistiques

Afin de tester nos hypothèses, plusieurs types d'analyses statistiques ont été réalisées. Dans un premier temps, nous avons appliqué des statistiques descriptives reprenant les moyennes, les écarts-types, ainsi que les minimums et maximums pour chacune des variables sélectionnées pour l'étude. Ensuite, un test de normalité dit de Shapiro-Wilk a été employé afin de tester la normalité de nos variables. De plus, nous avons investigué sur les liens entre nos différentes variables à travers une matrice de corrélations. Enfin, des analyses de groupes ont été réalisées. A cette fin, le test exact de Wilcoxon a été employé.

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel SAS, version 9.4. En ce qui concerne le seuil de significativité, celui-ci a été fixé à 0,05.

En outre, il est à signaler que pour l'une des échelles (DERS-F) deux sujets n'ont pas répondu à un item de l'une des sous-échelles. Au vu de la très faible quantité de réponses manquantes, nous avons procédé à un calcul simple de moyenne afin de combler ces lacunes. Etant donné la petite taille de l'échantillon, il nous semblait opportun de ne pas perdre des sujets supplémentaires afin de réaliser nos analyses. Ainsi, une moyenne des items de la sous-échelle de chaque sujet, comprenant les items manquants, a été réalisée afin de remplacer les réponses manquantes.

5.4. Résumé du protocole

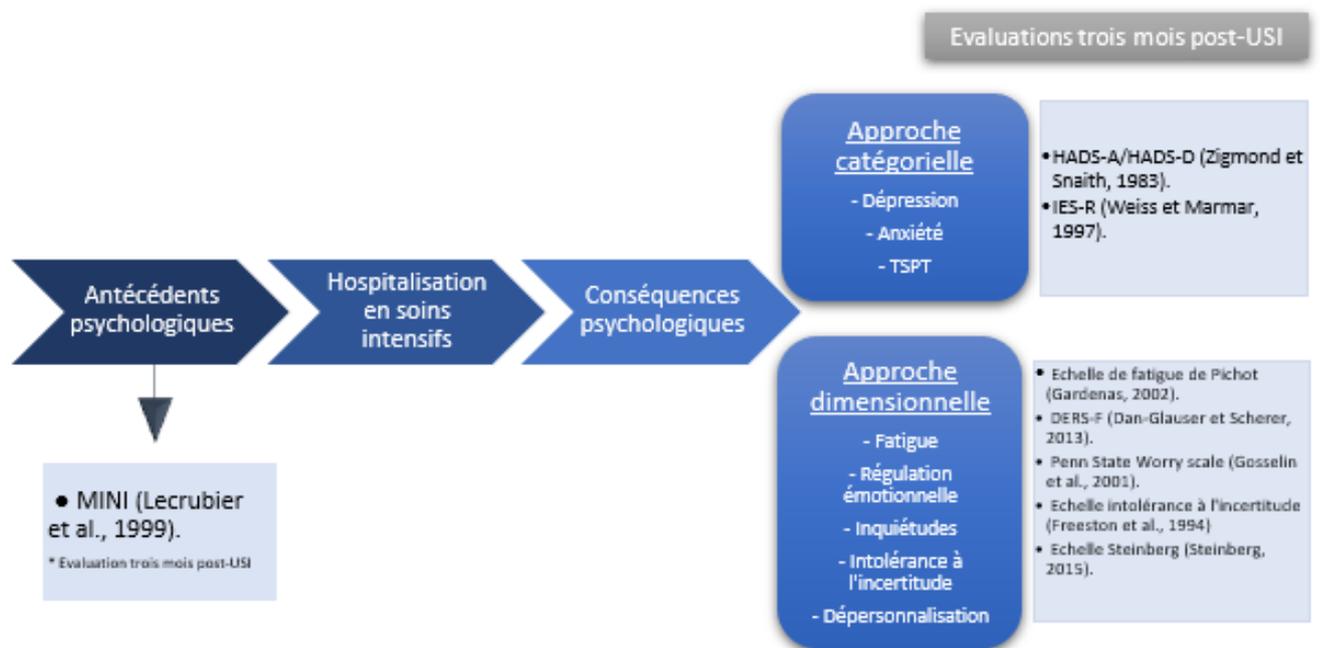


Figure 6 - Résumé schématique du protocole.

CHAPITRE 6 : RESULTATS

Au sein de ce chapitre, les données récoltées pour notre étude seront présentées et analysées. Comme mentionné dans le chapitre 4 et pour rappel, l'objectif premier de cette étude était d'évaluer les conséquences psychologiques d'une hospitalisation en USI. A cette fin, nous nous intéressons brièvement à la présence ou non des principales catégories diagnostiques que l'on retrouve dans la littérature au sujet de cette population (dépression, anxiété, TSPT et niveau de la qualité de vie). Ensuite, l'objectif principal était de s'intéresser aux variables de fatigue, de régulation émotionnelle, des inquiétudes, de l'intolérance à l'incertitude et des expériences de dépersonnalisation chez les patients sortis des soins intensifs. Enfin, le dernier intérêt de cette étude portait sur l'évaluation d'antécédents psychologiques préalables et leurs impacts. D'autres variables telles que la durée d'hospitalisation, la présence de délirium et d'une intubation durant le séjour, le motif d'admission ou encore la présence d'un risque suicidaire sont notamment analysées, au vu des données qui ont été récoltées au sein de l'échantillon.

6.1. Analyse descriptive de l'échantillon

L'échantillon est composé de 19 patients sortis des USI depuis environ trois mois et ayant accepté de participer à notre recherche.

6.1.1. Données sociodémographiques

Ce paragraphe présente l'analyse descriptive des données sociodémographiques pour l'échantillon. Le tableau suivant reprend les principales données pour l'échantillon total en nombre mais aussi en pourcentage.

Tableau 1

Présentation des données sociodémographiques des participants

	Echantillon (N⁶=19)	
	M	SD
<i>Age</i>	61,89 ans	11,36
<i>Durée d'hospitalisation (jours)</i>	13,16 j	8,57
	Nombre	%

⁶ N = nombre total de participants ; M = moyenne ; SD = écart-type.

Sexe du participant		
<i>Homme</i>	15	78,94
<i>Femme</i>	4	21,05
Motifs d'hospitalisation		
<i>Sars-cov2</i>	13	68,42
<i>Choc septique</i>	1	5,26
<i>Post-opératoire</i>		
<i>Greffe hépatique</i>	1	5,26
<i>PAC</i>	1	5,26
<i>Remplacement valve aortique</i>	1	5,26
<i>Rupture anévrisme</i>	1	5,26
<i>Trauma crânien</i>	1	5,26
Niveau d'études		
<i>Primaire</i>	0	0
<i>Secondaire inférieur</i>	1	5,26
<i>Formation en apprentissage</i>	3	15,78
<i>Enseignement spécialisé</i>	0	0
<i>Secondaire supérieur général</i>	2	10,52
<i>Sec sup technique de transition</i>	0	0
<i>Sec sup technique de qualification</i>	7	36,84
<i>Sec sup professionnel</i>	1	5,26
<i>Sec sup artistique</i>	0	0
<i>Enseignement sup type court</i>	3	15,78
<i>Enseignement sup type long</i>	2	10,52
<i>Post-universitaire</i>	0	0
<i>Autre</i>	0	0
Statut socio-professionnel		
<i>Etudiant</i>	0	0
<i>Ouvrier</i>	0	0
<i>Employé</i>	1	5,26
<i>Cadre</i>	0	0
<i>Indépendant</i>	1	5,26
<i>Mère/père au foyer</i>	0	0
<i>Sans emploi</i>	2	10,52
<i>Retraité</i>	11	57,89
<i>En incapacité de travail</i>	4	21,05
<i>Autre</i>	0	0
Temps professionnel		
<i>Actif à temps plein</i>	0	0
<i>Actif à temps partiel</i>	1	5,26
<i>En pause carrière</i>	1	5,26
<i>En arrêt maladie</i>	6	31,57
<i>Autre</i>		
<i>Retraité</i>	11	57,89
Etat civil		
<i>Célibataire</i>	6	31,57
<i>Marié/En couple/Cohabitant légal</i>	10	52,63
<i>Veuf</i>	1	5,26
<i>Divorcé</i>	2	10,52

<i>Nombre d'enfants</i>			
0	2		10,52
1	7		36,84
2	7		36,84
3	2		10,52
4	1		5,26

La durée moyenne du séjour aux soins intensifs de notre échantillon est de 13,1 jours. Si l'on s'intéresse au graphique situé en annexe reprenant le nombre de patients hospitalisés par semaine, les sujets ont pour la plupart été hospitalisés durant une semaine (Annexe 7).

Ensuite, nous nous sommes intéressés au motif d'hospitalisation des patients USI. La principale classification employée repose sur trois catégories : médicale, chirurgicale ou trauma. En ce qui concerne la catégorie « médicale », un seul type d'affection a été rencontré. En effet et étant donné la crise sanitaire actuelle, un nombre élevé de participants ont été hospitalisés pour une infection de Covid-19. Plus précisément, la majorité des patients, à savoir 68,42% ont été hospitalisés suite à insuffisance respiratoire aiguë due à la présence du SARS-COV2. Ensuite, quatre patients ont été admis pour des raisons post-chirurgicales. En ce qui concerne la catégorie « trauma », un seul patient est recensé. Ce dernier a été admis suite à une hémorragie cérébrale due à un traumatisme crânien provoqué par une chute.

Par ailleurs, nous constatons que la majorité des patients de notre échantillon ont plus de 60 ans, dont 57,89% des sujets sont retraités. Nous constatons également que 31,57% des sujets sont toujours en arrêt maladie depuis leur sortie des soins intensifs.

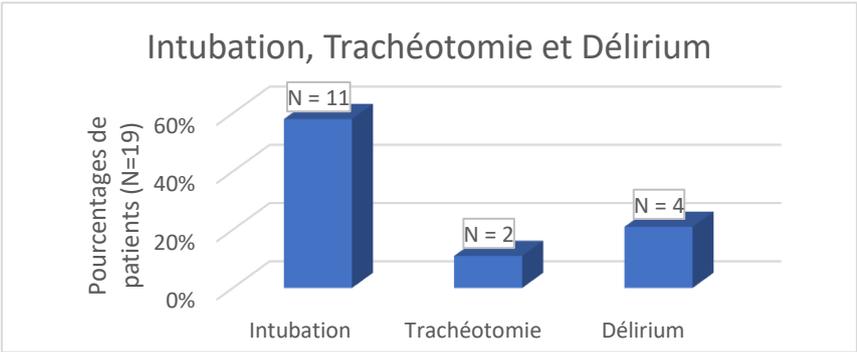


Figure 7 - Données intubation, trachéotomie et délirium pour l'échantillon total.

Enfin, d'autres variables inhérentes à l'hospitalisation des sujets de notre échantillon ont été prises en compte. La figure 7 illustre une représentation graphique de ces variables. Onze patients (57,89%) ont dû être assistés d'une ventilation mécanique durant leur séjour aux soins intensifs. Deux patients (10,52%) ont subi une trachéotomie. Enfin, quatre patients (21,05%) ont été reconnus comme ayant présenté un épisode de délirium durant leur hospitalisation.

6.1.2. Données concernant le déroulement des entretiens

Le tableau 2 reprend les données des seconds entretiens réalisés par l'étudiante pour l'échantillon total. Nous avons mesuré le temps pour chaque entretien. Ceux-ci ont en moyenne duré 75 minutes. Certains entretiens ont, quant à eux, duré près de deux heures en raison des besoins des patients d'exprimer leur expérience aux soins intensifs.

Ensuite, les supports pour les échelles ont finalement tous été employés sous format numérique. En effet, puisque la grande majorité des entretiens se sont déroulés en visioconférence, nous avons pris l'habitude d'employer uniquement la version numérique des échelles. Douze patients (63%) ont été rencontrés par visioconférence via différentes plateformes avec lesquelles ils étaient familiers. Des plateformes telles que Skype, Whatsapp ou encore Messenger ont été les plus souvent employées. Le fait que la majorité des patients aient été vus à distance est principalement dû aux différentes restrictions sanitaires mises en place dans le cadre de la pandémie de Covid-19. Six patients (32%) ont pu être rencontrés à la faculté de psychologique au Sart Tilman. Le local prévu à cet effet était aéré et équipé de tout le matériel nécessaire afin de respecter les gestes barrières, tels que du gel hydroalcoolique, un plexiglas, un thermomètre frontal, des masques de protection. Enfin, un seul entretien (5%) s'est déroulé au domicile d'une patiente.

Tableau 2

Présentation des données des seconds entretiens

		Echantillon (N=19)	
		M	
<i>Durée de l'entretien</i>		75 minutes	
<i>Délai sortie USI</i>		3 mois et 2 semaines	
		Nombre	%
<i>Support</i>			
	<i>Informatique</i>	19	100
	<i>Papier</i>	0	0
<i>Lieu</i>			
	<i>Visioconférence</i>	12	63
	<i>Local de consultation</i>	6	32
	<i>Domicile</i>	1	5

6.1.3. Données des variables d'intérêts

Cette section présente les statistiques descriptives pour les échelles réalisées lors des premiers entretiens menés avec le médecin des soins intensifs (tableau 3) et lors des seconds entretiens (tableau 4), pour l'ensemble de notre échantillon. Des graphiques permettent

notamment de rendre compte des fréquences pour chaque échelle afin d'obtenir une vision plus nuancée des données.

Tableau 3

Présentation des statistiques descriptives des premiers entretiens

		Echantillon (N=19)			
		M	SD	Minimum	Maximum
HADS⁷					
	<i>HADS-A</i>	3,32	3,25	0	11
	<i>HADS-D</i>	2,74	2,92	0	8
IES-R⁸		15,58	13,83	0	44
Indice qualité de vie (/100)⁹		66,58	15,37	40	95

D'après le tableau 3, les diagnostics de dépression et d'anxiété (HADS) ne semblent pas très présents au vu des moyennes inférieures aux scores seuils. Cependant, une variabilité importante est présente par des écart-types et la différence entre les minimums et maximums relativement élevée. En ce qui concerne le diagnostic de TSPT, la moyenne de l'échantillon total ne permet pas de conclure à la présence franche de TSPT. Cependant, des symptômes modérés peuvent être considérés. Une fois de plus, l'écart-type élevé et la différence importante entre les minimums et maximums démontrent une variabilité importante dans notre échantillon. Enfin, concernant l'indice de qualité de vie, évalué sur 100, la moyenne de 66,58 indique une qualité de vie relativement faible, voire mauvaise.

Etant donné la grande variabilité dans ces échelles, des graphiques de fréquence ont été réalisés pour plus de lisibilité et afin de comprendre plus précisément ce qu'il se passe au sein de l'échantillon pour chaque sujet. Le lecteur trouvera ces graphiques en annexe¹⁰.

En ce qui concerne le nombre de sujets pour chaque réponse à l'échelle HADS-A (Annexe 8, figure 8), deux sujets sont au-dessus du score seuil, dont un présente possiblement de l'anxiété (score compris entre 8 et 10) et l'autre présente avec certitude un niveau d'anxiété important (score supérieur à 10). Si l'on s'intéresse maintenant aux scores de dépression (Annexe 8, figure 9), on constate que deux sujets présentent un potentiel trouble dépressif (score

⁷ HADS-A et HADS-D : un score de 7 ou moins = absence de symptomatologie ; 8 à 10 = symptomatologie limite ; 11 et plus = symptomatologie avérée (Zigmond & Snaith, 1983).

⁸ IES-R : un score de 0 à 39 = symptômes légers ; 40-55 = symptômes modérés ; 56 et + = symptômes sévères (Weiss & Marmar, 1997). Un score de 33 permettrait de diagnostiquer un cas de TSPT probable (Creamer, Bell & Failla (2003).

⁹ L'indice de qualité de vie est un score sur 100. Plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie (Leplège, Mesbah & Marquis, 1995).

¹⁰ Figure 8, figure 9, figure 10, figure 11, figure 12, figure 13, figure 14 et figure 15

compris entre 8 et 10) (Zigmond & Snaith, 1983). Environ 10,5% de notre échantillon présentent donc des symptômes d'anxiété, et 10,05%, une potentielle problématique dépressive. Concernant le TSPT (Annexe 8, figure 10), on constate que deux sujets présentent un score supérieur au score seuil de 36, ce qui admet la présence d'un TSPT (Weiss & Marmar, 1997). Trois autres patients sont, quant à eux, susceptibles de présenter des symptômes significatifs de stress aigu, avec des scores dépassant le score seuil de 22. Ainsi, environ 10,5% de notre échantillon présenterait un TSPT. En outre, les scores de qualité de vie sont relativement variables (Annexe 8, figure 11). On constate que six sujets présentent tout de même un score égal ou inférieur à 50, correspondant à une qualité de vie relativement faible voire mauvaise.

Tableau 4

Présentation des données récoltées pour la MINI

	Echantillon (N=19)	
	Nombre	%
<i>Antécédents psychologiques</i>	6	31,57
<i>Problèmes psychologiques actuels</i>	8	42,10
<i>Risque suicidaire</i>	5	26,31

Le tableau 4 illustre un résumé des résultats de la MINI pour l'échantillon total. Le détail de l'ensemble des données récoltées pour cette évaluation se trouve en annexe (Annexe 9). En effet, pour plus de lisibilité, ce tableau reprend uniquement, en nombre et en pourcentage, la présence d'antécédents psychologiques, tous types de diagnostics confondus, de problèmes psychologiques actuels et de risque suicidaire. De par le nombre élevé de risque suicidaire découvert dans cet échantillon, cette variable est reprise dans ce tableau. Six personnes (31,57%) présentent des antécédents de troubles psychologiques tels qu'un épisode dépressif majeur, de la boulimie, un trouble d'anxiété généralisé, un trouble panique ou encore une dépendance alcoolique. En tout, huit sujets (42,10%) présentent actuellement un ou des problèmes psychologiques, dont cinq (26,31%) présentent un risque suicidaire léger ou sévère.

Tableau 5

Présentation des statistiques descriptives des seconds entretiens

	Echantillon (N=19)			
	M	SD	Minimum	Maximum
<i>Echelle de fatigue de Pichot</i>	19,32	5,95	10	34
<i>DERS-F</i>				
<i>Manque d'acceptation émotionnelle</i>	9,79	4,66	6	21
<i>Manque de clarté émotionnelle</i>	7,79	3,24	5	15
<i>Difficultés d'accomplissement des buts</i>	10,58	4,48	5	22
<i>Difficultés à contrôler les comportements impulsifs</i>	9,53	4,74	6	23
<i>Manque de conscience émotionnelle</i>	15,05	4,89	8	25
<i>Stratégies de régulation limitées</i>	13,68	4,75	8	24
<i>Total DERS-F</i>	66,37	19,70	46	104
<i>Penn State Worry</i>	43,63	7,15	33	57
<i>Intolérance à l'incertitude</i>				
<i>Implications négatives : perception de soi</i>	24,74	8,03	15	45
<i>L'incertitude est injuste et gâche tout</i>	24,11	7,29	13	38
<i>Total</i>	48,84	14,60	32	83
<i>Echelle de dépersonnalisation de Steinberg</i>	21,32	7,34	15	38
	Nombre		%	
<i>Atteintes psychosociales échelle de Steinberg</i>				
<i>Impact famille, amis, collègues</i>	5		26,32	
<i>Impact capacité à travailler</i>	5		26,32	
<i>Inconfort ou stress</i>	8		42,11	

Le tableau 5 reprend les cinq principales échelles d'intérêt évaluées lors des seconds entretiens, à travers la moyenne, l'écart type et les minimums et maximums. En ce qui concerne l'échelle de fatigue, on constate que la moyenne se rapproche très fortement du score seuil fixé à 22 pour un état de fatigue sévère. La variabilité est, quant à elle, correcte. Des difficultés de régulation émotionnelle au sein de l'échantillon ne semblent pas largement présentes. Le total des scores pouvant varier de 36 à 180 pour cette échelle, une moyenne de 66,37 ne semble pas pencher en faveur de réels troubles dans la régulation des émotions. Concernant le niveau d'inquiétude, l'échantillon semble se situer dans la norme avec une anxiété dite moyenne puisqu'elle est comprise entre 39 et 48. Ensuite, l'échantillon présente une intolérance à l'incertitude moyenne voire faible. Les scores pouvant varier de 27 à 135, une moyenne de 48,84 semble relativement dans la norme. Enfin, les expériences de dépersonnalisation sont présentes dans notre échantillon mais de manière relativement faible car la moyenne de 21,32 ne dépasse pas le score seuil de 29. Cependant, comme évoqué dans la partie méthodologie, trois types d'atteintes psychosociales sont à prendre en compte. La présence d'une seule de ces atteintes et un score supérieur à 29 suffisent pour conclure à la présence significative

d'expérience de dépersonnalisation. Au total, dix sujets sur 19 ne présentent aucune atteinte psychosociale, soit 9 sujets qui présentent au moins une atteinte sur trois.

La figure 12 (Annexe 8) démontre que sept sujets sont tout de même au-dessus du score seuil et présentent par conséquent des problèmes de fatigue, malgré une moyenne générale inférieure au score seuil. Ceci représente 36,84% de notre échantillon. En ce qui concerne la régulation émotionnelle (Annexe 8, figure 13), on constate que certains sujets présentent des résultats élevés et, par conséquent, plus de difficultés au niveau de la régulation de leurs émotions. Trois sujets atteignent des scores supérieurs à 100.

La figure 14 (Annexe 8) démontre que six sujets arborent un niveau d'anxiété élevé avec des scores compris entre 49 et 58. Ainsi, 31,58% de notre échantillon présente une anxiété significative. La figure 15 (Annexe 8) reprend, quant à elle, le degré d'intolérance à l'incertitude. Les scores totaux à cette échelle pouvant varier de 27 à 135, on constate une certaine variabilité dans les réponses de l'échantillon. Etant donné que plus le score est haut et plus la personne est anxieuse, on peut conclure, notamment à la vue de la moyenne générale, que la majorité des sujets présentent une intolérance à l'incertitude faible, voire moyenne. Cependant, quelques sujets font état d'un score un peu plus élevé.

Enfin, la figure 16 (Annexe 8) indique que trois sujets se trouvent au-dessus du score seuil de 29. Environ 15,79 % de notre échantillon présentent donc d'importantes expériences de dépersonnalisation. Par ailleurs, ces trois sujets présentent tous au moins une atteinte psychosociale. Le reste de l'échantillon a fait ou fait état actuellement d'expériences de dépersonnalisation à des degrés divers.

6.2. Test de Normalité de Shapiro-Wilk

Selon le test de Normalité de Shapiro-Wilk, dont la p-value est fixée à 0,05, plusieurs variables sont distribuées normalement. Ces variables sont les suivantes : l'âge, les résultats aux échelles de troubles de stress post-traumatique (IES-R), la qualité de vie (QDV), la fatigue (Pichot), les inquiétudes (Penn State Worry), l'intolérance à l'incertitude (EII et EII 2), et la régulation émotionnelle (DERS-F conscience).

Cependant, d'autres variables présentent une p-value inférieure à 0,05 et sont, par conséquent, distribuées anormalement. Parmi celles-ci, on peut noter la durée d'hospitalisation, les résultats aux échelles de dépression et d'anxiété (HADS-A et HADS-D), mais aussi les

variables de régulation émotionnelle avec l'échelle DERS-F totale, et les sous-échelles DERS-F buts, DERS-F acceptation, DERS-F impulsifs, DERS-F clarté, DERS-F stratégies ou encore la sous-échelle d'intolérance à l'incertitude (EII 2) et les expériences de dépersonnalisation (échelle de Steinberg). L'anormalité de ces variables peut s'expliquer par la présence d'un effet plancher.

Tableau 6

Présentation des résultats au test de Normalité de Shapiro-Wilk

Test de Normalité de Shapiro-Wilk		
Variables	W	P
Age	0.93	0.1833
Durée d'hospitalisation	0.74	0.0002*
HADS-A	0.87	0.0183*
HADS-D	0.84	0.0044*
IES-R	0.91	0.0681
Qualité de vie	0.93	0.1966
Pichot	0.13	0.2368
DERS-F total	0.84	0.0045*
DERS-F acceptation	0.81	0.0017*
DERS-F buts	0.87	0.0134*
DERS-F impulsifs	0.73	0.0001*
DERS-F conscience	0.95	0.3337
DERS-F clarté	0.82	0.0021*
DERS-F stratégies	0.87	0.0143*
Penn State Worry	0.94	0.2601
EII total	0.91	0.0746
EII 1	0.89	0.0297*
EII 2	0.95	0.3971
Steinberg total	0.79	0.0008*

*p < 0,05 (normalité non respectée)

6.3. Matrice de corrélations (Spearman)

Afin de tester les liens qui peuvent exister entre les différentes variables, une matrice de corrélation a été réalisée. Pour plus de lisibilité, cette matrice a été séparée en deux tableaux distincts. Le tableau 7 reprend les corrélations¹¹ entre les différentes échelles, mais aussi l'âge et la durée d'hospitalisation¹², tandis que le tableau 8 reprend uniquement les corrélations entre

¹¹ Le premier nombre = coefficient de corrélation de Spearman, le deuxième nombre = valeur-p.

¹² Age ; Durée H. = durée d'hospitalisation ; HADS-A = anxiété ; HADS-D = dépression ; IES-R = TSPT ; QDV = qualité de vie ; Pichot = fatigue ; DERS = régulation émotionnelle ; EII = intolérance à l'incertitude ; EII 1 = sous-échelle : implications négatives en lien avec la perception de soi ; EII 2 = sous-échelle : l'incertitude est injuste et gâche tout ; Penn = inquiétudes ; Stein = expériences de dépersonnalisation.

les différentes sous-échelles de la DERS-F¹³ et toutes les autres variables¹⁴ Toutes les corrélations significatives (*p< 0,05) sont marquées en gras dans le tableau.

Tableau 7

Présentation de la matrice de corrélations pour les variables d'intérêts

Matrice de corrélations													
	Age	Durée H.	HADS-A	HADS-D	IES-R	QDV	Pichot	DERS	Penn	EII	EII 1	EII 2	Stein
Age	/	0.1971 0.4186	0.0166 0.9461	0.1384 0.5719	-0.1580 0.5182	0.5605 0.0125*	0.1205 0.6231	0.4704 0.0421*	0.0277 0.9102	0.2133 0.3806	0.1164 0.6350	0.2228 0.3591	0.3623 0.1274
Durée H.		/	-0.0070 0.9773	0.0919 0.7080	-0.3104 0.1958	0.1538 0.5295	0.2375 0.3275	0.2430 0.3159	-0.0361 0.8833	-0.1280 0.6015	-0.0215 0.9304	-0.1455 0.5521	-0.0403 0.8698
HADS -A			/	0.4977 0.0301*	0.6979 0.0009*	-0.3897 0.0991	0.3439 0.1493	0.4023 0.0877	0.5833 0.0088*	0.6242 0.0043*	0.4447 0.0564	0.6867 0.0012*	0.6944 0.0010*
HADS -D				/	0.1887 0.4389	-0.2598 0.2826	-0.0374 0.8791	0.2942 0.2214	0.2867 0.2340	0.3048 0.2045	0.3114 0.1943	0.2920 0.2250	0.1886 0.4393
IES-R					/	-0.5957 0.0071*	-0.0195 0.9367	0.0844 0.7311	0.4654 0.0446*	0.5464 0.0155*	0.4588 0.0482*	0.5304 0.0195*	0.3339 0.1623
QDV						/	-0.1171 0.6330	0.0526 0.8305	-0.4741 0.0403*	-0.2513 0.2992	-0.2542 0.2935	-0.2499 0.3021	0.1732 0.4782
Pichot							/	0.2763 0.2521	0.5213 0.0221*	0.3902 0.0986	0.1565 0.5221	0.5109 0.0254*	0.2504 0.3011
DERS								/	0.6010 0.0065*	0.4945 0.0314*	0.5257 0.0208*	0.4695 0.0425*	0.6088 0.0057*
Penn									/	0.7528 0.0002*	0.7623 0.0001*	0.7216 0.0005*	0.3838 0.1047
EII										/	0.8880 <.0001*	0.7216 0.0005*	0.4708 0.0419*
EII 1											/	0.7876 <.0001*	0.3315 0.1655
EII 2												/	0.5484 0.0150*
Stein													/

Dans un premier temps nous nous intéressons aux liens entre les variables « Age », « Durée d'hospitalisation » et chacune des variables étudiées dans cette étude. Deux corrélations positives significatives sont présentes en ce qui concerne la variable de l'âge : il s'agit des corrélations entre « Age » et « QDV », « Age » et « DERS ». Ces résultats semblent

¹³ DERS Accept = le manque d'acceptation émotionnelle ; DERS Buts = la difficulté d'accomplissement des buts ; DERS Impuls = la difficulté à contrôler les comportements impulsifs ; DERS Cons = le manque de conscience émotionnelle ; DERS Strat = les stratégies de régulation limitées ; DERS Clar = le manque de clarté émotionnelle.

¹⁴ Pour rappel, plus les scores à toutes ces échelles sont élevés, plus la problématique présente est importante chez le sujet. Ceci est valable pour toutes les variables comprises dans les deux tableaux, hormis les variables « Age », « Durée H. », et « QDV ».

indiquer que plus l'âge est important, meilleurs sont les scores de qualité de vie et de régulation émotionnelle. L'inverse est également vrai. Concernant la variable durée d'hospitalisation, aucune corrélation ne semble significative.

Dans un second temps, nous nous penchons sur les liens entre toutes les variables reprenant les principales échelles administrées lors de cette recherche. Au total 27 corrélations significatives sont observées. En ce qui concerne la variable d'anxiété (HADS-A), six corrélations positives significatives sont présentes : il s'agit des corrélations entre la variable « HADS-A » et les variables « HADS-D », « IES-R », « Penn », « EII », « EII 2 », et « Stein ». Les réponses au questionnaire évaluant le trouble de stress post-traumatique (IES-R) sont notamment corrélées positivement avec les variables « Penn », « EII », « EII 1 » et « EII 2 » et corrélées négativement avec la variable « QVD ». Cette dernière corrélation suggère que plus un sujet obtient un score élevé à l'échelle de TSPT (IES-R) et donc une problématique plus importante, moins bonne sera sa qualité de vie (score bas). La variable « QDV » est également corrélée négativement avec la variable concernant les inquiétudes « Penn ». Cet élément laisse supposer une nouvelle fois que plus les inquiétudes sont importantes chez un sujet (scores élevés), moins bonne sera sa qualité de vie (score bas). Par ailleurs, la fatigue « Pichot » est corrélée positivement avec les variables « Penn » et « EII 2 ». La variable concernant la régulation des émotions (DERS) est quant à elle corrélée positivement avec les variables suivantes : « Penn » ; « EII » ; « EII 1 » ; « EII 2 » ; et « Stein ». En outre, la variable des inquiétudes « Penn » est corrélée positivement avec l'échelle évaluant l'intolérance à l'incertitude « EII » ainsi qu'avec les deux sous-échelles « EII 1 » et « EII 2 ». Enfin, en ce qui concerne la variable « EII » et les variables « EII 1 » et « EII 2 » cinq corrélations significatives supplémentaires sont à noter. La variable « EII » est corrélée positivement avec ses deux sous-échelles (EII 1 et EII 2), mais aussi avec la variable « Stein ». Les deux sous échelles à l'EII sont bien corrélées entre elles et la variable « EII 2 » est quant à elle corrélée avec la variable « Stein ».

Tableau 8

Présentation de la matrice de corrélations pour les sous-échelles de la DERS-F

Matrice de corrélations						
Sous-échelles DERS-F						
	DERS- Accept	DERS- Buts	DERS- Impuls	DERS- Cons	DERS- Strat	DERS- Clar
Age	0.1952 0.4231	0.5322 0.0190*	0.4995 0.0294*	0.3732 0.1155	0.0425 0.8626	0.3081 0.1994
Durée H.	0.2475 0.3069	-0.0322 0.8957	0.2368 0.3288	0.1443 0.5556	0.2350 0.3327	0.3944 0.0946
HADS-A	0.6397 0.0032*	0.1745 0.4748	0.4388 0.0602	-0.0513 0.8345	0.5371 0.0177*	0.2206 0.3641
HADS-D	0.2838 0.2389	0.2306 0.3421	0.1766 0.4693	-0.1663 0.4961	0.3772 0.1113	-0.1882 0.4403
IES-R	0.5360 0.0180*	0.1184 0.6292	0.0008 0.9971	-0.1993 0.4134	0.3236 0.1765	-0.0546 0.8242
QDV	0.2939 0.2218	0.2695 0.2644	0.1753 0.4728	0.2510 0.2999	-0.3553 0.1354	0.1862 0.4451
Pichot	0.2315 0.3401	-0.0367 0.8813	0.3193 0.1826	0.2886 0.2307	0.1404 0.5664	0.3243 0.1756
DERS	0.7072 0.0007*	0.7674 0.0001*	0.8824 <.0001*	0.3504 0.1414	0.7612 0.0002*	0.6372 0.0033*
Penn	0.6605 0.0021*	0.4644 0.0451*	0.5100 0.0257*	-0.1439 0.5566	0.6564 0.0023*	0.2483 0.3052
EII	0.6343 0.0035*	0.4991 0.0296*	0.4547 0.0504	-0.1412 0.5640	0.5235 0.0214*	0.2398 0.3227
EII 1	0.6869 0.0012*	0.6262 0.0041*	0.3944 0.0946	-0.2978 0.2156	0.6362 0.0034*	0.1444 0.5551
EII 2	0.6152 0.0050*	0.4193 0.0739	0.4580 0.0486*	-0.0694 0.7777	0.4891 0.0336*	0.2338 0.3352
Stein	0.4924 0.0322*	0.5258 0.0208*	0.6786 0.0014*	0.2868 0.2338	0.4164 0.0761	0.3865 0.1021

Dans un troisième temps, nous nous sommes penchés plus spécifiquement sur les liens qu'entretiennent les six sous-échelles de régulation émotionnelle avec toutes les autres variables. Tout d'abord, il est intéressant de constater que toutes les sous-échelles sont corrélées positivement avec l'échelle principale sauf une, la « DERS Cons ». La deuxième observation intéressante est que toutes les corrélations significatives, au total de 26, sont positives. Nous pouvons en déduire que plus les difficultés de régulation émotionnelle sont présentes, plus les différentes problématiques sont également présentes, et inversement. Si l'on observe certaines de ces corrélations, il est intéressant de voir que l'anxiété est liée au manque d'acceptation émotionnelle mais aussi au fait de présenter des stratégies de régulation limitées. En ce qui concerne les inquiétudes (Penn) et l'intolérance à l'incertitude (EII), ces deux variables, sous-

jaçentes à la problématique d'anxiété, sont toutes deux corrélées avec les mêmes variables sauf une : « DERS Accept », « DERS Buts », « DERS Strat », et la « DERS Impuls » est quant à elle uniquement corrélée avec la « Penn ». Par ailleurs, on peut observer que la variable « DERS cons » n'est corrélée avec aucune variable et la variable « DERS Clar » n'est corrélée qu'avec la variable « DERS ».

6.4. Analyse de groupe

Un dernier élément constitutif de nos hypothèses de recherche reste encore à être évalué. En effet, nous nous questionnions précédemment, principalement au vu de la littérature scientifique, sur l'impact et l'influence de diverses variables telles que le motif d'hospitalisation, la présence d'antécédents psychologiques mais aussi la présence d'une intubation ou d'un épisode de délirium au sein de notre échantillon. A cette fin, des analyses de groupes ont été réalisées. Les variables d'intérêts ont été spécifiées au vu des entretiens réalisés avec les différents sujets de notre échantillon. Ainsi, six variables dichotomiques (intersujets) ont été retenues : le sexe des sujets, la présence (ou absence) d'antécédents psychologiques, la présence (ou absence) d'intubation durant l'hospitalisation, la présence (ou absence) d'épisode de délirium durant l'hospitalisation, le motif d'hospitalisation (Covid ou non Covid), la présence ou non d'un risque suicidaire actuel. En ce qui concerne le motif d'hospitalisation, comme évoqué précédemment, une majorité de sujets ont été hospitalisés pour Covid-19 (13 sujets sur 19). Il s'agit de la raison pour laquelle il nous a semblé intéressant de distinguer les sujets sur base de ce critère saillant de notre échantillon. Enfin, étant donné le taux relativement élevé de risque suicidaire actuel dans l'échantillon, il s'est avéré opportun de prendre en considération cette variable dans nos analyses, même si celle-ci semble plutôt apparaître comme une conséquence et non comme une cause des différents impacts psychologiques.

Etant donné que la majorité de nos variables ne sont pas distribuées normalement, un test non-paramétrique est, à défaut, le plus indiqué pour réaliser nos analyses. A cette fin, le test exact de Wilcoxon est employé. Dans l'ordre, nous comparons : les personnes de sexe masculin et de sexe féminin, les personnes ayant des antécédents psychologiques et ceux n'en ayant pas, les personnes intubées durant leur séjour et celles non intubées, les personnes ayant vécu un épisode de délirium et celles n'en ayant pas eu, les personnes hospitalisées pour Covid-19 et les personnes hospitalisées pour un autre motif, et enfin les personnes présentant un risque suicidaire et celles n'en présentant pas. Pour chaque variable un tableau reprenant les médianes

et les intervalles interquartiles pour chacun des groupes est réalisé et chacune de ces données est présentée entre parenthèses dans le texte. Pour rappel, dans le test de Wilcoxon les médianes sont comparées et un score inférieur à la valeur-p, fixée à 0,05 signifie qu'il existe une différence significative entre les médianes des deux groupes.

Tableau 9

Présentation des résultats au test exact de Wilcoxon - Sexe

Variables dépendantes	S	P	Variables indépendantes	
			Médianes (intervalle interquartile)	
			Hommes (N=15)	Femmes (N=4)
<i>HADS-A</i>	24	0.1104	3(5)	0(2)
<i>HADS-D</i>	33.5	0.5415	2(6)	1(4)
<i>IES-R</i>	37.5	0.8313	11(27)	11(19)
<i>Qualité de vie</i>	41	0.9518	70(25)	65(25)
<i>Pichot</i>	30.5	0.3656	20(10)	17(5)
<i>DEERS-F total</i>	38.5	0.9056	57(36)	62(18.5)
<i>DEERS-F acceptation</i>	40.5	0.9817	7(8)	9(5)
<i>DEERS-F buts</i>	42.5	0.8261	9(7)	8.5(4)
<i>DEERS-F impulsifs</i>	36	0.7366	8(5)	8(1.5)
<i>DEERS-F conscience</i>	41	0.9420	13(10)	15.5(4.5)
<i>DEERS-F stratégies</i>	41	0.9443	12(7)	12(6)
<i>DEERS-F clarté</i>	37	0.7998	7(6)	6.5(2.5)
<i>Penn State Worry</i>	31	0.4033	46(12)	38.5(12)
<i>EII total</i>	29.5	0.3148	46(27)	39(13.5)
<i>EII 1</i>	36	0.7201	22(11)	21.5(7.5)
<i>EII 2</i>	25	0.1447	23(11)	18(6)
<i>Steinberg total</i>	19.5	0.0374*	20(10)	15.5(2.5)

*p<0,05 (différence significative entre les médianes)

Nous observons une unique différence significative entre les hommes et les femmes à l'échelle de Steinberg, évaluant les expériences de dépersonnalisation (S = 19.5, p = 0.0374, Mdn = 20 (10)¹⁵ et Mdn = 15.5 (2.5))¹⁶. Les hommes semblent présenter plus d'expériences de dépersonnalisation que les femmes. Une attention doit être portée au fait que notre échantillon est constitué d'un nombre élevé de sujets hommes par rapport au nombre de femmes. Aucune autre différence significative entre les deux groupes n'est observée pour les autres variables.

¹⁵ L'intervalle interquartile se trouve entre parenthèses, tel que dans le tableau.

¹⁶ S = Statistique Test exact de Wilcoxon, p = Valeur-p, Mdn = Médiane, entre parenthèse = intervalle interquartile.

Tableau 10

Présentation des résultats au test exact de Wilcoxon - Antécédents psy

Variables dépendantes	S	P	Variables indépendantes	
			Médianes (intervalle interquartile)	
			Antécédents (N=6)	Sans antécédents (N=13)
<i>HADS-A</i>	84.5	0.0283*	5.5 (6)	2 (4)
<i>HADS-D</i>	66.5	0.5668	3 (3)	2 (6)
<i>IES-R</i>	84	0.0348*	27 (28)	6 (15)
<i>Qualité de vie</i>	52	0.5020	70 (25)	70 (30)
<i>Pichot</i>	55	0.6830	18 (9)	18 (10)
<i>DEERS-F total</i>	61.5	0.9146	64.5 (38)	57 (20)
<i>DEERS-F acceptation</i>	69.5	0.4095	9.5 (7)	7 (5)
<i>DEERS-F buts</i>	63	0.8159	11 (4)	8 (7)
<i>DEERS-F impulsifs</i>	62	0.8970	8.5 (5)	8 (2)
<i>DEERS-F conscience</i>	59.5	0.9835	14 (12)	14 (6)
<i>DEERS-F stratégies</i>	65	0.6814	14.5 (10)	11 (3)
<i>DEERS-F clarté</i>	71	0.3491	7.5 (8)	7 (3)
<i>Penn State Worry</i>	65	0.6882	47 (5)	39 (13)
<i>EII total</i>	72	0.3122	51 (27)	43 (19)
<i>EII 1</i>	67	0.5629	25 (16)	22 (8)
<i>EII 2</i>	72.5	0.2898	28.5 (11)	22 (9)
<i>Steinberg total</i>	81	0.0669	21 (13)	17 (3)

*p<0,05 (différence significative entre les médianes)

En ce qui concerne la comparaison des groupes avec antécédents psychologiques et sans antécédents psychologiques, nous observons une différence significative aux variables HADS-A (S = 84.5, p = 0.0283, Mdn = 5.5 (6) et Mdn = 2 (4)), et IES-R (S = 84, p = 0.0348, Mdn = 27 (28) et Mdn = 6 (15)). Ainsi, les sujets présentant des antécédents psychologiques semblent présenter des niveaux d'anxiété et des symptômes de TSPT plus importants que les sujets ne faisant pas état d'antécédents psychologiques.

Tableau 11

Présentation des résultats au test exact de Wilcoxon - Intubation

Variables dépendantes	Variables indépendantes			
	S	P	Médianes (intervalle interquartile)	
			Intubation (N=11)	Sans intubation (N=8)
HADS-A	73	0.5799	3 (7)	2.5 (4)
HADS-D	75	0.6958	2 (6)	1.5 (4.5)
IES-R	76.5	0.7927	11 (24)	13 (24.5)
Qualité de vie	95.5	0.2106	70 (25)	77.5 (35)
Pichot	71.5	0.5012	20 (9)	16.5 (8)
DERS-F total	78	0.8878	57 (54)	60 (18)
DERS-F acceptation	70	0.4160	10 (9)	7 (4.5)
DERS-F buts	92	0.3374	8 (5)	10 (6.5)
DERS-F impulsifs	80	1	8 (10)	8.5 (3)
DERS-F conscience	74	0.6416	15 (10)	13 (7)
DERS-F stratégies	70	0.4267	13 (7)	11 (6)
DERS-F clarté	68	0.3323	7 (8)	6 (3)
Penn State Worry	79	0.9532	44 (11)	42.5 (13.5)
EII total	82.5	0.8565	44 (22)	46 (19.5)
EII 1	84	0.7617	21 (10)	25 (9)
EII 2	81	0.9515	22 (12)	22.5 (9)
Steinberg total	80	1	17 (17)	18.5 (2.5)

*p<0,05 (différence significative entre les médianes)

Tableau 12

Présentation des résultats au test exact de Wilcoxon - Délirium

Variables dépendantes	Variables dépendantes			
	S	P	Médianes (intervalle interquartile)	
			Délirium (N=4)	Sans délirium (N=15)
HADS-A	56.5	0.0851	5.5 (3.5)	2 (4)
HADS-D	42	0.8775	3 (7)	2 (4)
IES-R	58	0.0774	24 (21.5)	9 (22)
Qualité de vie	36	0.7307	70 (22.5)	70 (30)
Pichot	48	0.4533	23 (5)	17 (9)
DERS-F total	41	0.9407	76 (56)	57 (21)
DERS-F acceptation	50	0.3413	13 (13.5)	7 (6)
DERS-F buts	43	0.7915	11 (11.5)	9 (5)
DERS-F impulsifs	43	0.8031	12.5 (15)	8 (2)
DERS-F conscience	36.5	0.7559	14 (7.5)	14 (7)
DERS-F stratégies	38.5	0.8978	13 (11)	12 (7)
DERS-F clarté	39.5	0.9843	6.5 (4.5)	7 (4)
Penn State Worry	48.5	0.4192	48 (15.5)	41 (12)
EII total	48	0.4569	51 (29)	43 (22)
EII 1	40	1	22.5 (18)	22 (9)
EII 2	51	0.2951	28.5 (11)	22 (12)
Steinberg total	55	0.1396	23.5 (12)	18 (4)

*p<0,05 (différence significative entre les médianes)

Concernant les groupes de sujets ayant été intubés ou non durant leur hospitalisation en USI, aucune comparaison significative ne semble apparaître dans les résultats au test de Wilcoxon. De plus, aucune différence significative de médianes pour les diverses variables n'est observée entre les personnes ayant vécu un épisode de délirium durant leur hospitalisation et celles ne l'ayant pas vécu.

Tableau 13

Présentation des résultats au test exact de Wilcoxon - Covid

Variables dépendantes	S	P	Variables indépendantes	
			Médianes (intervalle interquartile)	
			Covid (N=13)	Non Covid (N=6)
<i>HADS-A</i>	31.5	0.0097*	4 (4)	0 (2)
<i>HADS-D</i>	57.5	0.8514	2 (4)	1 (7)
<i>IES-R</i>	30.5	0.0069*	19 (19)	2 (5)
<i>Qualité de vie</i>	66	0.6103	70 (25)	72.5 (30)
<i>Pichot</i>	47	0.2685	20 (7)	15.5 (3)
<i>DERS-F total</i>	52	0.5062	57 (36)	57.5 (16)
<i>DERS-F acceptation</i>	41	0.0925	9 (7)	6 (4)
<i>DERS-F buts</i>	49.5	0.3712	11 (6)	8 (2)
<i>DERS-F impulsifs</i>	47	0.2741	9 (5)	7 (1)
<i>DERS-F conscience</i>	63.5	0.7821	14 (7)	15 (6)
<i>DERS-F stratégies</i>	50.5	0.4244	12 (10)	12 (3)
<i>DERS-F clarté</i>	54	0.6188	7 (3)	6.5 (4)
<i>Penn State Worry</i>	39.5	0.0760	48 (9)	38.5 (2)
<i>EII total</i>	37.5	0.0481*	54 (22)	39 (11)
<i>EII 1</i>	42	0.1211	27 (10)	20 (4)
<i>EII 2</i>	37	0.0429*	28 (11)	19.5 (6)
<i>Steinberg total</i>	37	0.0418*	20 (10)	16.5 (2)

* $p < 0,05$ (différence significative entre les médianes)

Nous observons plusieurs différences significatives entre les patients ayant été hospitalisés pour le Covid-19 et ceux ayant été hospitalisés pour un autre motif. Une différence au niveau de l'anxiété (*HADS-A*) est présente entre les deux groupes ($S = 31.5$, $p = 0.0097$, $Mdn = 4$ (4) et $Mdn = 0$ (2)). Les sujets Covid semblent présenter une anxiété plus élevée que les autres sujets. Des différences significatives sont notamment observées à l'*IES-R* ($S = 30.5$, $p = 0.0069$, $Mdn = 19$ (19) et $Mdn = 2$ (5)), à l'*EII* totale ($S = 37.5$, $p = 0.0481$, $Mdn = 54$ (22) et $Mdn = 39$ (11)), à l'*EII 2* ($S = 37$, $p = 0.0429$, $Mdn = 28$ (11) et $Mdn = 19.5$ (6)), et enfin aux résultats de l'échelle de Steinberg ($S = 37$, $p = 0.0418$, $Mdn = 20$ (10) et $Mdn = 16.5$ (2)). Ainsi, les patients hospitalisés pour le Covid-19 présentent des symptômes de TSPT, des niveaux d'intolérance à l'incertitude et des expériences de dépersonnalisation plus élevés que les patients qui ont été admis aux soins intensifs pour un autre motif que le Covid-19.

Tableau 14

Présentation des résultats au test exact de Wilcoxon - Risque suicidaire

Variables dépendantes	S	P	Variables indépendantes	
			Médianes (intervalle interquartile)	
			Risque (N=5)	Pas de risque (N=14)
<i>HADS-A</i>	60.5	0.3361	3 (5)	3 (4)
<i>HADS-D</i>	54.5	0.6923	2 (3)	2 (6)
<i>IES-R</i>	60	0.3780	15 (13)	8 (26)
<i>Qualité de vie</i>	45	0.6692	70 (25)	70 (30)
<i>Pichot</i>	60	0.3753	23 (8)	17.5 (9)
<i>DERS-F total</i>	52	0.8759	57 (36)	60 (21)
<i>DERS-F acceptation</i>	58	0.4694	9 (7)	7 (6)
<i>DERS-F buts</i>	58	0.4814	11 (6)	8.5 (5)
<i>DERS-F impulsifs</i>	52	0.8927	8 (2)	8 (4)
<i>DERS-F conscience</i>	33.5	0.1341	11 (2)	16 (5)
<i>DERS-F stratégies</i>	64	0.2044	13 (5)	11 (6)
<i>DERS-F clarté</i>	44	0.6053	6 (2)	7 (4)
<i>Penn State Worry</i>	65.5	0.1649	49 (4)	40 (12)
<i>EII total</i>	65.5	0.1607	57 (21)	43.5 (19)
<i>EII 1</i>	67	0.1225	28 (7)	20.5 (9)
<i>EII 2</i>	67	0.1231	29 (13)	22 (11)
<i>Steinberg total</i>	59.5	0.4016	20 (8)	18 (6)

*p<0,05 (différence significative entre les médianes)

Enfin, le test exact de Wilcoxon utilisé pour comparer les deux groupes « risque suicidaire – pas de risque suicidaire » n'a pas permis de mettre en avant des différences significatives.

Il est à noter qu'en parallèle au test exact de Wilcoxon (test non paramétrique), nous avons réalisé un test t de Student (test paramétrique) afin d'évaluer les variables distribuées normalement de notre échantillon (cf. Test de normalité de Shapiro-Wilk). Celui-ci a été réalisé afin de compenser le manque de puissance du test de Wilcoxon pour les variables dites normales. L'homogénéité des variances a également été vérifiée. Cependant, étant donné que nous avons observé des résultats similaires pour les deux types de tests, pour chacune des variables, le test exact de Wilcoxon a été sélectionné par défaut dans ce travail. Le lecteur trouvera en annexe (Annexe 10 et 11) les tableaux d'homogénéité des variances ainsi que les tableaux réalisés pour les tests t de Student, comprenant notamment les moyennes et les écarts-types pour chacun des sous-groupes constitutifs des variables.

III. PARTIE REFLEXIVE

Au sein de la troisième partie de ce travail, les résultats de notre étude seront discutés et mis en lien avec les différents points de théorie évoqués précédemment dans la première partie. Les limites de cette étude seront rapidement abordées et un point sur les perspectives futures sera fait.

CHAPITRE 7 : DISCUSSION

Les patients survivants des soins intensifs doivent faire face à une réhabilitation physique, cognitive mais aussi psychologique longue et laborieuse. Les difficultés psychologiques, représentant l'atteinte la plus importante chez ces patients, ont un impact considérable sur leur qualité de vie au quotidien (Milton et al., 2017, Yuan, Timmins & Thompson, 2021).

La plupart des études concernant l'impact de ces conséquences psychologiques dans cette population spécifique évaluent majoritairement les patients sur base de catégories diagnostiques bien définies. Ainsi, la plupart de ces recherches se concentrent sur l'évaluation de l'anxiété, de la dépression et du trouble de stress post-traumatique. (Desai, Law & Needham, 2011 ; Milton et al., 2017, Proffit & Menzies, 2019 ; Rousseau et al., 2021 ; Yuan, Timmins & Thompson, 2021). A notre connaissance, aucune de ces études ne prend en compte des processus psychologiques plus spécifiques et sous-jacents à ces grandes catégories diagnostiques.

Pour rappel, notre recherche avait pour objectif d'évaluer les impacts psychologiques d'une hospitalisation en USI dans une approche plus dimensionnelle. Une première hypothèse avait été émise sur base des résultats déjà publiés dans la littérature. En effet, nous souhaitions confirmer que les grandes catégories diagnostiques que sont l'anxiété, la dépression et le trouble de stress post-traumatique étaient présents dans notre échantillon. Ensuite, notre hypothèse centrale reposait sur l'idée qu'il existait très certainement autre chose que ces grandes cases diagnostiques au sein de cette population post-soins intensifs. Des processus psychologiques plus spécifiques tels que l'intolérance à l'incertitude, l'inquiétude, des difficultés de régulation émotionnelle, la fatigue ou encore des expériences de dépersonnalisation seraient observés dans notre échantillon. Enfin, nous émettions une dernière hypothèse où l'on considérerait que des variables telles que la présence d'antécédents psychologiques, d'épisodes de délirium ou d'intubation, le sexe, l'âge, la durée et le motif d'hospitalisation des patients influenceraient le développement des difficultés psychologiques évoquées précédemment.

Les résultats obtenus pour notre étude seront discutés ci-dessous. A cette fin, nous respecterons l'ordre d'écriture de ce travail, en structurant cette discussion à travers chacune de nos hypothèses. Dans un premier temps, nous aborderons les données descriptives relatives aux caractéristiques de notre échantillon afin de répondre à notre première hypothèse et à notre hypothèse centrale. Dans un second temps, nous résumerons rapidement les liens intéressants

qui existent entre nos différentes variables d'intérêts. Enfin, dans un troisième temps, nous discuterons des résultats concernant l'impact de certaines variables sur les difficultés psychologiques, permettant de répondre à notre dernière hypothèse.

Les premières analyses statistiques effectuées dans ce travail ont été réalisées afin de vérifier notre première hypothèse, déjà validée scientifiquement à de nombreuses reprises. En effet, de nombreuses études ont déjà pu démontrer que les diagnostics de dépression, d'anxiété et de TSPT étaient présents, en moyenne chez 30% de la population de patients post-soins intensifs, avec une forte variabilité dans les résultats pour ce pourcentage (Desai, Law & Needham, 2011 ; Milton et al., 2017, Proffit & Menzies, 2019 ; Rousseau et al., 2021 ; Yuan, Timmins & Thompson, 2021). Au sein de notre échantillon, un tel pourcentage n'a pas pu être décelé. Cependant, nous constatons tout de même qu'environ 10% de celui-ci présentent l'une de ces problématiques, rejoignant ainsi des pourcentages similaires à certaines études prises en compte dans de larges méta-analyses (Milton et al., 2017 ; Yuan, Timmins & Thompson, 2021). Le niveau de qualité de vie faible présent dans notre échantillon (aux alentours de 60/100) correspond quant à lui aux résultats observés dans la majorité des études réalisées sur ce sujet (Cuthbertson et al., 2010 ; Righy et al., 2019). Pour rappel, dans leur étude portant sur les conséquences psychologiques d'une hospitalisation en USI, Huang et al. (2016) ont démontré qu'il existait des corrélations significatives entre différents troubles tels que la dépression, l'anxiété et le TSPT. Nous avons également pu retrouver des relations significatives entre l'anxiété et la dépression et entre l'anxiété et le TSPT dans notre échantillon mais pas entre le TSPT et la dépression.

Concernant notre hypothèse principale qui considérait qu'il existait très certainement d'autres problématiques psychologiques dans cette population spécifique que ces grandes catégories diagnostiques évoquées plus haut, les premiers résultats ne semblent pas clairement aller dans ce sens. Pour rappel, cette hypothèse est purement exploratoire, ainsi nous ne disposons pas de point de comparaison pour la plupart des processus psychologiques évalués et discutés au sein de ce travail. Cependant, nous constatons qu'un pourcentage important de sujets de notre échantillon présente des niveaux élevés de fatigue. Ces résultats vont dans le sens des conclusions de Steenbergen et al. (2015) qui avaient démontré l'importante présence et l'impact de la fatigue dans la population de patients post-soins intensifs. Certes nous n'atteignons pas les 50% de fatigue rapportés par Chaboyer et Grace (2003) dans leur étude mais un pourcentage atteignant pratiquement les 40% ne semble pas négligeable. En ce qui concerne la présence des processus de régulation émotionnelle, d'inquiétude et d'intolérance à

l'incertitude, les résultats ne semblent pas aller dans le sens d'une réelle présence de ces difficultés au sein de notre échantillon. Plusieurs limites inhérentes à notre étude, qui seront évoquées dans le chapitre suivant, pourraient expliquer en partie ces résultats. Cependant, tous ces résultats ne sont pas inexploitable puisque certains sujets présentent tout de même l'une ou plusieurs de ces trois difficultés d'une manière plus ou moins importante. Nous pouvons émettre l'hypothèse que dans des études de plus grande envergure, avec un nombre plus élevé de sujets, des résultats significatifs pourraient ressortir. Quant aux expériences de dépersonnalisation, même si les résultats ne sont pas clairement significatifs, nous constatons que la majorité de notre échantillon présente ou a présenté ce type d'expérience depuis sa sortie des soins intensifs. Par ailleurs, du fait que cet élément soit sous-jacent au TSPT, il est probable que les patients puissent présenter cette problématique sans pour autant obtenir des scores suffisants pour le diagnostic de TSPT, souvent largement présents dans cette population (Yuan, Timmins & Thompson, 2021). L'emploi d'une approche dimensionnelle dans ce cas bien précis prend tout son sens puisque, même si un patient ne code pas pour un trouble psychologique bien défini, des difficultés sous-jacentes peuvent alors apparaître, permettant ainsi d'obtenir une vision plus exhaustive des problèmes rencontrés par le patient. Par conséquent, une aide plus adaptée et de meilleure qualité peut être proposée au patient.

Nous avons constaté une corrélation significative positive entre l'âge et la qualité de vie, et entre l'âge et la gestion des émotions chez les sujets. Ainsi, la qualité de vie et une meilleure gestion des émotions augmenteraient avec l'âge, rejoignant des études menées par Stephan Adam (2017) où des résultats similaires ont été observés. En outre, si nous revenons au modèle de Dugas et al. (1998), on observe que l'intolérance à l'incertitude est associée aux inquiétudes, voire qu'elle en serait la caractéristique principale. Nous avons également pu constater une corrélation significative et forte entre ces deux processus dans notre étude. Par ailleurs, nous n'avons pas trouvé de liens significatifs entre la durée d'hospitalisation et des difficultés psychologiques. Ces résultats vont dans le sens de différentes études sur le sujet, qui n'ont pas pu mettre en avant un lien entre la durée d'hospitalisation et des difficultés psychologiques tels que de l'anxiété ou encore un TSPT (Nikayin et al., 2016 ; Parker et al., 2015).

La dernière hypothèse émise concernait l'influence de certaines variables sur les difficultés psychologiques. Nous supposons que des éléments tels que la présence d'antécédents psychologiques, une intubation, un épisode de délirium, le Covid-19 comme motif d'hospitalisation ou encore la présence d'un risque suicidaire pourraient favoriser la présence de complications psychologiques chez les patients post-soins intensifs. Les premiers résultats

de nos analyses de groupes concernant les antécédents psychologiques vont dans le sens de notre hypothèse sur certains points. En effet, une différence significative des médianes entre les deux groupes pour l'anxiété et le TSPT indiquent que les personnes présentant des antécédents psychologiques font état de plus d'anxiété et de plus de symptômes de TSPT que les patients sans antécédents psychologiques. Ces mêmes résultats ont déjà été démontrés dans deux études (Davydow et al., 2008 ; Wade et al., 2012) où les patients présentant des problèmes psychologiques préexistants étaient plus susceptibles de développer un TSPT par la suite.

Ensuite, aucune différence significative n'est observée entre les hommes et les femmes hormis pour les expériences de dépersonnalisation où les hommes semblent plus impactés que les femmes. Une nouvelles fois, ces résultats sont à interpréter avec prudence puisque notre échantillon est composé majoritairement d'hommes et de peu de femmes. Des études supplémentaires sont nécessaires en ce qui concerne les différences entre les deux sexes. Malgré les nombreuses études démontrant l'impact des épisodes de délirium et de l'intubation dans le développement de troubles psychologiques chez les patients (Hanquet et al., 2020 ; Murray et al. 202), aucun résultat significatif n'est observé dans notre étude à ce sujet. En ce qui concerne la variable « délirium », le nombre trop faible de patients ayant présenté un épisode de délirium dans notre échantillon pourrait être un élément explicatif de ces résultats.

Nous avons notamment décidé d'évaluer l'impact du motif d'hospitalisation sur les conséquences psychologiques dans notre échantillon. Etant donné le contexte actuel, nous nous sommes rendu compte qu'une grande majorité des patients de notre échantillon étaient hospitalisés à cause du Covid-19 et nous avons ainsi décidé d'évaluer notre échantillon sur base de ce critère. Une étude d'envergure, financée par l'Université d'Oxford, et récemment publiée dans *The Lancet Psychiatry* (Taquet, Geddes, Husain, Luciano, & Harrison, 2021), a révélé que plus d'un tiers des patients survivants de la Covid-19 présentaient des séquelles psychologiques dans les six mois suivants la maladie. Les résultats que nous avons obtenus ont montré que les patients hospitalisés pour la Covid-19 présentaient des niveaux d'anxiété, de TSPT, d'intolérance à l'incertitude mais aussi des expériences de dépersonnalisation plus élevés que les patients hospitalisés pour un autre motif. Si l'on reprend les résultats de l'étude de Taquet al. (2021), pour les patients atteints de la Covid-19 et hospitalisés en USI, les chiffres atteignent 42-46%. Nos résultats semblent donc aller dans le même sens. Ce dernier constat permet de rendre compte du fait qu'il existe d'autres problématiques que les catégories diagnostiques rapportées par la littérature. Il pourrait notamment permettre d'offrir un suivi beaucoup plus adapté à cette population de patients Covid sortant des soins intensifs qui croît de jour en jour.

Par ailleurs, suite aux entretiens réalisés avec les patients, nous nous sommes rendu compte qu'il existait un nombre relativement important de risque suicidaire pour un si petit échantillon. Même si les résultats ne montrent pas d'éléments significatifs à ce sujet, nous avons tout de même pu constater certaines choses. Le contexte actuel de crise sanitaire semble jouer un rôle important dans le mal-être de certains patients. Une faillite professionnelle pour l'un d'entre eux, ajouté à son état physique diminué, suite à son hospitalisation en soins intensifs, semble expliquer la présence d'un risque suicidaire. Pour les autres, les expériences de délirium durant leur hospitalisation, la faiblesse du corps ou encore les cauchemars ont été évoqués durant les entretiens. Ces éléments pourraient en partie expliquer la présence d'un risque suicidaire. Deux études de la méta-analyse de Rabiee et al. (2016) ont pu, par exemple, démontrer que les expériences de délirium étaient corrélées avec la dépression, en lien avec le risque suicidaire, plusieurs mois après la sortie des soins intensifs (Wade et al., 2012 ; Jackson et al., 2014).

Enfin, en ce qui concerne les apports de cette étude à la littérature scientifique, nous pensons que de nouvelles pistes peuvent être dégagées. En effet, l'évaluation en termes de processus psychologiques et non de catégories diagnostiques dans la population de patients post-soins intensifs permet à cette étude de revêtir un caractère exploratoire. Même si les résultats sont mitigés et pas toujours significatifs, **cette étude nous a permis de répondre à notre hypothèse centrale qui est qu'il existe bien d'autres problématiques dans cette population spécifique que les diagnostics de dépression, d'anxiété et de TSPT.** Malgré qu'elles soient moins présentes, des difficultés de régulation émotionnelle, des inquiétudes, de l'intolérance à l'incertitude, des expériences de dépersonnalisation et de la fatigue se manifestent chez certains patients de notre échantillon. Bien que ce ne soit pas le sujet central de notre étude, nous avons notamment pu démontrer que le fait de présenter des antécédents psychologiques et d'être hospitalisé pour la Covid-19 entraînaient des difficultés psychologiques plus importantes que quand des antécédents psychologiques ne sont pas présents et lorsque le motif d'hospitalisation est autre.

CHAPITRE 8 : LIMITES ET PERSPECTIVES FUTURES

L'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire présente un certain nombre de limites que nous exposons ci-dessous :

- La première grosse limite à laquelle nous avons dû faire face est la faible taille de notre échantillon, composé seulement de 19 sujets. L'anormalité d'une grande partie de nos variables et ce faible échantillon nous contraignent d'utiliser des analyses statistiques non paramétriques qui sont moins précises et moins puissantes. De plus, une certaine hétérogénéité au niveau de la répartition des données socio-démographiques de notre échantillon se fait ressentir. Par conséquent, des catégories sont bien plus représentées que d'autres. Par exemple, notre échantillon se compose majoritairement d'hommes par rapport aux femmes.
- Le contexte anxigène engendré par la crise sanitaire que nous rencontrons actuellement a provoqué plusieurs entraves au bon déroulement de notre étude. Premièrement, la contrainte de devoir réaliser les entretiens cliniques par visioconférence a sans nul doute impacté la qualité de notre travail. Entre les coupures internet, la mauvaise qualité du son et de l'image ou encore la difficulté pour les patients d'avoir accès à une plateforme informatique de bonne qualité, tous ces aléas ont complexifié la récolte des données. Le fait qu'une partie des patients soit âgée et présente des troubles auditifs a notamment compliqué les entretiens par visioconférence. Deuxièmement, le climat anxigène quant à la santé physique mais, pour certains aussi, la situation financière incertaine liée aux restrictions sanitaires, a sans nul doute constitué un biais majeur. Malheureusement, nous ne connaissons pas le réel impact que cette crise a ou aura eu sur les résultats de notre étude. Nous imaginons qu'une grande partie de nos variables ont dû être impactées, tel que le risque suicidaire, par exemple, fortement influencé chez certains patients par le contexte de vie actuel.
- La prise en compte d'un questionnaire non validé scientifiquement constitue également une limite importante. L'échelle de Steinberg évaluant les expériences de dépersonnalisation a été employée dans cette étude à défaut d'autres échelles permettant d'évaluer cet élément bien spécifique. Ainsi les scores à cette échelle sont moins fiables et doivent donc être interprétés avec prudence. Il conviendrait,

dans une recherche ultérieure, de mener une étude de validation de cette échelle afin d'obtenir des données plus fiables.

En ce qui concerne les perspectives futures découlant de ce travail, nous pouvons évoquer plusieurs éléments. Les résultats de notre étude étant impactés par toute une série de limites évoquées précédemment, il serait intéressant de réaliser des études supplémentaires sur le sujet. Bien que les résultats attendus ne soient pas tous rencontrés, ceux-ci sont tout de même encourageants, laissant entrevoir des possibilités de réponses si nous contrôlons certaines limites, telle que la taille d'échantillon par exemple. Des éléments interpellants, tels que le nombre élevé de risque suicidaire pour un si petit échantillon ou encore l'impact du Covid-19, mériteraient d'être beaucoup plus approfondis. Il serait également intéressant de comparer les résultats obtenus dans cette étude à la population générale. La petite taille de notre échantillon et son hétérogénéité ne nous a en effet pas permis de comparer notre échantillon à la population générale.

Ensuite, les résultats de notre étude, confirmant en partie la présence de difficultés psychologiques dans cette population post-soins intensifs, laissent en suspens la question des interventions. En effet, même si aujourd'hui peu d'interventions existent pour venir en aide à cette population, cette étude évaluant plus spécifiquement des processus psychologiques pourrait permettre de proposer des suivis psychologiques plus adaptés aux patients sortant des soins intensifs. Même si les diagnostics sont similaires, le fait d'évaluer les processus psychologiques sous-jacents entraînera des prises en charge différentes (Nef, Philipot & Verhofstadt, 2012). Nous pensons également, très modestement, que cette étude des processus psychologiques plutôt que des catégories diagnostiques pourrait engendrer une nouvelle vision des troubles psychologiques chez les patients post-soins intensifs. Il serait notamment intéressant de développer d'autres études visant plus spécifiquement l'impact d'une telle hospitalisation sur ces processus, voire même sur d'autres processus psychologiques.

Enfin, d'autres questions qui subsistent encore à l'issue de cette étude pourraient constituer des études ultérieures pour évaluer d'autres processus psychologiques (telles que les reviviscences, les ruminations et autres), tester les processus psychologiques des participants selon plusieurs lignes de bases, et donc à différents moments post soins intensifs (à 6 mois, à 12 mois, ou encore après deux ans), tester l'impact d'autres facteurs d'influence que l'intubation, les épisodes de délirium, etc... (en ajoutant par exemple les composantes de bruit, de douleur, d'autres motifs d'hospitalisation, etc.), tester les liens entre le risque suicidaire et la présence d'antécédents psychologiques ou la durée d'hospitalisation par exemple, approfondir

les liens avec les expériences de dépersonnalisation, spécifier quels types d'antécédents psychologiques influencent l'apparition de difficultés psychologiques actuelles (par exemple, est-ce que des antécédents de TSPT influenceraient la présence d'expérience de dépersonnalisation dans cette population ?). Ces exemples ne constituent qu'un très petit échantillon des questions qui subsistent à la fin de ce travail. Au vu des nombreuses variables prises en compte dans cette étude, il serait impossible de lister toutes les études et recherches qui pourraient être réalisées.

IV. CONCLUSION

Durant plusieurs mois, des entretiens cliniques ont été réalisés auprès de patients survivant des soins intensifs dans le but d'évaluer les impacts psychologiques, trois mois après leur hospitalisation. Ainsi, en premier lieu, les diagnostics de dépression, d'anxiété et de TSPT ont été évalués afin de vérifier les tendances observées dans la littérature scientifique à ce sujet. Les inquiétudes, l'intolérance à l'incertitude, la régulation émotionnelle, les expériences de dépersonnalisation ainsi que la fatigue ont été prises en compte et l'influence des antécédents psychologiques, des épisodes de délirium, d'une intubation, de la Covid-19 ainsi que du risque suicidaire ont été considérés. Les résultats obtenus ont démontré que toutes ces difficultés psychologiques étaient bien présentes dans notre échantillon mais peu fréquentes pour la plupart. Nous avons notamment pu déduire que la présence d'antécédents psychologiques exerçait une influence sur certaines de ces difficultés et que les patients hospitalisés pour Covid-19 avaient indéniablement été plus impactés pour ce motif que les autres. Ces résultats doivent néanmoins être interprétés prudemment puisque cette étude présente certaines limites telles que la taille réduite de notre échantillon ou encore l'influence de la crise sanitaire actuelle sur la santé mentale des patients. Il serait intéressant de réaliser des études complémentaires afin d'approfondir les premiers résultats obtenus, toujours à travers une approche dimensionnelle des difficultés psychologiques rencontrées par cette population.

V. BIBLIOGRAPHIE

- Adam, S., Missotten, P., Flamion, A., Marquet, M., Clesse, A., Piccard, S., Crutzen, C., & Schroyen, S. (2017). Vieillir en bonne santé dans une société âgiste. *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17, 389-398.
- Aitken, L. M., Rattray, J., Hull, A., Kenardy, J. A., le Brocq, R., & Ullman, A. J. (2013). The use of diaries in psychological recovery from intensive care. *Critical Care*, 17(6), 253. <https://doi.org/10.1186/cc13164>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Annane, D., & Sharshar, T. (2015). Cognitive decline after sepsis. *The Lancet Respiratory Medicine*, 3(1), 61- 9.
- Arroyo-Novoa, C. M., Figueroa-Ramos, M. I., Puntillo, K. A., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L., White, C., & Wild, L. R. (2008). Pain related to tracheal suctioning in awake acutely and critically ill adults : A descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(1), 20-27. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.05.002>
- Azoulay, M., & Raymond, S. (2017). La contention physique, un outil de soins ? *L'information Psychiatrique*, 93(10), 841–845.
- Bacqué, M. (2011). Existe-t-il une psychologie de la mort? *Le Carnet PSY*, 5(5), 22-24. <https://doi.org/10.3917/lcp.154.0022>
- Balogh, D., Kittinger, E., Benzer, A., & Hackl, J.M. (1993). Noise in the ICU. *Intensive Care Med.* 19(6), 343-346.
- Banovic, I., Pédinielli, J. L., Gilibert, D., Jebrane, A., & Cosnes, J. (2012). La fatigue des patients atteints d'une maladie de Crohn en rémission : exploration du rôle du parcours médical et des facteurs psychologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170(3), 157-162. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.07.007>
- Barlow, D. H. (2015). *Psychopathologie (Ouvertures psy-international : Une perspective multidimensionnelle) (French Edition)* (DE BOECK éd.). DE BOECK SUP.

- Bennabi, D., & Haffen, E. (2015). Inflammation et dépression : Revue de la littérature. *PSN*, 13(2), 7-14. <https://doi.org/10.3917/psn.132.0007>
- Bergeron, N. (2018). Chapitre 36. Liaison en unité de soins intensifs. Dans : Cédric Lemogne éd., *Psychiatrie de liaison*, 362-378. Cachan, France: Lavoisier.
- Bienvenu, O. J., Colantuoni, E., Mendez-Tellez, P. A., Dinglas, V. D., Shanholtz, C., Husain, N., Dennison, C. R., Herridge, M. S., Pronovost, P. J., & Needham, D. M. (2012). Depressive Symptoms and Impaired Physical Function after Acute Lung Injury. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 185(5), 517-524. <https://doi.org/10.1164/rccm.201103-0503oc>
- Bienvenu, O. J., Colantuoni, E., Mendez-Tellez, P. A., Shanholtz, C., Dennison-Himmelfarb, C. R., Pronovost, P. J., & Needham, D. M. (2015). Cooccurrence of and Remission From General Anxiety, Depression, and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms After Acute Lung Injury. *Critical Care Medicine*, 43(3), 642-653. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000000752>
- Bottesi, G., Ghisi, M., Carraro, E., Barclay, N., Payne, R., & Freeston, M. H. (2016, novembre). Revising the Intolerance of Uncertainty Model of Generalized Anxiety Disorder : Evidence from UK and Italian Undergraduate Samples. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01723>
- Boumendil, A., Somme, D., Garrouste-Orgeas, M., & Guidet, B. (2007). Should elderly patients be admitted to the intensive care unit ? *Intensive Care Medicine*, 33(7). <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0621-3>
- Breslau, N. (2004). Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder : A Study of Youths in Urban America. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 81(4), 530-544. <https://doi.org/10.1093/jurban/jth138>
- Breslau, N., Lucia, V. C., & Alvarado, G. F. (2006). Intelligence and Other Predisposing Factors in Exposure to Trauma and Posttraumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(11), 1238-1245. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.11.1238>
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French Version of the Impact of Event Scale-Revised. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(1), 56-61. <https://doi.org/10.1177/070674370304800111>

- Bulic, D., Bennett, M., Georgousopoulou, E. N., Shehabi, Y., Pham, T., Looi, J. C. L., & van Haren, F. M. P. (2020). Cognitive and psychosocial outcomes of mechanically ventilated intensive care patients with and without delirium. *Annals of Intensive Care*, *10*(1). <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00723-2>
- Chaboyer, W., & Grace, J. (2003). Following the path of ICU survivors: a quality-improvement activity. *Nursing Critical Care*, *8*, 149–55.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic Events and Post-traumatic Stress in Childhood. *Archives of General Psychiatry*, *64*(5), 577-584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
- Côté, G., Gosselin, P., & Dagenais, I. (2013). Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions : propriétés psychométriques d'une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *23*(2), 63-72. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2013.01.005>
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale—Revised. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(12), 1489-1496. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.07.010>
- Cuffe, S. P., Addy, C. L., Garrison, C. Z., Waller, J. L., Jackson, K. L., McKeown, R. E., & Chilappagari, S. (1998). Prevalence of PTSD in a Community Sample of Older Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *37*(2), 147-154. <https://doi.org/10.1097/00004583-199802000-00006>
- Cuthbertson, B. H., Roughton, S., Jenkinson, D., MacLennan, G., & Vale, L. (2010). Quality of life in the five years after intensive care : a cohort study. *Critical Care*, *14*(1), R6. <https://doi.org/10.1186/cc8848>
- Darves-Bornoz, J. M., Alonso, J., de Girolamo, G., Graaf, R. D., Haro, J. M., Kovess-Masfety, V., Lepine, J. P., Nachbaur, G., Negre-Pages, L., Vilagut, G., & Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe : PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, *21*(5), 455-462. <https://doi.org/10.1002/jts.20357>
- Davydow, D. S., Desai, S. V., Needham, D. M., & Bienvenu, O. J. (2008). Psychiatric Morbidity in Survivors of the Acute Respiratory Distress Syndrome : A Systematic Review. *Psychosomatic Medicine*, *70*(4), 512-519. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e31816aa0dd>

- Davydow, D. S., Hough, C. L., Langa, K. M., & Iwashyna, T. J. (2012). Presepsis Depressive Symptoms Are Associated with Incident Cognitive Impairment in Survivors of Severe Sepsis : A Prospective Cohort Study of Older Americans. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(12), 2290-2296. <https://doi.org/10.1111/jgs.12001>
- Davydow, D. S., Zatzick, D., Hough, C. L., & Katon, W. J. (2013). In-Hospital Acute Stress Symptoms Are Associated with Impairment in Cognition 1 Year after Intensive Care Unit Admission. *Annals of the American Thoracic Society*, 10(5), 450-457. <https://doi.org/10.1513/annalsats.201303-060oc>
- De Jonghe, B., Lacherade, J. C., Sharshar, T., & Outin, H. (2009). Intensive care unit-acquired weakness : Risk factors and prevention. *Critical Care Medicine*, 37, S309-S315. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e3181b6e64c>
- Desai, S. V., Law, T. J., & Needham, D. M. (2011). Long-term complications of critical care. *Critical Care Medicine*, 39(2), 371-379. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e3181fd66e5>
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freston, 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)
- Duggan, M. C., Wang, L., Wilson, J. E., Dittus, R. S., Ely, E. W., & Jackson, J. C. (2017). The relationship between executive dysfunction, depression, and mental health-related quality of life in survivors of critical illness : Results from the BRAIN-ICU investigation. *Journal of Critical Care*, 37, 72-79. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.08.023>
- Duning, T., van den Heuvel, I., Dickmann, A., Volkert, T., Wempe, C., Reinholz, J., Lohmann, H., Freise, H., & Ellger, B. (2010). Hypoglycemia Aggravates Critical Illness-Induced Neurocognitive Dysfunction. *Diabetes Care*, 33(3), 639-644. <https://doi.org/10.2337/dc09-1740>
- Ehlenbach, W. J., Hough, C.L., Crane, P.K., Haneuse, S.J., Carson, S.S., Curtis, J.R., & Larson, E.B. (2010). Association Between Acute Care and Critical Illness Hospitalization and Cognitive Function in Older Adults. *JAMA*, 303(8), 763. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.167>
- Elliott, R., McKinley, S., Fien, M., & Elliott, D. (2016). Posttraumatic stress symptoms in intensive care patients : An exploration of associated factors. *Rehabilitation Psychology*, 61(2), 141-150. <https://doi.org/10.1037/rep0000074>

- Ewens, B., Chapman, R., Tulloch, A., & Hendricks, J. M. (2014). ICU survivors' utilisation of diaries post discharge : A qualitative descriptive study. *Australian Critical Care*, 27(1), 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2013.07.001>
- Falk, S. A., & Woods, N. F. (1973). Hospital Noise — Levels and Potential Health Hazards. *New England Journal of Medicine*, 289(15), 774-781. <https://doi.org/10.1056/nejm197310112891504>
- Fan, E., Dowdy, D. W., Colantuoni, E., Mendez-Tellez, P. A., Sevransky, J. E., Shanholtz, C., Dennison Himmelfarb, C. R., Desai, S. V., Ciesla, N., Herridge, M. S., Pronovost, P. J., & Needham, D. M. (2014). Physical Complications in Acute Lung Injury Survivors. *Critical Care Medicine*, 42(4), 849-859. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000000040>
- Finsterer, J., & Mahjoub, S. Z. (2014). Fatigue in Healthy and Diseased Individuals. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 31(5), 562–575. <https://doi.org/10.1177/1049909113494748>
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research*, 12(3), 189-98.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and individual Differences*, 17, 791-802.
- Gallais, B., Gargiulo, M., Montreuil, M., & Eymard, B. (2013). La fatigue dans la dystrophie myotonique de Steinert : revue de la littérature et voies de recherche. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(2), 83-88. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.02.017>
- Gao, L., Taha, R., Gauvin, D., Othmen, L. B., Wang, Y., & Blaise, G. (2005). Postoperative Cognitive Dysfunction After Cardiac Surgery. *Chest*, 128(5), 3664-3670. <https://doi.org/10.1378/chest.128.5.3664>
- Genton, A. M. (2019). Le syndrome post soins intensifs au travers d'une consultation de suivi après les soins intensifs [Thèse de doctorat, Université de Genève]. UNIGE. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:121675>

- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K., & Cohen, E. (1995). Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a Community Population of Older Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *34*(10), 1369-1380. <https://doi.org/10.1097/00004583-199510000-00023>
- Girard, T. D., Jackson, J. C., Pandharipande, P. P., Pun, B. T., Thompson, J. L., Shintani, A. K., Gordon, S. M., Canonico, A. E., Dittus, R. S., Bernard, G. R., & Wesley Ely, E. (2010). Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. *Critical Care Medicine*, *38*(7), 1513-1520. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e3181e47be1>
- Gosselin, P., & Laberge, B. (2003). Les facteurs étiologiques du Trouble d'anxiété généralisée : état actuel des connaissances. *L'Encéphale*, *29*, 351-361.
- Gosselin, P., Dugas, M.-J., Ladouceur, R., & Freston, M.-H. (2001). Évaluation des inquiétudes: Validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire [Evaluation of worry: Validation of a French translation of the Penn State Worry]
- Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Psychopathology Behavioral Assessment*, *26*, 41-54.
- Grenier, S., & Ladouceur, R. (2004). Manipulation de l'intolérance à l'incertitude et inquiétudes. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *36*(1), 56-65.
- Griffiths, J., Hatch, R. A., Bishop, J., Morgan, K., Jenkinson, C., Cuthbertson, B. H., & Brett, S. J. (2013). An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors : a 12-month follow-up study. *Critical Care*, *17*(3), R100. <https://doi.org/10.1186/cc12745>
- Gross, J.J. (2002). Emotion regulation : Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39*, 281-291.
- Gunther, M. L., Morandi, A., Krauskopf, E., Pandharipande, P., Girard, T. D., Jackson, J. C., Thompson, J., Shintani, A. K., Geevarghese, S., Miller, R. R., Canonico, A., Merkle, K., Cannistraci, C. J., Rogers, B. P., Gatenby, J. C., Heckers, S., Gore, J. C., Hopkins, R. O., & Ely, E. W. (2012). The association between brain volumes, delirium duration, and cognitive outcomes in intensive care unit survivors. *Critical Care Medicine*, *40*(7), 2022-2032. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e318250acc0>

- Hanquet, G., Benhamed, N., Castanares- Zapatero, D., Dauvrin, M., Desomer, A., & Rondia, K. (2020, octobre). *Le syndrome post-soins intensifs (PICS) synthèse*. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Synthese_PICS_FR_.pdf
- Hatch, R., Young, D., Barber, V., Griffiths, J., Harrison, D. A., & Watkinson, P. (2018). Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness : a UK-wide prospective cohort study. *Critical Care*, 22(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2223-6>
- Health Interview Survey - Home*. (2018). Sciensano. <https://his.wiv-isp.be/Site-Pages/Home.aspx>
- Hermans, G., & Van den Berghe, G. (2015). Clinical review : intensive care unit acquired weakness. *Critical Care*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0993-7>
- Herridge, M. S., Chu, L. M., Matte, A., Tomlinson, G., Chan, L., Thomas, C., Friedrich, J. O., Mehta, S., Lamontagne, F., Levasseur, M., Ferguson, N. D., Adhikari, N. K. J., Rudkowski, J. C., Meggison, H., Skrobik, Y., Flannery, J., Bayley, M., Batt, J., Santos, C. D., Cameron, J. I. (2016). The RECOVER Program : Disability Risk Groups and 1-Year Outcome after 7 or More Days of Mechanical Ventilation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 194(7), 831-844. <https://doi.org/10.1164/rccm.201512-2343oc>
- Herridge, M. S., Tansey, C. M., Matté, A., Tomlinson, G., Diaz-Granados, N., Cooper, A., Guest, C. B., Mazer, C. D., Mehta, S., Stewart, T. E., Kudlow, P., Cook, D., Slutsky, A. S., & Cheung, A. M. (2011). Functional Disability 5 Years after Acute Respiratory Distress Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 364(14), 1293-1304. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1011802>
- Herridge, M.S., Cheung, A.M., Tansey, C.M., Matte-Martyn, A., Diaz-Granados, N., & Al-Saidi, F. (2003). One-year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *New England Journal of Medicine*, 348(8), 683-93.
- Heyland, D., Schroter-Noppe, D., Drover, J., Jain, M., Keefe, L., Dhaliwal, R., & Day, A. (2003). Nutrition support in the critical care setting : current practice in canadian ICUs - opportunities for improvement ? *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 27(1), 74-83. <https://doi.org/10.1177/014860710302700174>

- Hill, A. D., Fowler, R. A., Pinto, R., Herridge, M. S., Cuthbertson, B. H., & Scales, D. C. (2016). Long-term outcomes and healthcare utilization following critical illness – a population-based study. *Critical Care*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1248-y>
- Hopkins, R. O., & Jackson, J. C. (2006). Long-term Neurocognitive Function After Critical Illness. *Chest*, 130(3), 869-878. <https://doi.org/10.1378/chest.130.3.869>
- Hopkins, R. O., Key, C. W., Suchyta, M. R., Weaver, L. K., & Orme, J. F. (2010). Risk factors for depression and anxiety in survivors of acute respiratory distress syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 32(2), 147-155. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.11.003>
- Hopkins, R. O., Weaver, L. K., Orme, J. F., & Chan, K. J. (2005). Two-Year Cognitive, Emotional, and Quality-of-Life Outcomes in Acute Respiratory Distress Syndrome. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 172(6), 786-787. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.172.6.959>
- Hopkins, R., & Girard, T. (2012). Medical and Economic Implications of Cognitive and Psychiatric Disability of Survivorship. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 33(04), 348-356. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1321984>
- Hopkins, R., Weaver, L., Pope, D., Orme, J., Bigler, E., & Larson-Lorh, V. (1999). Neuropsychological Sequelae and Impaired Health Status in Survivors of Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 160(1), 50-56. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.160.1.9708059>
- Huang, M., Parker, A. M., Bienvenu, O. J., Dinglas, V. D., Colantuoni, E., Hopkins, R. O., & Needham, D. M. (2016). Psychiatric Symptoms in Acute Respiratory Distress Syndrome Survivors. *Critical Care Medicine*, 44(5), 954-965. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000001621>
- Ibsen, B. (1954). The Anæsthetist's Viewpoint on the Treatment of Respiratory Complications in Poliomyelitis during the Epidemic in Copenhagen, 1952. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 47(1), 72-74. <https://doi.org/10.1177/003591575404700120>
- Iwashyna, T. J. (2010). Survivorship Will Be the Defining Challenge of Critical Care in the 21st Century. *Annals of Internal Medicine*, 153(3), 204. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-3-201008030-00013>
- Iwashyna, T. J., Ely, E. W., Smith, D. M., & Langa, K. M. (2010). Long-term Cognitive Impairment and Functional Disability Among Survivors of Severe Sepsis. *JAMA*, 304(16), 1787. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1553>

- Jackson, J. C., Girard, T. D., Gordon, S. M., Thompson, J. L., Shintani, A. K., Thomason, J. W., Pun, B. T., Canonico, A. E., Dunn, J. G., Bernard, G. R., Dittus, R. S., & Ely, E. W. (2010). Long-term Cognitive and Psychological Outcomes in the Awakening and Breathing Controlled Trial. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 182(2), 183-191. <https://doi.org/10.1164/rccm.200903-0442oc>
- Jackson, J. C., Hart, R. P., Gordon, S. M., Shintani, A., Truman, B., May, L., & Ely, E. W. (2003). Six-month neuropsychological outcome of medical intensive care unit patients. *Critical Care Medicine*, 31(4), 1226-1234. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000059996.30263.94>
- Jackson, J. C., Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Brummel, N. E., Thompson, J. L., Hughes, C. G., Pun, B. T., Vasilevskis, E. E., Morandi, A., Shintani, A. K., Hopkins, R. O., Bernard, G. R., Dittus, R. S., & Ely, E. W. (2014). Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study : a longitudinal cohort study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 2(5), 369-379. [https://doi.org/10.1016/s2213-2600\(14\)70051-7](https://doi.org/10.1016/s2213-2600(14)70051-7)
- Jones, C., Griffiths, R. D., Humphris, G., & Skirrow, P. M. (2001). Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine*, 29(3), 573-580. <https://doi.org/10.1097/00003246-200103000-00019>
- Kalfon, P., Mimos, O., Auquier, P., Loundou, A., Gauzit, R., Lepape, A., Laurens, J., Garrigues, B., Pottecher, T., & Mallédant, Y. (2010). Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients. *Intensive Care Medicine*, 36(10), 1751-1758. <https://doi.org/10.1007/s00134-010-1902-9>
- Kelly, F. E., Fong, K., Hirsch, N., & Nolan, J. P. (2014). Intensive care medicine is 60 years old : the history and future of the intensive care unit. *Clinical Medicine*, 14(4), 376-379. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-4-376>
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 593–602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593

- Kiekkas, P., Theodorakopoulou, G., Spyrtos, F., & Baltopoulos, G. I. (2010). Psychological distress and delusional memories after critical care: a literature review. *International Nursing Review*, 57, 288–296.
- Knipp, S. C., Matatko, N., Wilhelm, H., Schlamann, M., Thielmann, M., Lösch, C., Diener, H. C., & Jakob, H. (2008). Cognitive Outcomes Three Years After Coronary Artery Bypass Surgery : Relation to Diffusion-Weighted Magnetic Resonance Imaging. *The Annals of Thoracic Surgery*, 85(3), 872-879. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2007.10.083>
- Kowalczyk, M., Nestorowicz, A., Fijałkowska, A., & Kwiatosz-Muc, M. (2013). Emotional sequelae among survivors of critical illness. *European Journal of Anaesthesiology*, 30(3), 111-118. <https://doi.org/10.1097/eja.0b013e32835dcc45>
- Landolt, M. A., Schnyder, U., Maier, T., Schoenbucher, V., & Mohler-Kuo, M. (2013). Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents : A National Survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress*, 26(2), 209-216. <https://doi.org/10.1002/jts.21794>
- Langlois, F., Gosselin, P., Brunelle, C., Drouin, M-C., & Ladouceur, R. (2007). Les variables cognitives impliquées dans l'inquiétude face à la maladie. *Canadian journal of behavioral science*, 39(3), 174-183.
- Latronico, N., Shehu, I., & Seghelini, E. (2005). Neuromuscular sequelae of critical illness. *Current Opinion in Critical Care*, 11(4), 381-390. <https://doi.org/10.1097/01.ccx.0000168530.30702.3e>
- Lauru, D. (2004). Dépersonnalisation, le doute d'exister ? *Figures de la psychanalyse*, 9(1), 87. <https://doi.org/10.3917/fp.009.0087>
- Lawson, N., Thompson, K., Saunders, G., Saiz, J., Richardson, J., Brown, D., Ince, N., Caldwell, M., & Pope, D. (2010). Sound Intensity and Noise Evaluation in a Critical Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 19(6), 88-98. <https://doi.org/10.4037/ajcc2010180>
- Leplège, A., Mesbah, M., Marquis, P. (1995). Analyse préliminaire des propriétés psychométriques de la version française d'un questionnaire international de mesure de qualité de vie : le MOS SF-36 (version 1.1). *Revue Epidémiologique et Santé Publique*, 43, 371-379.
- Maccioli, G. A., Dorman, T., Brown, B. R., Mazuski, J. E., McLean, B. A., Kuszaj, J. M., Rosenbaum, S. H., Frankel, L. R., Devlin, J. W., Govert, J. A., Smith, B., & Peruzzi, W.

- T. (2003). Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit : Use of restraining therapies—American College of Critical Care Medicine Task Force 2001–2002. *Critical Care Medicine*, 31(11), 2665-2676. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000095463.72353.ad>
- Marra, A., Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Patel, M. B., Hughes, C. G., Jackson, J. C., Thompson, J. L., Chandrasekhar, R., Ely, E. W., & Brummel, N. E. (2018). Co-Occurrence of Post-Intensive Care Syndrome Problems Among 406 Survivors of Critical Illness. *Critical Care Medicine*, 46(9), 1393-1401. <https://doi.org/10.1097/ccm.00000000000003218>
- McIlroy, P. A., King, R. S., Garrouste-Orgeas, M., Tabah, A., & Ramanan, M. (2019). The Effect of ICU Diaries on Psychological Outcomes and Quality of Life of Survivors of Critical Illness and Their Relatives. *Critical Care Medicine*, 47(2), 273-279. <https://doi.org/10.1097/ccm.00000000000003547>
- Meyer, T. J., Miller, M L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28, 487 – 495.
- Mikkelsen, M. E., Shull, W. H., Biester, R. C., Taichman, D. B., Lynch, S., Demissie, E., Hansen-Flaschen, J., & Christie, J. D. (2009). Cognitive, mood and quality of life impairments in a select population of ARDS survivors. *Respirology*, 14(1), 76-82. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1843.2008.01419.x>
- Milton, A., Brück, E., Schandl, A., Bottai, M., & Sackey, P. (2017). Early psychological screening of intensive care unit survivors : a prospective cohort study. *Critical Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1813-z>
- Murray, H., Grey, N., Wild, J., Warnock-Parkes, E., Kerr, A., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2020). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder following critical illness and intensive care unit admission. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13, 1-17. <https://doi.org/10.1017/s1754470x2000015x>
- Myhren, H., Tøien, K., Ekeberg, I., Karlsson, S., Sandvik, L., & Stokland, O. (2009). Patients' memory and psychological distress after ICU stay compared with expectations of the relatives. *Intensive Care Medicine*, 35(12), 2078-2086. <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1614-1>

- Nader-Grobois, N. (2009). *Résilience, régulation et qualité de vie / resilience, regulation and quality of life* (P U DE LOUVAIN éd.). P U DE LOUVAIN. <https://pul.uclouvain.be/book/?GCOI=29303100138550>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bäckström, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA : A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Nef, F., Philipot, P., & Verhofstadt, L. (2012) L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques : Une approche psychologique intégrée. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 17 (3). <http://hdl.handle.net/2078.1/129174>
- Nelson, J. E., Meier, D. E., Oei, E. J., Nierman, D. M., Senzel, R. S., Manfredi, P. L., Davis, S. M., & Morrison, R. S. (2001). Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Critical Care Medicine*, 29(2), 277-282. <https://doi.org/10.1097/00003246-200102000-00010>
- Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters : a systematic review. *Psychological Medicine*, 38(4), 467-480. <https://doi.org/10.1017/s0033291707001353>
- Nikayin, S., Rabiee, A., Hashem, M. D., Huang, M., Bienvenu, O. J., Turnbull, A. E., & Needham, D. M. (2016). Anxiety symptoms in survivors of critical illness : a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 43, 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.08.005>
- Pandharipande, P.P., Girard, T.D., Jackson, J.C., Morandi, A., Thompson, J.L., Pun, B.T., Brummel, N.E., Hughes, C.G., Vasilevskis, E.E., Shintani, A.K., Moons, K.G., Geevarghese, S.K., Canonico, A., Hopkins, R.O., Bernard, G.R., Dittus, R.S., & Ely, E. W. (2013). Long-term cognitive impairment after critical illness. *N. Engl. J. Med.* 369, 1306–1316. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1301372>.
- Paparrigopoulos, T., Melissaki, A., Tzavellas, E., Karaiskos, D., Ilias, I., & Kokras, N. (2014). Increased co-morbidity of depression and post-traumatic stress disorder symptoms and common risk factors in intensive care unit survivors : A two-year follow-up study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 18(1), 25-31. <https://doi.org/10.3109/13651501.2013.855793>

- Parker, A. M., Sricharoenchai, T., Raparla, S., Schneck, K. W., Bienvenu, O. J., & Needham, D. M. (2015). Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: a meta-analysis. *Critical Care Medicine*, *43*, 1121–1129.
- Payen, D. (2019). Sepsis : choc septique réfractaire et coagulation. *Anesthésie & Réanimation*, *5*(4), 253-255. <https://doi.org/10.1016/j.anrea.2019.04.011>
- Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., Lavagne, P., & Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, *29*(12), 2258-2263. <https://doi.org/10.1097/00003246-200112000-00004>
- Proffit, T., & Menzies, V. (2019). Relationship of symptoms associated with ICU-survivorship: An integrative literature review. *Intensive and critical care nursing*, *53*, 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.02.004>
- Pulak, L. M., & Jensen, L. (2016). Sleep in the Intensive Care Unit : A Review. *Journal of Intensive Care Medicine*, *31*(1), 14-23. <https://doi.org/10.1177/0885066614538749>
- Puntillo, K. A., Morris, A. B., Thompson, C. L., Stanik-Hutt, J., White, C. A., & Wild, L. R. (2004). Pain behaviors observed during six common procedures : Results from Thunder Project II. *Critical Care Medicine*, *32*(2), 421-427. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000108875.35298.d2>
- Rabiee, A., Nikayin, S., Hashem, M. D., Huang, M., Dinglas, V. D., Bienvenu, O. J., Turnbull, A. E., & Needham, D. M. (2016). Depressive Symptoms After Critical Illness. *Critical Care Medicine*, *44*(9), 1744-1753. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000001811>
- 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), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2489-3>
- Robinson, R.G. (1997). Neuropsychiatric consequences of stroke. *Annual Review of Medicine*, *48*, 217-424.

- Romano, H. (2010). L'annonce d'un diagnostic grave. *La Revue de Médecine Interne*, 31(9), 626-630. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2010.01.013>
- Rotondi, A. J., Chelluri, L., Sirio, C., Mendelsohn, A., Schulz, R., Belle, S., Im, K., Donahoe, M., & Pinsky, M. R. (2002). Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 30(4), 746-752. <https://doi.org/10.1097/00003246-200204000-00004>
- Rousseau, A. F., Prescott, H. C., Brett, S. J., Weiss, B., Azoulay, E., Creteur, J., Latronico, N., Hough, C. L., Weber-Carstens, S., Vincent, J. L., & Preiser, J. C. (2021). Long-term outcomes after critical illness : recent insights. *Critical Care*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03535-3>
- Ruscio, A. M., & Borkovec, T. D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 42(12), 1469–1482. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.007>
- Saczynski, J. S., Marcantonio, E. R., Quach, L., Fong, T. G., Gross, A., Inouye, S. K., & Jones, R. N. (2012). Cognitive Trajectories After Postoperative Delirium. *Survey of Anesthesiology*, 56(6), 286-287. <https://doi.org/10.1097/01.sa.0000422670.97733.97>
- Sar, V., Md, Alioğlu, F., Md, Akyuz, G., Md, Tayakısı, E., Öğülmüş, E. F., & Sönmez, D. (2017). Awareness of identity alteration and diagnostic preference between borderline personality disorder and dissociative disorders. *Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 18(5), 693–709. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1267684>
- Sasanejad, C., Ely, E. W., & Lahiri, S. (2019). Long-term cognitive impairment after acute respiratory distress syndrome : a review of clinical impact and pathophysiological mechanisms. *Critical Care*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2626-z>
- Scanlan, J., & Borson, S. (2001). The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(2), 216-222.
- Schandl, A., Bottai, M., Hellgren, E., Sundin, Ö., & Sackey, P. (2012). Gender differences in psychological morbidity and treatment in intensive care survivors - a cohort study. *Critical Care*, 16(3), R80. <https://doi.org/10.1186/cc11338>

- Simonsen, E. (2010). The integration of categorical and dimensional approaches to psychopathology. Contemporary directions in psychopathology. *Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*, 350-361. The Guilford Press.
- Sivanathan, L., Wunsch, H., Vigod, S., Hill, A., Pinto, R., & Scales, D. C. (2019). Mental illness after admission to an intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 45(11), 1550-1558. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05752-5>
- Spadaro, S., Capuzzo, M., Valpiani, G., Bertacchini, S., Ragazzi, R., dalla Corte, F., Terranova, S., Marangoni, E., & Volta, C. A. (2016). Fatigue in intensive care survivors one year after discharge. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0554-z>
- Spencer-Segal, J. L., Hyzy, R. C., Iwashyna, T. J., & Standiford, T. J. (2017). Psychiatric Symptoms in Survivors of Acute Respiratory Distress Syndrome. Effects of Age, Sex, and Immune Modulation. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(6), 960-967. <https://doi.org/10.1513/annalsats.201606-468oc>
- Steenbergen, S., Rijkenberg, S., Adonis, T., Kroeze, G., van Stijn, I., & Endeman, H. (2015). Long-term treated intensive care patients outcomes : the one-year mortality rate, quality of life, health care use and long-term complications as reported by general practitioners. *BMC Anesthesiology*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12871-015-0121-x>
- Steinberg, M. (2001). Updating Diagnostic Criteria for Dissociative Disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(1), 59-63. https://doi.org/10.1300/j229v02n01_07
- Stevens, R., Dowdy, D., Michaels, R., Mendez-Tellez, P., Pronovost, P., & Needham, D. (2007). Neuromuscular dysfunction acquired during critical illness : a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 33(11), 1876-1891. <https://doi.org/10.1186/cc5502>
- Stevens, R., Hart, N., & Herridge, M. (2014). *Textbook of Post-ICU Medicine : The Legacy of Critical Care* (1^{re} éd.). Oxford University Press, USA.
- Stevenson, J. E., Colantuoni, E., Bienvenu, O. J., Sricharoenchai, T., Wozniak, A., Shanholtz, C., Mendez-Tellez, P. A., & Needham, D. M. (2013). General anxiety symptoms after acute lung injury : Predictors and correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(3), 287-293. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.06.002>
- Suchyta, M. R., Jephson, A., & Hopkins, R. O. (2010). Neurologic Changes during Critical Illness : Brain Imaging Findings and Neurobehavioral Outcomes. *Brain Imaging and Behavior*, 4(1), 22-34. <https://doi.org/10.1007/s11682-009-9082-3>

- Taquet, M., Geddes, J. R., Husain, M., Luciano, S., & Harrison, P. J. (2021). 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19 : a retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet Psychiatry*, 8(5), 416-427. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00084-5](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00084-5)
- Ullman, A. J., Aitken, L. M., Rattray, J., Kenardy, J., le Brocq, R., MacGillivray, S., & Hull, A. M. (2015). Intensive care diaries to promote recovery for patients and families after critical illness : A Cochrane Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1243-1253. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.020>
- Valsø, Å., Rustøen, T., Skogstad, L., Schou-Bredal, I., Ekeberg, Ø., Småstuen, M. C., & Tøien, K. (2020). Posttraumatic stress symptoms and sense of coherence in proximity to intensive care unit discharge. *Nursing in Critical Care*, 25, 117–125.
- Van der Linden, M. (2016). Chapitre 1. S'affranchir du DSM ou d'une vision essentialiste des problèmes psychologiques. Dans : Jean-Louis Monestès éd., *L'approche transdiagnostique en psychopathologie: Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques* (pp. 9-32). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.mones.2016.01.0009>
- Van der Schaaf, M., Beelen, A., Dongelmans, D., Vroom, M., & Nollet, F. (2009). Functional status after intensive care : A challenge for rehabilitation professionals to improve outcome. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(5), 360-366. <https://doi.org/10.2340/16501977-0333>
- Vinatier, I. (2011). Le bien-être du patient en réanimation — Comment l'améliorer ? *Réanimation*, 20(S2), 662-668. <https://doi.org/10.1007/s13546-010-0136-8>
- Vincent, J.L. (2009). *Le Manuel De Réanimation, Soins Intensifs Et Médecine D'urgence (French Edition)* (3^e éd.) [E-book]. Educa Books. <https://doi.org/10.1007/978-2-287-99033-5>
- Vincent, J., & C. (2017). *Le Manuel De Réanimation, Soins Intensifs Et Médecine D'urgence (French Edition)* (4^{ème} éd.) [E-book]. Educa Books. <https://doi.org/10.1007/978-2-287-99033-5>
- Wade, D. M., Howell, D. C., Weinman, J. A., Hardy, R. J., Mythen, M. G., Brewin, C. R., Borja-Boluda, S., Matejowsky, C. F., & Raine, R. A. (2012). Investigating risk factors

- for psychological morbidity three months after intensive care : a prospective cohort study. *Critical Care*, 16(5), R192. <https://doi.org/10.1186/cc11677>
- Wade, D., Hardy, R., Howell, D., & Mythen, M. (2013). Identifying clinical and acute psychological risk factors for PTSD after critical care: a systematic review. *Minerva Anesthesiologica*, 79, 944–963.
- Wang, S., Lasiter, S., Zarzaur, B., Campbell, T., Boustani, M., & Khan, B. (2017). Critical care recovery center: can a geriatric model of care guide recovery of ICU survivors? *Best Pract. Ment. Health*, 13(2), 50–60
- Weiss, D. et Marmar , C. (1997) Impact of Events Scale Revised (IES-R), in J. Wilson and Tl Keane, *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York. Guilford
- Widakowich, C., Van Wettere, L., Jurysta, F., Linkowski, P., & Hubain, P. (2013). L’approche dimensionnelle versus l’approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique : aspects historiques et épistémologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(5), 300-305. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.03.013>
- Williams, T. A., Dobb, G. J., Finn, J. C., & Webb, S. A. R. (2005). Long-term survival from intensive care : a review. *Intensive Care Medicine*, 31(10), 1306-1315. <https://doi.org/10.1007/s00134-005-2744-8>
- Winters, B. D., Eberlein, M., Leung, J., Needham, D. M., Pronovost, P. J., & Sevransky, J. E. (2010). Long-term mortality and quality of life in sepsis : A systematic review. *Critical Care Medicine*, 38(5), 1276-1283. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e3181d8cc1d>
- Wood, R.L., & McMillan, T.M. (2001). *Neurobehavioral disability and social handicap following traumatic brain injury*. Hove : Psychology Press.
- Yuan, C., Timmins, F., & Thompson, D. R. (2021). Post-intensive care syndrome : A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 114, 103814. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103814>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zoromba, M. (2018). *Relationship between Emotional Intelligence and Level of Depression*. LAP LAMBERT Academic Publishing.

D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1999). *Problem-Solving Therapy : A Social Competence Approach to Clinical Intervention (SPRINGER SERIES ON BEHAVIOR THERAPY AND BEHAVIORAL MEDICINE)* (2nd éd.). Springer Publishing Co.

VI. ANNEXES

Annexe 1 : Critères DSM-V trouble de stress post-traumatique

Critères A :

« Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs manières :

- (1) En étant exposé directement à un ou plusieurs événements traumatiques ;
- (2) En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
- (3) En découvrant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de la famille ou un ami ;
- (4) Une exposition répétée ou extrême à des détails choquants d'un événement traumatisant. »

Critères B :

La présence d'un ou plusieurs des symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants et étant apparus après que le ou les événements se soient produits :

- (1) Des souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de ou des événements traumatisants ;
- (2) Des rêves récurrents associés émotionnellement et dans le contenu, liés à l'événement et qui provoquent une détresse significative ;
- (3) Des réactions dissociatives telles que des flashbacks par exemple, au cours desquelles la personne ressent ou agit comme si l'événement se reproduisait ;
- (4) Un sentiment intense ou prolongé de détresse psychologique lors d'une exposition à des indices internes ou externes qui évoquent ou ressemblent à l'événement traumatique ;
- (5) Des réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant de nouveau l'événement traumatique.

Critères C :

La présence d'évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques et dont au moins un des symptômes suivants est présent :

- (1) Des évitements ou tentatives d'évitement des pensées, des souvenirs ou des sensations en lien avec l'événement traumatisant, provoquant un sentiment de détresse ;
- (2) Des évitements ou tentatives d'évitement des rappels externes qui font resurgir des pensées, des souvenirs ou des sentiments pénibles en lien avec l'événement traumatisant, et provoquant un sentiment de détresse.

Critères D :

La présence d'altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements, avec la présence d'au moins deux des symptômes suivants :

- (1) Une incapacité de se souvenir d'éléments importants de l'événement ;

- (2) Des croyances ou des attentes négatives, exagérées et persistantes à propos des autres, de soi-même et du monde ;
- (3) Des idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement, poussant l'individu à se blâmer ou à blâmer autrui ;
- (4) Un état émotionnel négatif persistant ;
- (5) Une réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ;
- (6) Un sentiment de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
- (7) Une incapacité persistante de ressentir des émotions positives.

Les critères **E**, **F**, **G** et **H** reprennent les éléments suivants : des profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à l'événement (irritabilité, accès de colère, hypervigilance, trouble du sommeil, etc.), les perturbations (critères B, C, D et E), durent plus d'un mois, une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les différentes sphères de la vie, et la perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou une autre affection.

Annexe 2 : Lettre d'information et consentement éclairé

Titre de l'étude : **Etude « PSYSI »: Etude des difficultés psychologiques après soins intensifs.**

Promoteur de l'étude : **CHU de Liège (Soins Intensifs, Psychiatrie et Psychologie Clinique), Avenue Hippocrate 1 à Liège**

Comité d'Ethique Médicale : Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège

Médecins et psychologues investigateurs locaux : Dr Anne-Françoise Rousseau (Soins Intensifs, CHU de Liège), Eric Adam (Psychologie clinique et Action sociale), Aurélie Wagener (CPLU – Liège), Lisa Spagnoletti (Mémorante).

[I Information essentielle à votre décision de participer](#)

Introduction

Vous avez récemment été pris en charge dans notre service de soins intensifs. Nous savons que cette hospitalisation peut représenter une étape difficile pour les patients qui l'ont vécue.

Nous nous permettons de solliciter votre participation à une étude qui s'intéresse à votre santé psychologique suite à cet événement perturbant qu'a été votre maladie grave. Pour ce faire, nous vous demandons de répondre à quelques questionnaires avec un psychologue et de pouvoir collecter ces données de façon à pouvoir les cumuler avec celles d'autres patients qui sont dans la même situation et les traiter statistiquement à des fins de recherche.

Avant que vous n'acceptiez de participer à cette étude, 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, vous devez savoir que :

- La prise en charge que vous a proposé le médecin investigateur en conformité avec les recommandations actuelles ne sera pas modifiée du fait de votre participation à l'étude.
- 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 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 recherche.

- 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 » sont fournis en annexe II

Objectifs et déroulement de l'étude

Cette étude clinique est organisée pour évaluer les troubles psychologiques qui pourraient survenir après un séjour prolongé aux soins intensifs.

En effet, on sait maintenant qu'un séjour prolongé peut entraîner des difficultés psychologiques à court et moyen terme. Les plus connues sont l'anxiété, la dépression ou le stress post-traumatique. Ces troubles peuvent être évidents et facilement dépistés par certains questionnaires. Parfois les difficultés sont plus frustes, et donc moins facilement diagnostiquées et prises en charge. Pourtant, elles peuvent altérer la qualité de vie des patients après soins intensifs.

L'étude à laquelle nous vous proposons de participer a pour but d'évaluer en détails les éventuelles difficultés psychologiques que les patients pourraient rencontrer après un séjour aux soins intensifs.

Cette étude observationnelle devrait inclure une centaine de patients au CHU de Liège.

Pour pouvoir participer à l'étude, vous devez parler français et avoir séjourné 7 jours ou plus aux soins intensifs.

Votre participation à l'étude se fera à distance ou dans un local prévu à cette effet, qui sera programmée à votre meilleure convenance. Durant cette consultation, vous complétez 6 questionnaires avec un psychologue (Mr Eric Adam, Mme Aurélie Wagener ou Mlle Lisa Spagnoletti). Ils ont pour but de décrire votre état psychologique, d'investiguer des difficultés telles que fatigabilité, labilité émotionnelle, dépersonnalisation, inquiétude ou encore intolérance à l'incertitude.

L'ensemble de ces évaluations devraient durer +/- 1 heure.

Description des risques et bénéfices

Comme mentionné plus haut, ni le traitement qui vous a été proposé, ni les procédures de diagnostic et de surveillance de votre situation clinique ne diffèrent de la pratique médicale habituelle. Aucun risque, en termes de santé, n'existe suite à votre participation à cette étude.

Dans le cas où des difficultés psychologiques seraient mises en évidence lors de l'entretien, le psychologue qui gère la consultation vous orientera, si vous le désirez, vers une prise en charge adéquate.

De plus, votre participation à cette étude nous aidera en outre à mieux comprendre les complications après soins intensifs.

Retrait de consentement

Votre participation est volontaire et vous avez le droit de retirer votre consentement à participer à l'étude pour quelque raison que ce soit, sans devoir vous justifier.

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

Si vous participez à cette recherche, nous vous demandons :

- De collaborer pleinement au bon déroulement de cette recherche.
- De ne rien masquer comme information au sujet de votre état de santé, de médicaments que vous prenez ou de symptômes que vous ressentez.

Contact

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, mais aussi en cas de problème ou d'inquiétude, vous pouvez contacter le médecin investigateur, le Dr Anne-Françoise ROUSSEAU, au numéro de téléphone suivant : 04/3667495.

Si vous avez des questions relatives à vos droits de participant à une étude clinique, vous pouvez contacter la médiatrice des droits du patient de votre institution via le numéro de téléphone: 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 : **Etude « PSYSI »: Etude des difficultés psychologiques après soins intensifs.**

II Informations complémentaires

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 Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège, 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 patient et en tant que participant à une étude clinique sont respectés, qu'au vu des connaissances actuelles, l'étude est scientifiquement pertinente et éthique.

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 le médecin 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.

Coût associés à votre participation

Vous ne percevrez aucune indemnisation pour votre participation à cette étude.

Par ailleurs, cette dernière n'entraînera pour vous aucun frais supplémentaire.

Protection de de votre identité

Votre participation à l'étude signifie que vous acceptez que le médecin 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.

L'investigateur possède un devoir de confidentialité vis-à-vis des données recueillies. Cela signifie qu'il s'engage non seulement à ne jamais révéler votre nom dans le contexte d'une publication ou d'une conférence, mais aussi qu'il codera vos données (dans l'étude, votre identité sera remplacée par un code d'identification) avant de les envoyer au promoteur.

L'investigateur et son équipe seront donc les seuls à pouvoir établir un lien entre les données transmises pendant toute la durée de l'étude et vos dossiers médicaux. Les données

personnelles transmises ne comporteront aucune association d'éléments permettant de vous identifier.

Pour vérifier la qualité de l'étude, il est possible que vos dossiers médicaux soient examinés par des personnes liées par le secret médical et désignées par le comité d'éthique, le promoteur de l'étude ou un organisme d'audit indépendant. Dans tous les cas, l'examen de vos dossiers médicaux ne peut avoir lieu que sous la responsabilité de l'investigateur et sous sa supervision ou celle d'un des collaborateurs qu'il aura désignés.

Protection des données à caractère personnel

1. Qui est le responsable du traitement des données?

Le promoteur qui est le CHU de Liège prendra toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données codées, conformément aux législations en vigueur¹⁷.

2. Qui est le délégué à la protection des données?

Au CHU ? il s'agit de Mme Ghislaine DUMONT, ghislaine.dumont@chuliege.be

3. Sur quelle base légale vos données sont-elles collectées?

La collecte et l'utilisation de vos informations reposent sur votre consentement écrit. En consentant à participer à l'étude, vous acceptez que certaines données personnelles puissent être recueillies et traitées électroniquement à des fins de recherche en rapport avec cette étude.

4. A quelle fin vos données sont-elles traitées?

Vos données personnelles seront examinées afin de voir si l'étude est réalisée de façon précise. Elles seront examinées avec les données personnelles de tous les autres dans l'objectif de recherche de cette étude.

Vos données personnelles pourront également être combinées à des données provenant d'autres études concernant la même maladie que le vôtre et/ou votre traitement. Ceci permet de mieux comprendre votre maladie et/ou traitement.

Toute utilisation de vos données en dehors du contexte décrit dans le présent document ne pourrait être menée qu'avec votre accord et après approbation du comité d'éthique.

5. Quelles sont les données collectées ?

Le médecin investigateur s'engage à ne collecter que les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs dans cette étude poursuivis à savoir votre nom, vos initiales, votre adresse, votre sexe, votre âge/date de naissance partielle, ainsi que les données relatives à votre santé et/ou votre traitement. Il est le seul à pouvoir faire le lien entre votre identité et le code qui vous aura été attribué.

¹⁷Ces droits vous sont garantis par le Règlement Européen du 27 avril 2016 (RGPD) relatif à la protection des données à caractère personnel et à la libre circulation des données et la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

6. Comment mes données sont-elles récoltées?

Par le médecin investigateur et son équipe et/ou, auprès de votre médecin traitant si nécessaire et/ou via des registres publics.

7. Qui peut voir mes données?

- Le médecin investigateur et son équipe
- Le promoteur et ses représentants
- Le comité d'éthique ayant examiné l'étude
- Les organismes nationaux de réglementation qui autorisent les médicaments

Ces personnes sont tenues par une obligation de confidentialité.

8. Par qui mes données seront-elles conservées et sécurisées et pendant combien de temps?

Vos données sont conservées par le promoteur le temps requis par les réglementations.

A l'issue de cette période, les données seront détruites

9. Mes données seront-elles transférées vers d'autres pays hors Union Européenne/espace économique européen/Suisse? Non

10. Quels sont mes droits sur mes données ?

Vous avez le droit de consulter toutes les informations de l'étude vous concernant et d'en demander, si nécessaire, la rectification.

Vous avez le droit de retirer votre consentement conformément à la rubrique « retrait du consentement » reprise ci-avant.

Vous disposez de droits supplémentaires pour vous opposer à la manière dont vos données de l'étude sont traitées, pour demander leur suppression, pour limiter des aspects de leur utilisation ou pour demander à ce qu'un exemplaire de ces données vous soit fourni.

Cependant, pour garantir une évaluation correcte des résultats de l'étude, il se peut que certains de ces droits ne puissent être exercés qu'après la fin de l'étude. L'exercice de vos droits se fait via le médecin investigateur.

En outre, si vous estimez que vos données de l'étude sont utilisées en violation des lois en vigueur sur la protection des données, vous avez le droit de formuler une plainte à l'adresse contact@apd-gba.be

Assurance

Dans une étude observationnelle, le seul risque éventuel serait une faille dans les mesures prises pour protéger la confidentialité des renseignements à caractère privé vous concernant. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant

(ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance (nom de la compagnie d'assurance, nr de police, données de contact) ¹⁸.

¹⁸ Conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004)

Titre de l'étude : **Etude « PSYSI »: Etude des difficultés psychologiques après soins intensifs.**

III Consentement éclairé

Participant

Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'étude, son but, sa durée 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 (médecin généraliste, parent).

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse favorable à mes questions.

J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que le médecin investigateur et le promoteur de l'étude se portent garants de la confidentialité de ces données.

Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité (annexe II).

J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Nom, prénom, date et signature du **participant** :

Nom et prénom

Date

Signature

Médecin Investigateur

Je soussigné, médecin investigateur ou son représentant, 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 patient 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 « Déclaration d'Helsinki », dans les « Bonnes pratiques Cliniques » et dans la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Nom, prénom, date et signature du **médecin investigateur** :

_____	_____	_____
Nom et prénom	Date	Signature

Nom, prénom, date et signature du **représentant** du médecin :

_____	_____	_____
Nom et prénom	Date	Signature

Annexe 3 : Protocole développé par le CHU de Liège

PROTOCOLE DE RECHERCHE CLINIQUE ETUDE « PSYSI » Évaluation des difficultés psychologiques après soins intensifs

1. INFORMATIONS GENERALES

- **Titre** : Etude "PSYSI": Évaluation des difficultés psychologiques après soins intensifs
- **Investigateurs**: Dr Anne-Françoise Rousseau (Chef de Clinique – Soins Intensifs – CHU Liège), Mr Eric Adam, Mmes Sourour Chabaane et Virgine Deschamps (Psychologie Clinique – CHU Liège)
- **Chef de Service** : Pr Benoit Misset (Soins Intensifs – CHU Liège)
- **Collaboration** : Mme Aurélie Wagener (Psychologie de la santé – ULiège), Pr Gabrielle Scantamburlo, Dr William Pitchot (Psychiatrie – CHU Liège)

2. JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE, DESCRIPTION GENERALE ET OBJECTIFS

Le syndrome post-soins intensifs regroupe différentes complications d'ordre physiques ou neuropsychologiques, survenant indépendamment de la pathologie critique initiale [1].

Au plan psychologique, les difficultés rapportées sont généralement une anxiété, une dépression ou des phénomènes de stress aigu ou de stress post-traumatique [2-4]. Selon les données de la littérature, un tiers des patients présentent une ou plusieurs difficultés psychologiques. Ces problèmes peuvent perdurer dans le temps jusque un an après l'épisode critique. L'impact de ces troubles peut être significatif sur la qualité de vie des survivants, mais aussi sur le sommeil, les fonctions cognitives ou encore le retour au travail.

A l'heure actuelle, les troubles psychologiques majeurs sont dépistés via deux questionnaires, l'HADS et l'IES-R, investiguant respectivement l'anxiété et/ou dépression, et le stress aigu ou le stress post-traumatique (selon le timing d'évaluation) [5].

Ces tests constituent un dépistage grossier des complications psychologiques après soins intensifs, alors que d'autres troubles considérés comme mineurs peuvent être rencontrés, tels qu'une fatigabilité émotionnelle, une dépersonnalisation, une labilité émotionnelle, une inquiétude ou une intolérance à l'incertitude. Ces troubles peuvent ne pas être dépistés lors d'un suivi global qui utilise des tests plus génériques, mais peuvent potentiellement impacter la récupération des patients.

Si ces difficultés sont rencontrées en pratique clinique, il n'en existe pas de description systématisée dans la littérature.

L'objectif de cette étude observationnelle est de déterminer l'incidence de troubles psychologiques majeurs et mineurs chez les patients ayant séjourné de manière prolongée aux soins intensifs.

3. CONCEPTION ET DEROULEMENT DE LA RECHERCHE

L'étude « PSYSI » est une étude prospective, observationnelle, monocentrique.

Elle inclura des patients ayant séjourné de manière prolongée aux soins intensifs :

- **Critères d'inclusion :**

- Adulte (âge \geq 18 ans)
- Durée de séjour aux soins intensifs \geq 7j
- Français comme langue maternelle

- **Critères d'exclusion :**

- Age $<$ 18 ans
- Confusion
- Surdité
- D ficiency mentale
- Refus du patient

- **Protocole :**

L'étude consistera en l'administration de différents questionnaires :

- questionnaire MINI (Leclubier Y, 1997) : instrument de diagnostic psychiatrique structuré
- questionnaire de fatigue de Pichot (Gardenas J, 2002), 8 items évaluant le degré de fatigue du patient
- questionnaire DERS-F (Dan Glauser, 2013), 36 items courts évaluant la labilité émotionnelle
- questionnaire de Steinberg (2015), 15 questions évaluant la dépersonnalisation
- questionnaire de Penn State (Gosselin, 2001), 16 items évaluant le degré d'inquiétude du patient
- questionnaire d'intolérance à l'incertitude QII (Freston, 1994), 27 items évaluant les réactions à l'incertitude

Les questionnaires seront administrés par un étudiant en dernière année de master en psychologie (ULiège), supervisé par un psychologue du service de psychologie clinique du CHU de Liège.

Au cours de l'étude, un électro-encéphalogramme (EEG) sera également réalisé par un psychiatre afin d'analyser les potentiels évoqués endogènes sous la forme de variation contingente négative (VCN). Ces derniers permettent d'évaluer la réaction du patient en situation de tâches, et ainsi dépister une composante anxieuse ou dépressive.

Au total, l'évaluation durera +/- deux heures et sera réalisée lors d'une visite au CHU de Liège, programmée à la meilleure convenance du patient, 3 à 4 mois après la sortie du patient des soins intensifs.

Les patients inclus dans cette étude auront été préalablement vus en consultation de suivi post-soins intensifs. Ce suivi fait partie du trajet de soins post-soins intensifs développé au CHU de Liège et proposé à tous les patients critiques ayant séjourné plus de 7 jours en soins intensifs. Celui-ci consiste en un suivi multidisciplinaire à 1, 3 et 12 mois après la sortie du service.

Différentes données de l'anamnèse ayant eu lieu au cours de ces consultations post-soins intensifs seront également relevées :

- Age
- Sexe
- Profession
- Conditions de vie, entourage
- Antécédents psychologiques
- Traitements psychotropes éventuels
- Suivi psychologique en cours éventuel
- Résultats des questionnaires HADS et IESR, évaluant respectivement l'état anxio-dépressif et le stress aigu ou stress post-traumatique (en fonction du timing d'évaluation)
- Existence de troubles cognitifs (via test MOCA)
- Existence de troubles du sommeil (via questionnaires PSQI et Epworth)
- Qualité de vie (via échelle EQ-5D) et autonomie (Barthel)
- Motif d'admission (médical / chirurgical, défaillance d'organe principale), support éventuel par ventilation mécanique, type de sédation utilisée, durée de séjour en USI
- Facteurs socio-psychologiques confondants concomitants (ex : deuil survenant durant la même période)

- **Taille de l'échantillon**

Le protocole prévoit un échantillon de convenance. Un minimum de 100 participants devrait pouvoir être inclus dans cette étude.

4. RISQUES POTENTIELS

L'EEG est un examen non invasif indolore et sans risque.

Le risque principal lié à cette étude est une déstabilisation psychologique suite à l'évocation d'une situation potentiellement difficile. Le psychologue menant l'enquête pourra, le cas échéant, aider le patient et l'orienter vers le spécialiste adéquat (psychologue ou psychiatre).

5. RECRUTEMENT ET INFORMATION DES PATIENTS - REMUNERATION
--

Tout patient répondant aux critères d'inclusion, sera inclus dans l'étude, pour autant qu'il en ait marqué l'accord par signature du document de consentement se rapportant à l'étude.

Les patients auront été préalablement informés oralement par un des investigateurs principaux et ils auront également reçu un formulaire écrit d'information expliquant l'intérêt de l'étude et son déroulement. L'investigateur aura répondu aux éventuelles questions relatives à cette étude.

Aucune rémunération n'est prévue pour les patients qui acceptent de participer à l'étude.

Par ailleurs, aucun coût supplémentaire n'est lié à cette étude.

6. CONTROLE ET ASSURANCE DE LA QUALITE

Le déroulement de l'étude est sous la responsabilité et le contrôle des investigateur et promoteurs.

Le cahier de recueil des données sera complété uniquement par l'investigateur principal de l'étude.

7. ASSURANCE

Cette étude est couverte par une assurance contractée par le CHU de Liège.

8. DROIT D'ACCES AUX DONNEES

Les patients inclus dans cette étude ou leurs représentants légaux peuvent à tout moment avoir accès aux données les concernant.

9. TRAITEMENT DES DONNEES

Les données collectées au cours de cette étude seront traitées confidentiellement. Elles seront conservées sous clé par l'investigateur. Ces données pourront faire l'objet de présentations et publications scientifiques mais les investigateurs et promoteur s'engagent formellement à ne pas divulguer l'identité des sujets qui auront été étudiés.

REFERENCES

[1] Rousseau AF, Piret S, Ledoux D, Damas P. [Post-intensive care syndrome : the issue of life after survival]. Rev Med Liege. 2019;74:457-60.

[2] Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Bienvenu OJ, Needham DM. Depression in general intensive care unit survivors: a systematic review. Intensive Care Med. 2009;35:796-809.

- [3] Nikayin S, Rabiee A, Hashem MD, Huang M, Bienvenu OJ, Turnbull AE, et al. Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;43:23-9.
- [4] Parker AM, Sricharoenchai T, Raparla S, Schneck KW, Bienvenu OJ, Needham DM. Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: a metaanalysis. *Crit Care Med*. 2015;43:1121-9.
- [5] Dijkstra-Kersten SMA, Kok L, Kerckhoffs MC, Cremer OL, de Lange DW, van Dijk D, et al. Neuropsychiatric outcome in subgroups of Intensive Care Unit survivors: Implications for after-care. *J Crit Care*. 2020;55:171-6.

Annexe 4 : Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique :

- Indiquez les 3 premières lettres de votre prénom suivies des 3 premières lettres de votre rue suivies de votre âge. Exemple : Liscit23.

- Quel est votre sexe :
 - Homme
 - Femme

- Quel âge avez-vous ? :

- Quel est votre niveau d'étude ?
 - Primaire
 - Secondaire inférieur
 - Formation en apprentissage
 - Enseignement spécialisé
 - Secondaire supérieur général
 - Secondaire supérieur technique de transition
 - Secondaire supérieur technique de qualification
 - Secondaire supérieur professionnel
 - Secondaire supérieur artistique
 - Enseignement supérieur de type court (graduat/bachelier)
 - Enseignement supérieur de type long (licence/master)
 - Post-universitaire
 - Autre

- Quel est votre statut socioprofessionnel ? :
 - Etudiant·e
 - Ouvrier·e
 - Employé·e
 - Cadre
 - Indépendant·e
 - Mère/Père au foyer
 - Sans emploi
 - Retraité·e
 - En incapacité de travail
 - Autre

- Actuellement, à propos de votre activité professionnelle, vous êtes ? :
 - Actif·ve à temps plein
 - Actif·ve à temps partiel
 - En pause carrière
 - En arrêt maladie
 - Autre

- Quel est votre état civil ? :

- Célibataire
- Marié·e/En couple/Cohabitant·e légal·e
- Veuf·ve
- Autre

- Avez-vous des enfants ?

- Si Oui, combien ? :

- Nombre de jours depuis le début de l'hospitalisation :

Annexe 5 : Accès, coordonnées et parking



ACCES ET COORDONNEES

CONTACT :

Lisa SPAGNOLETTI

Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences
de l'éducation.

Tél : 0471/400312

Mail : Lisa.Spagnoletti@student.uliege.be

ADRESSE :



Maison de l'Aunaie B

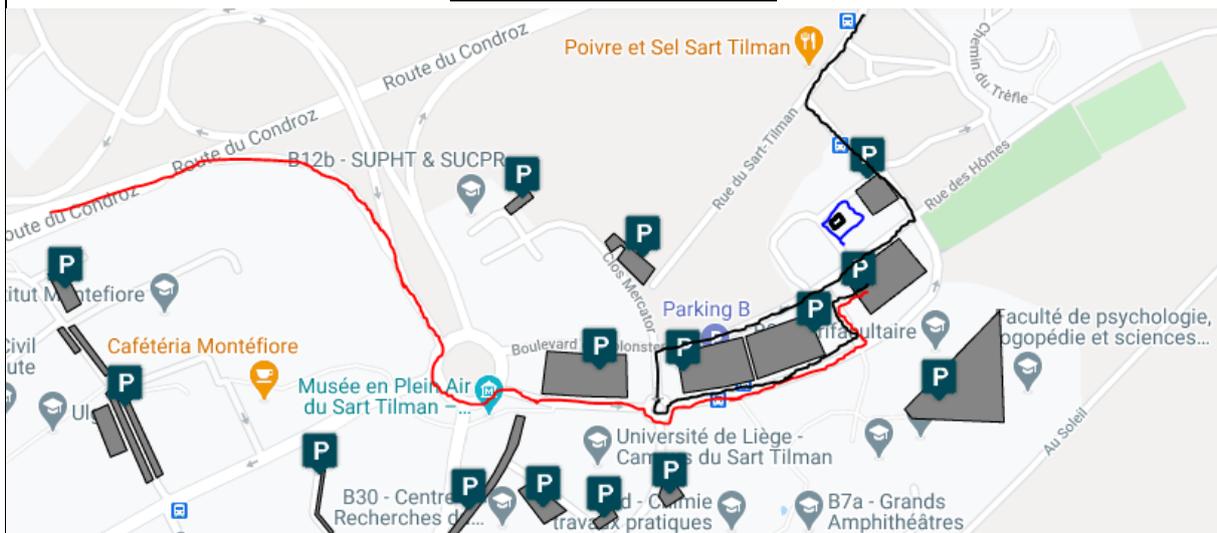
Campus du Sart Tilman - Quartier VILLAGE 2 ■

rue de l'Aunaie 30-32

4000 Liège

Photo © ULiège - Michel Houet

ACCES AU PARKING :



Rouge : Accès depuis la route du Condroz – accès gratuit au parking

Noir : Accès depuis la Côte du Sart-Tilman

Bleu : Lieu de rendez-vous

Annexe 6 : Questionnaires

Echelle de fatigue de Pichot :

<i>Parmi les huit propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant chaque item d'une note entre 0 et 4.</i>
Modalités : 0 = Pas du tout - 1 = Un peu - 2 = Moyennement - 3 = Beaucoup - 4 = Extrêmement
Je manque d'énergie
Tout demande un effort
Je me sens faible à certains endroits du corps
J'ai les bras ou les jambes lourds
Je me sens fatigué·e sans raison
J'ai envie de m'allonger pour me reposer
J'ai du mal à me concentrer
Je me sens fatigué·e, lourd·e et raide

DERS-F – Régulation émotionnelle :

<i>Répondez à toutes les questions en cochant à chaque fois une seule case par énoncé selon si celui-ci vous correspond.</i>
Modalités : Presque jamais - Quelques fois - La moitié du temps - La plupart du temps - Presque toujours
Je comprends bien mes sentiments
Je fais attention à ce que je ressens
Les expériences émotionnelles me submergent et sont incontrôlables
Je n'ai aucune idée concernant comment je me sens
J'ai des difficultés à donner un sens à mes sentiments
Je fais attention à mes sentiments
Je sais exactement comment je me sens
Je prends garde à ce que je ressens
Je suis déconcerté(e) par ce que je ressens
Quand je suis contrarié(e), je prends en compte cette émotion
Quand je suis contrarié(e), le fait de ressentir une telle émotion me met en colère contre moi-même
Quand je suis contrarié(e), je suis embarrassé(e) de ressentir une telle émotion
Quand je suis contrarié(e), j'ai de la difficulté à terminer un travail
Quand je suis contrarié(e), je deviens incontrôlable
Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais rester comme ça très longtemps
Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais bientôt me sentir très déprimé(e)
Quand je suis contrarié(e), je crois que mes sentiments sont valables et importants
Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer sur d'autres choses
Quand je suis contrarié(e), je me sens incontrôlable
Quand je suis contrarié(e), je peux continuer à faire des choses
Quand je suis contrarié(e), j'ai honte de ressentir une telle émotion
Quand je suis contrarié(e), je sais que je peux trouver un moyen pour enfin aller mieux
Quand je suis contrarié(e), je me sens désarmé(e)
Quand je suis contrarié(e), je sens que je peux garder le contrôle de mes comportements
Quand je suis contrarié(e), je me sens coupable de ressentir une telle émotion
Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer

Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à contrôler mon comportement
Quand je suis contrarié(e), je crois qu'il n'y a rien que je puisse faire pour me sentir mieux
Quand je suis contrarié(e), je m'en veux de ressentir une telle émotion
Quand je suis contrarié(e), je me sens vraiment mal
Quand je suis contrarié(e), je pense que me complaire dans ces contrariétés est la seule chose à faire
Quand je suis contrarié(e), je perds le contrôle de mes comportements
Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à penser à autre chose
Quand je suis contrarié(e), je prends le temps de découvrir ce que je ressens vraiment
Quand je suis contrarié(e), cela prend du temps avant que je ne me sente mieux
Quand je suis contrarié(e), mes émotions prennent le dessus

Penn State Worry Questionnaire – Inquiétudes :

<i>Veillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés vous correspond.</i>
Modalités : Pas du tout correspondant - Un peu correspondant - Assez correspondant - Très correspondant - Extrêmement correspondant
Si je n'ai pas assez de temps pour tout faire, je ne m'inquiète pas
Mes inquiétudes me submergent
Je n'ai pas tendance à m'inquiéter à propos des choses
Plusieurs situations m'amènent à m'inquiéter
Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter mais je n'y peux rien
Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup
Je m'inquiète continuellement à propos de tout
Il m'est facile de me débarrasser de pensées inquiétantes
Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire
Je ne m'inquiète jamais
Quand je n'ai plus rien à faire au sujet d'un tracas, je ne m'en inquiète plus
J'ai été inquiet·e tout au long de ma vie
Je remarque que je m'inquiète pour certains sujets
Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux pas m'arrêter
Je m'inquiète tout le temps
Je m'inquiète au sujet de mes projets jusqu'à ce qu'ils soient complétés

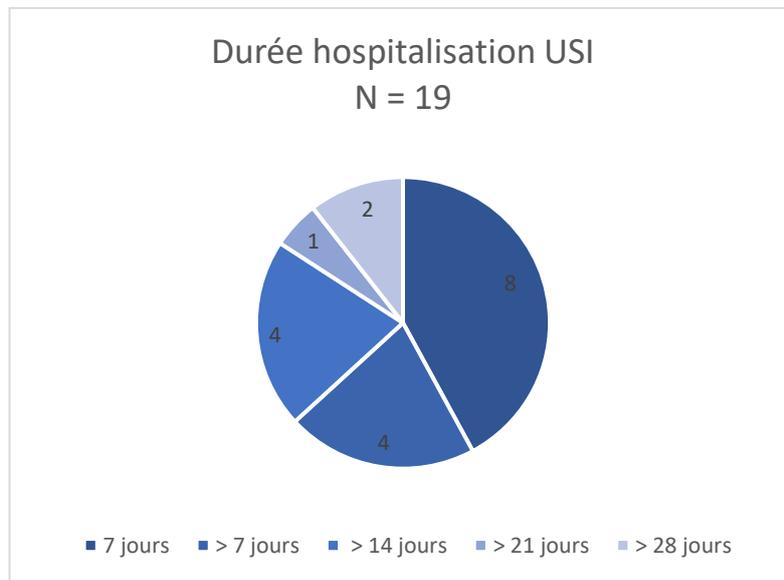
QII – Intolérance à l'incertitude :

<i>Voici une série d'énoncés qui représentent comment les gens peuvent réagir à l'incertitude dans la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés vous correspond.</i>
Modalités : Pas du tout correspondant – Un peu correspondant – Assez correspondant – Très correspondant – Extrêmement correspondant
L'incertitude m'empêche de prendre position
Être incertain·e veut dire qu'on est une personne désorganisée
L'incertitude rend la vie intolérable
C'est injuste de ne pas avoir de garanties dans la vie
Je ne peux pas avoir l'esprit tranquille tant que je ne sais pas ce qui va arriver le lendemain
L'incertitude me rend mal à l'aise, anxieux·se ou stressé·e
Les imprévus me dérangent énormément
Ca me frustre de ne pas avoir toute l'information dont j'ai besoin
L'incertitude m'empêche de profiter pleinement de la vie
On devrait tout prévenir pour éviter les surprises
Un léger imprévu peut tout gâcher, même la meilleure des planifications
Lorsque c'est le temps d'agir, l'incertitude me paralyse
Être incertain·e veut dire que je ne suis pas à la hauteur
Lorsque je suis incertain·e, je ne peux pas aller de l'avant
Lorsque je suis incertain·e, je ne peux pas bien fonctionner
Contrairement à moi, les autres semblent toujours savoir où ils vont dans la vie
L'incertitude me rend vulnérable, malheureux·se ou triste
Je veux toujours savoir ce que l'avenir me réserve
Je déteste être pris·e au dépourvu
Le moindre doute peut m'empêcher d'agir
Je devrais être capable de tout organiser à l'avance
Être incertain·e, ça veut dire que je manque de confiance
Je trouve injuste que d'autres personnes semblent certaines face à leur avenir
L'incertitude m'empêche de bien dormir
Je dois me retirer de toute situation incertaine
Les ambiguïtés de la vie me stressent
Je ne tolère pas d'être indécis·e au sujet de mon avenir

Echelle de dépersonnalisation de Steinberg :

<i>Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés vous correspond.</i>
Modalités : Jamais – Une ou deux fois – Parfois – Plusieurs fois - Presque tout le temps – Seulement avec de la drogue ou de l'alcool
J'ai vécu machinalement, le véritable moi était détaché de ce qui m'arrivait
J'ai eu le sentiment de vivre dans un rêve
J'ai été capable de me voir à distance, comme si j'étais hors de mon corps, regardant un film de moi-même
Je sens que je peux éteindre mes émotions ou m'en détacher
Mon comportement est hors de contrôle
Je me suis volontairement blessé·e ou coupé·e pour que je puisse ressentir la douleur ou le fait que je sois réel·le
J'ai travaillé machinalement avec le sentiment que mon esprit était ailleurs
Je me sens comme si j'étais planant·e
J'ai eu le sentiment d'être étranger·ère à moi-même ou de ne pas me reconnaître dans le miroir
Une partie de moi fait des choses pendant qu'une autre partie de moi m'observe et me parle de ces choses
J'ai eu l'impression que certaines parties de mon corps étaient déconnectées du reste de mon corps
Mon corps entier ou des parties de celui-ci m'a(ont) semblé irréel(les) ou étranger(es)
J'ai eu l'impression que les mots sortaient de ma bouche mais ils n'étaient pas sous mon contrôle
J'ai senti que mes émotions n'étaient pas sous mon contrôle
Je me suis senti·e invisible
Si vous avez vécu une des expériences ci-dessus, répondez, par OUI ou par NON aux questions suivantes :
<ul style="list-style-type: none">• Cette ou ces expérience(s) a(ont)-t-elle(s) interféré vos relations avec vos ami·e·s, votre famille ou vos collègues de travail ?• Cela a-t-il affecté votre capacité à travailler ?• Cela vous a-t-il causé de l'inconfort ou du stress ?

Annexe 7 : Graphique durée d'hospitalisation des sujets par semaine



Annexe 8 : Graphiques de fréquences

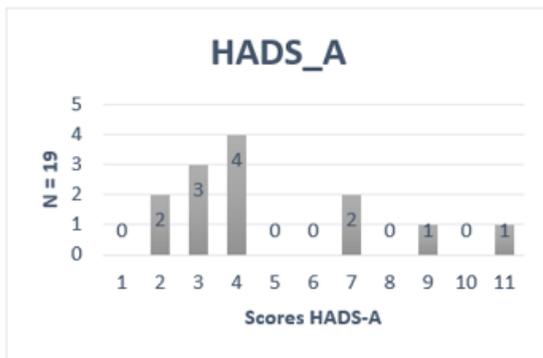


Figure 8 – Graphique de fréquences : HADS-A

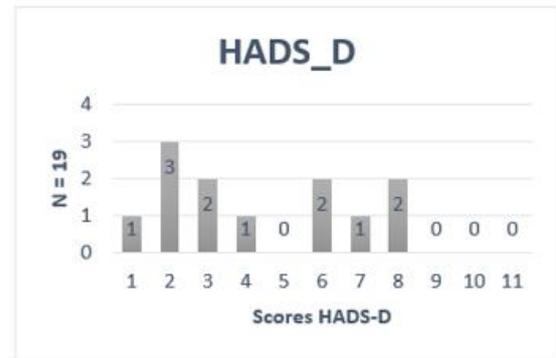


Figure 9 – Graphique de fréquences : HADS-D

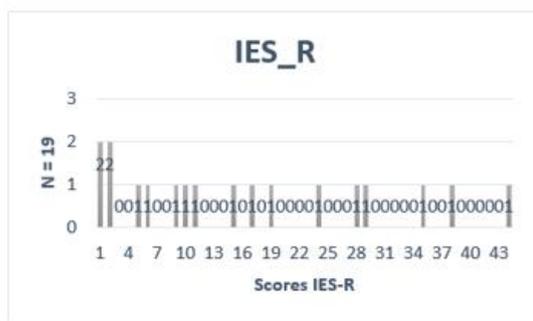


Figure 10 – Graphique de fréquences : IES-R



Figure 11 – Graphique de fréquences : qualité de vie

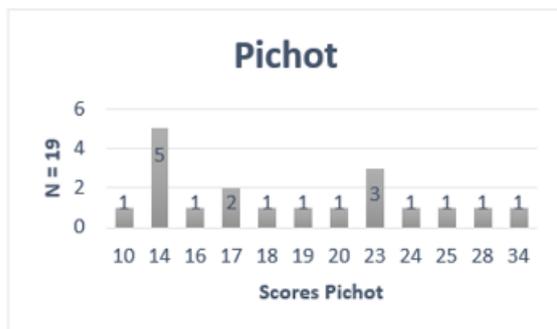


Figure 12 – Graphique de fréquences : Pichot

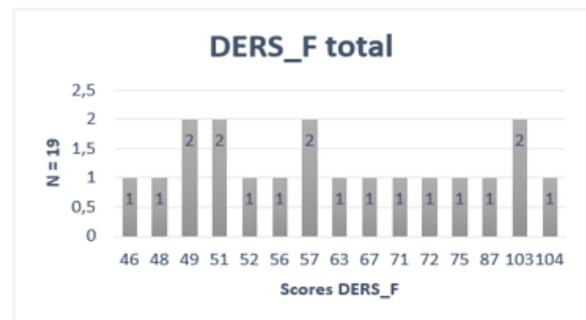


Figure 13 – Graphique de fréquences : DERS-F



Figure 14 – Graphique de fréquences : Penn State Worry



Figure 15 – Graphique de fréquences : EII totale

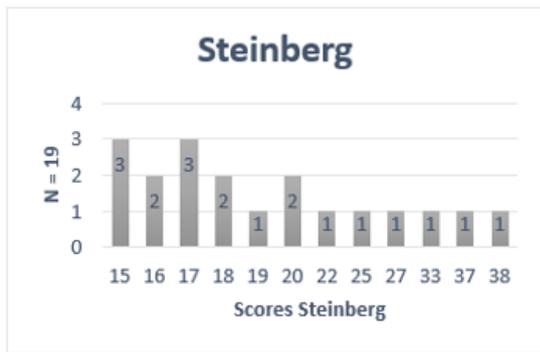


Figure 16 – Graphique de fréquences : Steinberg

Annexe 9 : Tableau détaillé des résultats de la MINI

MINI			
	Echantillon (N=19)		%
	Vie entière	Actuel	
	Nombre		
<i>Episode dépressifs majeur</i>	4		21%
<i>Episode dépressifs majeur caract. mélancolique</i>		2	10,52%
<i>Dysthymie</i>			0
<i>Risque Suicidaire</i>		5	26,31%
<i>Episode Hypomaniaque</i>			0
<i>Episode Maniaque</i>			0
<i>Trouble panique</i>	1		5,26%
<i>Attaque de panique</i>			0
<i>Trouble panique sans agoraphobie</i>			0
<i>Trouble panique avec agoraphobie</i>			0
<i>Agoraphobie sans trouble panique</i>		2	10,52%
<i>Phobie sociale</i>			0
<i>TOC</i>			0
<i>ESPT</i>			0
<i>Dépendance à l'alcool</i>	2	1	10,52%- 5,26%
<i>Abus alcool</i>			0
<i>Dépendance aux substances (non alcoolique)</i>			0
<i>Abuse de substances (non alcoolique)</i>			0
<i>Dépendance Tabac</i>	8	1	42,10%- 5,26%
<i>Dépendance au jeu</i>		1	5,26%
<i>Dépendance au jeu vidéo</i>			0
<i>Trouble psychotique</i>			0
<i>Trouble de l'humeur à caractère psychotique</i>	1		5,26%
<i>Anorexie</i>			0
<i>Boulimie</i>	1		5,26%
<i>Anxiété généralisée</i>	2		10,52%
<i>Trouble antisocial</i>			0

Annexe 10 : Tableaux d'homogénéité - test t de Student

Sexe		
	F	p
IES-R	1.50	0.8271
QDV	1.18	1
Pichot	2.28	0.5417
DERS cons	3.51	0.3287
Penn State	1.47	0.5288
EII	2.95	0.4057
EII 2	2.77	0.4353

Antécédents psy		
	F	p
IES-R	1.99	0.3048
QDV	1.18	0.9130
Pichot	2.52	0.3164
DERS cons	1.46	0.5473
Penn State	1.75	0.5569
EII	1.02	0.8982
EII 2	1.19	0.9067

Intubation		
	F	p
IES-R	1.04	0.9855
QDV	2.30	0.2247
Pichot	2.53	0.1771
DERS cons	1.24	0.7346
Penn State	1.20	0.8287
EII	1.50	0.6057
EII 2	1.66	0.5150

Délirium		
	F	p
IES-R	1.22	0.6750
QDV	1.13	0.7443
Pichot	1.81	0.6901
DERS cons	1.19	0.7004
Penn State	2.49	0.2066
EII	2.49	0.2065
EII 2	1.57	0.4808

Covid		
	F	p
IES-R	5.76	0.0651
QDV	1.10	0.8162
Pichot	1.29	0.8280
DERS cons	1.18	0.7448
Penn State	2.08	0.4303
EII	4.83	0.0935
EII 2	3.18	0.2109

Risque suicidaire		
	F	p
IES-R	1.94	0.5469
QDV	1.62	0.6818
Pichot	2.43	0.2009
DERS cons	1.43	0.5582
Penn State	1.03	0.8590
EII	1.73	0.4068
EII 2	1.43	0.5590

Annexe 11 : Tableaux test t de Student

Antécédents psy			Moyennes (écarts-types)	
	t	p	Antécédents (N=6)	Pas d'antécédents (N=13)
IES_R	-2.49	0.0232*	25.83 (15.12)	10.85 (10.71)
QDV	0.61	0.5471	63.33 (14.71)	68.08 (16.01)
Pichot	0.48	0.6387	18.33 (4.23)	19.77 (6.71)
DERS cons	-0.07	0.9473	15.17 (5.71)	15 (4.73)
Penn State	-0.62	0.5404	45.17 (5.89)	42.92 (7.78)
EII totale	-0.91	0.3772	53.33 (14.76)	46.77 (14.63)
EII 2	-1.04	0.3119	26.67 (19.5)	22.92 (7.45)

Délirium			Moyennes (écart types)	
	t	p	Délirium (N=4)	Sans Délirium (N=15)
IES-R	-1.75	0.0986	25.75 (14.22)	12.87 (12.85)
QDV	0.40	0.6909	63.75 (16.52)	67.33 (15.57)
Pichot	-0.63	0.5397	21 (4.69)	18.87 (1.63)
DERS cons	0.36	0.7231	14.25 (5.38)	15.27 (4.93)
Penn State	-0.98	0.3406	46.75 (10.04)	42.8 (6.37)
EII	-0.95	0.3569	55 (20.54)	47.2 (13.03)
EII 2	-1.22	0.2399	28 (8.6)	23.07 (6.86)

Intubation			Moyennes (écart types)	
	t	p	Intubation (N=11)	Pas d'intubation (N=8)
IES-R	-0.15	0.8815	16 (14.35)	15 (14.04)
QDV	1.14	0.2705	63.18 (12.3)	71.25 (18.67)
Pichot	-0.42	0.6788	19.82 (4.78)	18.63 (7.6)
DERS cons	-0.41	0.6869	15.45 (4.79)	14.5 (5.32)
Penn State	-0.19	0.8493	43.9 (7.62)	43.25 (6.94)
EII	0.07	0.9450	48.64 (16.17)	49.13 (13.2)
EII 2	-0.05	0.9590	24.18 (8.21)	24 (6.37)

Covid			Moyennes (écart types)	
	t	p	Covid (N=13)	Non Covid (N=6)
IES-R	-2.84	0.0113*	20.77 (13.47)	4.33 (5.61)
QDV	0.49	0.6319	65.38 (15.47)	69.17 (16.25)
Pichot	-0.99	0.3383	20.23 (6.17)	17.33 (5.43)
DERS cons	0.36	0.7214	14.77 (4.88)	15.67 (5.32)
Penn State	-2.09	0.0520	45.77 (7.13)	39 (4.94)
EII	-2.11	0.0498*	53.23 (15.28)	39.33 (6.95)
EII 2	-2.41	0.0276*	26.54 (7.25)	18.83 (4.07)

Sexe			Moyennes (écart types)	
	t	p	Homme (N=15)	Femmes (N=4)
IES-R	0.41	0.6870	16.27 (14.6)	13 (11.92)
QDV	0.23	0.8246	67 (16)	65 (14.72)
Pichot	1.28	0.2194	20.2 (6.17)	16 (4.08)
DERS cons	0.14	0.8939	15.13 (5.38)	14.75 (2.87)
Penn State	0.98	0.3385	44.47 (6.88)	40.5 (8.35)
EII	1.10	0.2866	50.73 (15.44)	41.75 (9)
EII 2	1.47	0.1610	25.33 (7.51)	19.5 (4.51)

Risque Suicidaire			Moyennes (écart types)	
	t	p	Risque (N=5)	Pas de risque (N=14)
IES-R	-0.60	0.5592	18.8 (10.73)	14.43 (14.97)
QDV	0.43	0.6747	64 (12.94)	67.5 (16.5)
Pichot	-1.28	0.2162	22.2 (7.89)	18.29 (5.06)
DERS cons	1.33	0.1999	12.6 (5.46)	15.93 (4.57)
Penn State	-1.67	0.1136	48 (6.89)	42.07 (6.8)
EII	-1.68	0.1118	57.8 (16.9)	45.64 (12.85)
EII 2	-1.77	0.0940	28.8 (7.85)	22.43 (6.57)

Annexe 12 : Fiche informative patient

Nom :		Code Patient :	
Prénom :			
Date de naissance :	Sexe :		
Adresse :		Date de l'entretien :	
Téléphone :		Durée :	
Etat civil :		Support :	
Niveau Étude et Profession :		Lieu :	
Antécédents médicaux et chirurgicaux		Cause d'hospitalisation/ Durée/ traitement	
.....		
.....		
.....		
.....		
Condition médicale actuelle		Condition psychologique actuelle	
.....		
.....		
.....		
.....		
Commentaires durant l'entretien :			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Résumé

Une hospitalisation au sein d'une unité de soins intensifs est un événement marquant dans la vie d'un sujet. Cette expérience peut engendrer une série de conséquences, à plus ou moins long terme, chez celui qui y est confronté. Ainsi, des séquelles physiques, des troubles cognitifs ou encore des atteintes psychologiques peuvent se manifester. Ces trois types de conséquences sont aujourd'hui rassemblées sous l'appellation de syndrome post-soins intensifs. Les troubles psychologiques les plus rapportés par la littérature sont la dépression, l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique.

Notre recherche a pour objectif d'évaluer les impacts psychologiques d'une hospitalisation en unité de soins intensifs dans une approche plus dimensionnelle. A cette fin, nous évaluons des processus psychologiques et non des catégories diagnostiques. Dix-neuf patients ont répondu à divers questionnaires évaluant cinq processus psychologiques distincts. Une évaluation des antécédents psychologiques a également été réalisée. La régulation émotionnelle, les inquiétudes, l'intolérance à l'incertitude, les expériences de dépersonnalisation, ainsi que la fatigue ont été mesurées. L'influence d'autres éléments tels que des antécédents psychologiques, une intubation, un épisode de délirium, le motif d'hospitalisation ou la présence d'un risque suicidaire ont été pris en compte.

Nous pensons qu'hormis la dépression, l'anxiété ou le trouble de stress post-traumatique d'autres problématiques existent chez les patients sortant des soins intensifs. Ainsi, des difficultés au sein des cinq processus psychologiques évoqués précédemment devraient être présents dans notre échantillon. De plus, nous pensons que les patients présentant des antécédents psychologiques, un risque suicidaire ou qui ont connu une intubation, un épisode de délirium, ou encore, qui ont été hospitalisés pour la Covid-19 seraient plus susceptibles de développer des difficultés psychologiques que les autres patients.

Les premiers résultats obtenus pour cette étude semblent aller dans le sens de certaines de nos hypothèses. Des difficultés au sein des processus psychologiques évalués semblent présents chez certains patients. De plus, les participants qui font état d'antécédents psychologiques ou qui ont été hospitalisés pour la Covid-19 présentent plus de difficultés psychologiques que les autres. Au vu de ces éléments encourageants, nous pensons que des études supplémentaires et de plus grande envergure sur le sujet permettraient d'approfondir les hypothèses déjà évoquées mais aussi d'en développer de nouvelles, toujours à travers une approche dimensionnelle.