



HAL
open science

Analyse de l'empathie chez des patients atteints de trouble de stress post-traumatique suivis au CHU de Nice : étude cas-témoins

Corentin Anelli

► To cite this version:

Corentin Anelli. Analyse de l'empathie chez des patients atteints de trouble de stress post-traumatique suivis au CHU de Nice : étude cas-témoins. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04265741

HAL Id: dumas-04265741

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04265741>

Submitted on 31 Oct 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE COTE D'AZUR

FACULTE DE MEDECINE

Année 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

D.E.S. de Psychiatrie

**ANALYSE DE L'EMPATHIE CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS DE
TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE SUIVIS
AU CHU DE NICE : ETUDE CAS-TEMOINS**

Présentée et soutenue publiquement le 27 Octobre 2023 à Nice

Par

ANELLI Corentin

Né le 20 mars 1995 à Roanne

Président du jury :

Monsieur le Professeur BENOIT Michel

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur COUCHOUD François-Xavier

Assesseurs :

Madame la Docteure MOULIERAC Ségolène

Monsieur le Docteur TETELBOM Sacha

Liste des enseignants

Liste des enseignants au 1^{er} mars 2023 à l'U.F.R. Médecine de Nice.

Doyen

Pr. Jean DELLAMONICA

Vice-doyennes

Pédagogie

Pr. Véronique ALUNNI

Recherche

Pr. Barbara SEITZ-POLSKI

Relations internationales

Pr. Fanny BUREL-VANDENBOS

Conservateur de la bibliothèque

Mme Danièle AMSELLE

Directrice administrative des services

Mme Isabelle CALLEA

Doyens Honoraires

M. Patrick RAMPAL
M. Daniel BENCHIMOL
M. Patrick BAQUÉ

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Mme Véronique	ALUNNI	Méd. Légale - Droit de la Santé (46.03)
M. Rodolphe	ANTY	Gastro-entérologie (52.01)
Mme Florence	AZKENAZY-GITTARD	Pédopsychiatrie (49.04)
M. Philippe	BAHADORAN	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme Stéphanie	BAILLIF	Ophtalmologie (55.02)
Mme Sylvie	BANNWARTH	Génétique (47.04)
M. Patrick	BAQUÉ	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. Emmanuel	BARRANGER	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. Emmanuel	BENIZRI	Chirurgie Générale (53.02)
M. Michel	BENOIT	Psychiatrie (49.03)
M. Gilles	BERNARDIN	Réanimation Médicale (48.02)
M. J-Philippe	BERTHET	Chirurgie Thoracique (51.03)

Mme Florence	BLANC-PEDEUTOUR	Cancérologie - Génétique (47.02)
M. André	BONGAIN	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. Alexandre	BOZEC	ORL - Cancérologie (47.02)
M. Jean	BREAUD	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme Véronique	BREUIL	Rhumatologie (50.01)
M. Nicolas	BRONSARD	Anatomie Chir Ortho et Traumatologie (42.01)
Mme Fanny	BUREL-VANDENBOS	Anat. Cytolo. Pathologie (42.03)
M. Michel	CARLES	Maladies Infect. et Tropicales (45.03)
M. Laurent	CASTILLO	Oto-Rhino-Laryngologie (55.01)
M. Nicolas	CHEVALIER	Endo. Diab. Mal. Métaboliques (54.04)
M. Patrick	CHEVALLIER	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme Giulia	CHINETTI	Biochimie - Biologie Moléculaire (44.01)
M. Thomas	CLUZEAU	Hématologie (47.01)
M. Jacques	DARCOURT	Biophysique - Méd. Nucléaire (43.01)
M. David	DARMON	Médecine Générale (53.03)
M. Jean	DELLAMONICA	Réanimation Médicale (48.02)
M. Jérôme	DELOTTE	Gynécologie - Obstétrique (54.03)
M. Milou-Daniel	DRICI	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. Matthieu	DURAND	Urologie (52.04)
M. Vincent	ESNAULT	Néphrologie (52-03)
Mme Christelle	ESTRAN-POMARES	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. Guillaume	FAVRE	Physiologie (44.02)
M. Émile	FERRARI	Cardiologie (51.02)
M. J-Marc	FERRERO	Cancérologie - Radiothérapie (47.02)
M. Denys	FONTAINE	Neurochirurgie (49.02)
M. J-Paul	FOURNIER	Thérapeutique (48-04)
M. Éric	GILSON	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme Valérie	GIORDANENGO	Bactériologie - Virologie (45.01)
Mme Lisa	GIOVANNINI-CHAMI	Pédiatrie (54.01)
M. Olivier	GUERIN	Médecine Interne - Gériatrie (53.01)
M. Nicolas	GUEVARA	Oto-Rhino-Laryngologie (55.01)
M. Jean	GUGENHEIM	Chirurgie Digestive (52.02)
M. J-Michel	HANNOUN-LEVI	Cancérologie - Radiothérapie (47.02)
M. Reda	HASSEN KHODJA	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. Xavier	HÉBUTERNE	Nutrition (44.04)
M. Paul	HOFMAN	Anat. Cytolo. Pathologie (42.03)
M. Olivier	HUMBERT	Biophysique - Méd. Nucléaire (43.01)
M. Antonio	IANNELLI	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme Carole	ICHAÏ	Anesthésie Réanimation (48.01)
M. Marius	ILIÉ	Anat. Cytolo. Pathologie (42.03)
M. Elixène	JEAN-BAPTISTE	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. Georges	LEFTHERIOTIS	Physiologie - Médecine vasculaire (51.04)
Mme Sylvie	LEROY	Pneumologie - Addictologie (51.01)
M. Jacques	LEVRAUT	Médecine d'urgence (48.05)
M. Michel	LONJON	Neurochirurgie (49.02)
M. Charles	MARQUETTE	Pneumologie (51.01)
M. J-François	MICHIELS	Anat. Cytolo. Pathologie (42.03)
Mme Pamela	MOCERI	Cardiologie (51.02)
M. Henri	MONTAUDIÉ	Dermatologie (50.03)
M. Nicolas	MOUNIER	Cancérologie - Radiothérapie (47.02)
M. J-Christophe	ORBAN	Anesthésie Réanimation (48.01)
M. Bernard	PADOVANI	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)

M. Philippe	PAQUIS	Neurochirurgie (49.02)
Mme Véronique	PAQUIS	Génétique (47.04)
M. Thierry	PASSERON	Dermatologie - Vénéréologie (50.03)
M. Thierry	PICHE	Gastro-entérologie (52.01)
M. Christian	PRADIER	Épidémiologie - Eco. Santé (46.01)
Mme Virginie	RAMPAL	Chirurgie Infantile (54.02)
M. Pierre	ROHRLICH	Pédiatrie (54.01)
M. Éric	ROSENTHAL	Médecine Interne (53.01)
M. Christian	ROUX	Rhumatologie (50.01)
M. Raymond	RUIMY	Bactériologie - Virologie (45.01)
Mme Sabrina	SACCONI	Neurologie (49.01)
M. Stéphane	SCHNEIDER	Nutrition (44.04)
Mme Barbara	SEITZ-POLSKI	Immunologie (47.03)
M. Antoine	SICARD	Néphrologie (52.03)
M. Pascal	STACCINI	Biostatistiques – Inf. Méd. TC (46.04)
M. Pierre	THOMAS	Neurologie (49.01)
M. Albert	TRAN	Hépatologie - Gastro-entérologie (52.01)
M. Geoffroy	VANBIERVLIET	Gastro-entérologie (52.01)

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

M. Damien	AMBROSETTI	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme Caroline	BERNARDI	Méd. Légale - Droit de la Santé (46.03)
Mme Ghislaine	BERNARD-POMIER	Immunologie (47.03)
Mme Tiphaine	BOUCHEZ	Médecine Générale (53.03)
M. Olivier	CAMUZARD	Chirurgie Plastique (50.04)
Mme Julie	CONTENTI-LIPRANDI	Médecine d'Urgence (48.04)
M. Johan	COURJON	Maladies Infect. et Tropicales (45.03)
Mme Bélangère	DADONE-MONTAUDIÉ	Cancérologie - Radiothérapie (47.02)
M. Alain	DOGLIO	Bactériologie - Virologie (45.01)
M. Jérôme	DOYEN	Radiothérapie (47.02)
Mme Charlotte	HINAULT	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
M. Mathieu	JOZWIAK	Médecine Intensive - Réanimation (48.02)
Mme Brigitte	LAMY	Bactériologie - Virologie (45.01)
Mme Elodie	LONG-MIRA	Cytologie et Histologie (42.02)
M. Romain	LOTTE	Bactériologie Virologie - Hygiène (45.01)
Mme Marie-Noëlle	MAGNIÉ	Physiologie (44.02)
M. Arnaud	MARTEL	Ophtalmologie (55.02)
M. Nihal	MARTIS	Médecine interne - Gériatrie (53.01)
M. Damien	MASSALOU	Chirurgie Viscérale (52.02)
Mme Sandra	MUSSO-LASSALLE	Anat. Cytolo. Pathologie (42.03)
M. Mourad	NAÏMI	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
M. Charles	SAVOLDELLI	Chirurgie Maxillaire - Stomato. (55.03)
M. Fabien	SQUARA	Cardiologie (51.02)
Mme Susanne	THUMMLER	Pédopsychiatrie (49.04)
M. Pierre	TOULON	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. Antoine	TRAN	Pédiatrie (54.01)

Maîtres de Conférences des Universités

Mme Auriane	GROS	Orthophonie (69)
-------------	------	------------------

Professeurs Agrégés

Mme Rebecca LANDI Anglais

Praticien Hospitalier Universitaire

M. Michael LOSCHI Hématologie et Transfusion (47.01)

Professeurs associés

Mme Brigitte MONNIER Médecine Générale (53.03)

Mme Flora TREMELLAT-FALIERE Médecine Palliative (46.05)

Maîtres de Conférences Associés

Mme Céline CASTA Médecine Générale (53.03)

M. Fabrice GASPERINI Médecine Générale (53.03)

M. Nicolas HOGU Médecine Générale (53.03)

Mme Maud RAQUIN-POUILLON Médecine Générale (53.03)

Constitution du Jury en qualité de 4e membreProfesseurs Honoraires

M. Marc	ALBERTINI	M. J-Gabriel	FUZIBET
M. Jean	AMIEL	M. Pierre	GASTAUD
M. Daniel	BALAS	M. J-Pierre	GÉRARD
M. Michel	BATT	M. Pierre	GIBELIN
M. Etienne	BÉRARD	M. J-Yves	GILLET
M. Bruno	BLAIVE	M. Patrick	GRELLIER
M. Patrice	BOQUET	M. Dominique	GRIMAUD
M. André	BOURGEON	M. Philippe	HOFLIGER
M. Patrick	BOUTTÉ	M. Jacques	JOURDAN
M. J-Noël	BRUNETON	M. J-Philippe	LACOUR
Mme Françoise	BUSSIERE	M. J-Claude	LAMBERT
M. J-Pierre	CAMOUS	M. Michel	LAZDUNSKI
M. Bertrand	CANIVET	M. Yves	LE FICHOUX
M. Jill-Patrice	CASSUTO	M. J-Claude	LEFEBVRE
M. Marcel	CHATEL	M. Roger	MARIANI
M. Alain	COUSSEMENT	M. Pierre	MARTY
Mme Dominique	CRENESSE	M. René	MASSEYEFF
M. Guy	DARCOURT	M. Mathieu	MATTEI
M. Fernand	DE PERETTI	M. Jean	MOUIEL
M. Pierre	DELLAMONICA	M. Jérôme	MOUROUX
M. Jean	DELMONT	Mme Martine	MYQUEL
M. François	DEMARD	M. Dominique	PRINGUEY
M. Claude	DESNUELLE	M. Gérald	QUATREHOMME
M. Claude	DOLISI	M. Marc	RAUCOLES-AIME
M. Patrick	FENICHEL	Mme Dominique	RAYNAUD
M. Alain	FRANCO		
M. Pierre	FREYCHET		

M. Philippe	ROBERT	M. Antoine	THYSS
M. Joseph	SANTINI	M. Jacques	TOUBOL
M. J-Baptiste	SAUTRON	M. Dinh Khiem	TRAN
M. Maurice	SCHNEIDER	M. Emmanuel	VAN OBBERGHEN

M.C.U Honoraires

M. Jacques	ARNOLD	M. Marcel	GASTAUD
M. Bernard	BASTERIS	M. Jean	GIUDICELLI
M. José	BENOLIEL	M. Jacques	MAGNÉ
Mlle Rose-Marie	CHICHMANIAN	Mme Nadine	MEMRAN
Mme Michèle	DONZEAU	M. Raymond	MENGUAL
M. Roméo	EMILIOZZI	M. Patrick	PHILIP
M. Thierry	FOSSE	M. J-Claude	POIRÉE
M. Philippe	FRANKEN	Mme Marie-Claire	ROURE
M. Rodolphe	GARRAFFO	M. Jean	TESTA

Professeurs Conventionnés de l'Université

M. François	BERTRAND	Médecine Interne
M. Patrice	BROCKER	Médecine Interne - Gériatrie
M. Daniel	CHEVALLIER	Urologie
Mme Manuella	FOURNIER-MEHOUAS	Médecine Physique et Réadaptation
M. Patrick	JAMBOU	Coordination Prélèvements d'Organes
M. Mathieu	LEBOEUF	Gynécologie - Obstétrique
Mme Geneviève	NADEAU	Uro-Gynécologie
M. Guillaume	ODIN	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. Frédéric	PEYRADE	Onco-Hématologie
M. Bertrand	PICCARD	Psychiatrie
M. J-François	QUARANTA	Santé Publique

Remerciements

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Michel BENOIT,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour votre enseignement depuis le début de mon internat et pour votre soutien dans ce projet de thèse notamment en tant que co-financier par l'intermédiaire de l'association « Association Recherche Méthodologie et Évaluation Psychiatrique » (ARMEP) que vous présidez. Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Docteur François-Xavier COUCHOUD,

Tu me fais l'honneur de diriger ce travail de thèse. Je te remercie d'avoir accepté de prendre la relève de Chaïma pour mener notre projet d'étude à bien et d'avoir cru en mon travail. Merci pour ta disponibilité, ton aide apportée durant les différentes étapes de cette thèse et pour ta réassurance durant mes moments de doute. Travailler avec toi a été très enrichissant. Au plaisir de pouvoir de nouveau collaborer sur d'autres travaux.

Madame la Docteure Ségolène MOULIERAC,

Tu me fais l'honneur d'être présente ce jour pour juger mon travail. Je te remercie d'avoir accepté ma proposition de dernière minute et pour ce semestre passé avec toi à Monaco. T'avoir comme médecin cheffe pendant six mois m'a beaucoup appris tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel. Il me tarde de pouvoir de nouveau travailler avec toi et ton énergie débordante, tu fais partie de ces bonnes raisons qui me poussent à revenir au CHPG.

Monsieur le Docteur Sacha TETELBOM,

Tu me fais l'honneur d'évaluer mon travail aujourd'hui. Merci de ton intérêt porté à mon étude après ma demande, quoiqu'un peu insolite, de faire partie de mon jury. Je te remercie pour ce semestre passé à tes côtés à Sainte-Marie avec ce calme et cette sérénité qui te caractérisent. Je n'oublie pas non plus ton rôle dans ma rencontre avec l'équipe de Monaco. A divers niveaux, tu auras marqué mon internat ! Merci pour ton amitié.

Aux partenaires

Au Dr. Chaïma KEBAIR RACHDI, avoir débuté ce travail de thèse avec toi a été un véritable plaisir. Ce projet n'aurait jamais vu le jour sans toi, tes propositions et tes idées. Je te remercie sincèrement pour tous tes conseils, ta bienveillance, ton calme et ta gentillesse depuis le premier jour. Merci d'avoir continué à me soutenir même après ton départ. Je te souhaite le meilleur pour la suite de ta carrière en libéral.

A l'équipe de la Direction de la Recherche Clinique du CHU de Nice, particulièrement à Mme PINTARIC et à Mme HUYNH-VAN. Merci de m'avoir aiguillé et accompagné dans les démarches pour obtenir l'accord du Comité de Protection des Personnes puis pour avoir suivi l'avancée de notre travail. Votre aide m'a été précieuse.

A Mme Roxane FABRE, je te remercie pour ton intérêt et pour avoir accepté de m'aider dans l'analyse statistique des données et l'élaboration des résultats de notre travail. Merci d'avoir accompagné un petit interne aux compétences limitées en statistiques.

A Isabelle, secrétaire du CRP, et à Marion, secrétaire du Pr. BENOIT, merci pour votre disponibilité, votre sympathie et votre rapidité de réponse à chacun de mes mails. Votre rôle d'intermédiaire a fortement contribué au bon développement de mon travail.

A l'ensemble des cas et des témoins de cette étude, merci d'avoir accepté d'y participer.

Aux équipes soignantes

Aux équipes de pédopsychiatrie et de pédiatrie que j'ai pu rencontrer au CHU Lenval. Je remercie l'équipe d'ELIPS qui a été présente à mes débuts en tant qu'interne, en particulier Sophie et Séverine, mes psychologues adorées, j'ai beaucoup appris à vos côtés.

A l'équipe de l'unité de psychiatrie G1B du CHU Pasteur, à Laurent, Manon et Kévin. Merci à Alexandra, ma co-interne exemplaire durant ce premier semestre de psychiatrie adulte que l'on n'oubliera probablement jamais, tu fais partie de ces belles rencontres niçoises.

A l'équipe du service d'addictologie du CHU L'Archet. Merci pour votre accueil mémorable et votre gentillesse, je garde un excellent souvenir de vous.

Aux équipes du CH Sainte-Marie, notamment celle de l'unité Saint-Jérôme, c'est toujours un plaisir de revenir vous voir et de discuter avec vous. Je remercie aussi Isabelle, infirmière du C2A, pour nos longs échanges où nous refaisons le monde durant mes gardes.

A l'ensemble de l'équipe de psychiatrie I du CH Princesse Grâce de Monaco, à Jean-François, au Dr. AUBIN. Merci pour ce semestre épanouissant à tous points de vue, pour votre sympathie et votre bienveillance à mon égard, pour votre humour parfois un peu décalé qui n'entache en rien votre professionnalisme. Je ne vous oublie pas et, comme je vous l'ai dit, je reviendrai.

A l'équipe du CMP Bellagio où je travaille actuellement, merci pour votre accueil, c'est un plaisir de pouvoir échanger avec vous chaque jour.

A tous mes co-internes rencontrés sur ces différents semestres, je vous remercie pour ces bons moments passés à vos côtés.

A ma famille

A mon père, je te remercie pour tout ce que tu as pu faire pour moi ces vingt-huit dernières années, tu es le meilleur père qu'un fils puisse avoir avec la bienveillance et la sévérité qu'il faut. Tu as fait de moi la personne que je suis aujourd'hui et te rendre fier est la plus belle des récompenses. Je t'aime.

A ma mère, merci pour ton amour et ton soutien inconditionnels depuis toujours. Tes paroles m'aident à avancer chaque jour dans la bonne direction. Tu es la plus belle personne au monde et un véritable exemple, tu es capable de tout, surtout n'en doute jamais. Je t'aime.

A ma sœur, Lucie, je t'épargne tous les surnoms que j'ai pu te donner au fil des années. Merci d'être mon repère depuis l'enfance, tu m'as aidé à grandir et à m'épanouir. A l'image des parents, tu es un exemple pour moi. Ces années d'étude et ce travail final, je te les dédie. J'espère que tu seras fière. Je te le répète souvent, tu es la « meilleure sœur du monde ». Je t'aime.

A ma grand-mère, Mamie Josette, je te remercie pour ta présence et ton estime. Tu es une personne remarquable et tu t'embellis d'année en année. A Mamie et Papi « de Roanne », à Papi Robert, vous veillez sur moi de là où vous êtes, je ne vous oublie pas.

A l'ensemble de mes oncles et tantes, merci pour votre intérêt et votre curiosité vis-à-vis de mes études de médecine depuis la première année. A mes cousins et cousines présents également durant mon parcours. Je pense aussi à ceux partis trop tôt, j'aurais aimé que vous soyez là pour clore ce chapitre avec moi...

A mes amis

A Delphine, ma meilleure amie, je te remercie pour ton amitié irremplaçable depuis la classe de sixième et ta présence aux différentes étapes de ma vie malgré la distance géographique et nos parcours divergents. A nos prochains souvenirs qui seront aussi mémorables que les précédents (et aussi « chouettes » que nos cours de technologie du collège) !

Aux « Anciens », mes amis du lycée : Baptiste, Jérôme, Jordan, Alexis, Marion, Laury, Claire, Pauline. Merci pour tous ces bons moments passés à vos côtés depuis notre adolescence et pour tous ceux à venir ! J'ai hâte de rire de nouveau avec vous, à l'image de ces douze dernières années.

Aux « Joyeux Gloutons », mes amis de la faculté de médecine de Saint-Etienne : Sarah avec qui tout a commencé, Clara qui m'a accompagné dans le Sud pour la suite de ce périple, Clément, Alexis, Rémi, Loris, Candice, Kelly, Émilie, Faustine, Anaïs, Sarah, Laurine. Merci pour nos fous rires, nos soirées, nos vacances ensemble, nos séances de révisions, nos moments de doute, nos difficultés et nos réussites... Quoi de mieux que cinq ans d'externat pour renforcer cette si belle amitié ! Je suis tellement heureux de faire partie de cette petite famille stéphanoise, il me tarde de voir ce que la vie nous réserve d'encore plus beau.

A ma famille d'adoption niçoise, mes amis rencontrés au cours de cet internat : Lisa, Anne-Cécile, les « beautés des îles » présentes dès les débuts, Anne-Sophie, Olga, mes coups de cœur amicaux, Daniel, Madeleine, Lloyd, Geoffroy, Loïc, Laura, Elena. Je vous remercie de rendre cette nouvelle aventure aussi belle. A mes amis et voisins : Jordan, Alexie, Léo, Enzo, Andrea. Merci d'embellir encore plus cette vie sur le Côte d'Azur et de me faire voir le monde sous un angle différent. A Stéphane et à l'évidence de cette rencontre, je te remercie pour ta bienveillance à mon égard.

Liste des abréviations

ARMEP : Association Recherche Méthodologie et Évaluation Psychiatrique

CAPS-5 : Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CRP : Centre Régional Psychotraumatisme PACA-Corse

DES : Dissociative Experiences Scale (Échelle d'Expériences Dissociatives)

DSM : Diagnostic and Statistical Manual (Manuel Diagnostique et Statistique)

EDC : Épisode Dépressif Caractérisé

IES-R : Impact of Event Scale-Revised

IET : Inventaire des Évènements Traumatogènes

IRI : Interpersonal Reactivity Index (Index de Réactivité Interpersonnelle)

ITQ : International Trauma Questionnaire

MINI : Mini-International Neuropsychiatric Interview

PDEQ : Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (Questionnaire des Expériences de Dissociation Péri-traumatique)

PDI : Peritraumatic Distress Inventory (Inventaire de Détresse Péri-traumatique)

QSA : Quotient du Spectre Autistique

TAG : Trouble Anxieux Généralisé

TP : Trouble Psychotique

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

Table des matières

Liste des enseignants.....	2
Remerciements	7
Liste des abréviations.....	11
Table des matières	12
Introduction	14
1. Contexte de l'étude.....	14
2. Justificatif de l'étude.....	15
3. Objectifs de l'étude.....	16
Matériel & méthodes	17
1. Type d'étude.....	17
2. Nombre de sujets nécessaires	17
3. Population de l'étude.....	17
4. Outils d'évaluation.....	18
a. Questionnaire socio-démographique	18
b. Mini-International Neuropsychiatric Interview.....	18
c. Quotient du Spectre Autistique	19
d. Index de Réactivité Interpersonnelle	19
e. Inventaire des Évènements Traumatogènes.....	19
f. Impact of Event Scale-Revised	20
g. International Trauma Questionnaire	20
h. Questionnaire des Expériences de Dissociation Péri-traumatique	21
i. Inventaire de Détresse Péri-traumatique	21
j. Echelle d'Expériences Dissociatives	21
5. Analyse statistique.....	22
Résultats	23
1. Analyse descriptive	23
a. Comparabilité des groupes	23
b. Analyse descriptive des cas.....	24
2. Analyse de l'objectif principal	25
3. Analyse de l'objectif secondaire.....	26
Discussion	27
1. Résultats principaux.....	27
2. Cohérence externe.....	27
3. Points positifs & limites	28
Conclusion	30

Annexes	31
1. Questionnaire socio-démographique	31
a. Questionnaire patient	31
b. Questionnaire témoin	32
2. Mini International Neuro-Psychiatric Interview.....	33
3. Auto-questionnaire QSA	36
4. Questionnaire IRI	37
5. Inventaire des Évènements Traumatogènes.....	38
6. Questionnaire IES-R	39
7. Questionnaire ITQ.....	40
8. Questionnaire PDEQ	42
9. Questionnaire PDI.....	43
10. Questionnaire DES	44
Bibliographie.....	47
Serment d’Hippocrate	53
Résumé	54

Introduction

1. Contexte de l'étude

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) correspond à la survenue d'un ensemble de symptômes suite à l'exposition à un évènement traumatique où la vie du sujet ou son intégrité physique a été menacée. Sa prévalence sur la vie entière est d'environ 10% sur la population générale⁽¹⁾. Il touche en moyenne deux fois plus les femmes que les hommes⁽²⁾. Le jeune âge au moment de l'évènement, le célibat et un milieu social défavorisé (chômage, faible niveau d'éducation...) sont également des facteurs de risque de TSPT⁽³⁾. La symptomatologie du TSPT a été répertoriée dans le Manuel Diagnostique et Statistique (DSM) des troubles mentaux et comporte trois syndromes : le syndrome d'intrusion/répétition avec reviviscences, le syndrome d'évitement et le syndrome d'hypervigilance⁽⁴⁾. Ce trouble peut également se caractériser par des symptômes de dissociation⁽⁵⁾, définie comme une perturbation de l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions ou de la perception de soi et de l'environnement⁽⁶⁾. Sur le plan neuroanatomique, ces symptômes ont été expliqués notamment par la présence d'anomalies structurelles au niveau des régions cérébrales impliquées dans la régulation du stress ou dans les réactions de peur, telles que le cortex cingulaire antérieur, l'amygdale ou le cortex préfrontal ventromédian⁽⁷⁾. Il a été démontré que l'ensemble de cette symptomatologie altère la qualité de vie des patients⁽⁸⁾. Elle peut également être à l'origine d'altérations cognitives notamment au niveau de la mémoire, de l'attention⁽⁹⁾ et de la compréhension⁽¹⁰⁾. Ces altérations sont positivement corrélées à la sévérité des symptômes de TSPT⁽¹¹⁾.

En outre, la cognition sociale - qui fait référence à la perception, l'interprétation et le traitement des informations relatives à l'environnement social et aux relations⁽¹²⁾ - est influencée et influence le TSPT. Elle représente d'une part un facteur de risque de le développer et de le maintenir par l'intermédiaire du manque de soutien social⁽¹³⁾ et du contexte socio-écologique du patient⁽¹⁴⁾ notamment via des difficultés relationnelles sur le plan familial ou amoureux par exemple⁽¹⁵⁾. La cognition sociale est d'autre part affectée par la symptomatologie du TSPT tant sur le plan de la réponse aux stimuli émotionnels⁽¹⁶⁾, de la perception de soi et des autres⁽¹⁷⁾ que sur la qualité des relations intimes qui semblent moins expressives et plus conflictuelles chez les patients psycho-traumatisés⁽¹⁸⁾. Ces altérations amènent à réfléchir sur l'impact du TSPT sur la capacité d'empathie des patients.

L'empathie est définie comme la reconnaissance et la compréhension des sentiments et des émotions d'un autre individu⁽¹⁹⁾. Sur le plan neuroanatomique, elle est liée à l'activation de zones cérébrales correspondant au cortex cingulaire antérieur, lui-même impacté par le TSPT, et à l'insula⁽²⁰⁾. Cette

activité neuronale est modulée par des processus prenant en compte notamment le type des stimuli émotionnels mis en jeu, les caractéristiques de l'individu et ses relations avec autrui. L'empathie joue un rôle important dans de nombreuses formes d'interaction sociale⁽²¹⁾. Elle a été décrite sous deux dimensions principales⁽²²⁾. La première dimension correspond à l'empathie cognitive ou la compréhension des expériences et des états émotionnels d'autrui, dépendant de processus cognitifs (observation, imagination...)⁽²³⁾. La deuxième est l'empathie affective ou émotionnelle, c'est-à-dire le partage d'expériences et d'états émotionnels avec autrui, reflétant la sensibilité émotionnelle de l'individu⁽²⁴⁾ et liée aux comportements et réponses affectives inconscientes du sujet face à l'émotion de l'autre⁽²⁵⁾. L'empathie étant une notion subjective et multidimensionnelle, des échelles ou questionnaires ont été élaborés pour son étude. C'est le cas de l'Index de Réactivité Interpersonnelle ou Interpersonal Reactivity Index (IRI) qui évaluent les composantes cognitives et affectives de l'empathie⁽²⁶⁾ et dont une version française a été validée en 2013⁽²⁷⁾.

La capacité d'empathie au sein du TSPT est un paramètre finalement peu étudié dans la littérature. Les dernières tendances sont en faveur d'une diminution de l'empathie émotionnelle chez les patients atteints de TSPT⁽⁷⁾. Les données concernant l'empathie cognitive sont encore variables⁽²⁸⁾ et les quelques études montrant des corrélations se basent sur des critères de jugement intermédiaires⁽²⁹⁾. L'étude de Nietlisbach et al. datant de 2010 et utilisant l'IRI⁽³⁰⁾ retrouve également une corrélation entre empathie et TSPT en montrant une empathie émotionnelle plus faible chez les patients atteints de TSPT et un sous-score de détresse personnelle (tendance à vivre de la détresse et de l'inconfort en réponse à la détresse des autres) plus élevé dans le groupe TSPT que dans le groupe contrôle. Cependant, la puissance statistique est relativement peu importante en raison d'un petit échantillon (N =16 cas et 16 témoins) et d'un groupe contrôle peu représentatif de la population générale (témoins sélectionnés majoritairement à l'université). Un lien indirect a également été présenté par une autre étude qui montre des difficultés à mentaliser et à réguler les affects avec une faculté d'empathie plus faible chez des individus présentant d'importants symptômes dissociatifs dans leur vie quotidienne suite à un évènement traumatogène⁽³¹⁾.

2. Justificatif de l'étude

C'est dans ce contexte exposé précédemment que la réalisation d'une nouvelle étude étudiant la capacité d'empathie des patients atteints de TSPT en comparaison d'un groupe contrôle avec une population plus importante et plus représentative a été envisagée afin de vérifier les dernières tendances observées.

3. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est donc d'analyser les répercussions du TSPT sur l'empathie via le questionnaire IRI sur des patients suivis au CHU de Nice en comparaison d'un groupe contrôle. L'hypothèse de départ est l'obtention d'un score total (empathie cognitive et empathie émotionnelle) plus faible mais un sous-score de détresse personnelle plus élevé chez les cas comparativement aux témoins. L'objectif secondaire est de décrire les cofacteurs pouvant influencer l'empathie en association ou non avec le trouble de stress post-traumatique comme certaines données sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'études...), le type d'évènement traumatique, l'éventuelle intervention humaine dans cet évènement, la sévérité du trouble ainsi que l'état de dissociation péri-traumatique et à distance de cet épisode.

Matériel & méthodes

1. Type d'étude

Cet essai est une étude observationnelle de catégorie 3 de type « cas-témoins » à visée analytique, transversale, régionale et non randomisée. Elle permet la comparaison entre deux groupes : patients atteints de trouble de stress post-traumatique (TSPT) et population contrôle.

Le projet de recherche a obtenu d'emblée un avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) d'Île-de-France le 20 octobre 2022 et l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Un second avis favorable a été émis pour la demande de modification substantielle le 12 janvier 2023.

2. Nombre de sujets nécessaires

Le calcul du nombre de sujets nécessaires a été élaboré à partir des moyennes et écart-types attendus dans chacun des deux groupes étudiés⁽²⁸⁾. En utilisant le sous-score de « détresse personnelle » de l'Index de Réactivité Interpersonnelle (IRI) avec une moyenne de 12.4 pour le groupe contrôle, une moyenne de 17.6 pour le groupe TSPT, un écart-type de 4.9, un risque de première espèce de 0.05 et une puissance de 0.90, le nombre de sujets nécessaires pour un test bilatéral, a été évalué à 19 patients par groupe soit 38 individus au total.

3. Population de l'étude

La recherche a porté sur des patients suivis au sein du service du Centre Régional Psychotraumatisme PACA-Corse (CRP) du CHU de Nice pour un trouble de stress post-traumatique diagnostiqué selon les critères du DSM-V, volontaires, majeurs et francophones. La population contrôle a été sélectionnée de façon aléatoire notamment parmi le personnel hospitalier ou via les réseaux sociaux. Il s'agit d'individus majeurs et francophones également, n'ayant ni suivi ni traitement psychiatrique au moment de l'inclusion. Toute cotation positive aux critères diagnostiques relatifs aux comorbidités de type épisode dépressif caractérisé, trouble anxieux généralisé, trouble psychotique et/ou trouble de spectre autistique a conduit à une non-inclusion du patient concerné. Un patient était exclu de l'étude s'il s'opposait à l'utilisation de ses données après lecture de la note d'information expliquant les modalités de l'essai.

La phase d'inclusion a débuté le 27 juillet 2023 et s'est terminée le 29 septembre 2023. Chaque patient a été reçu dans les locaux du Centre Régional Psychotraumatisme PACA-Corse pour répondre dans un premier temps aux questions se rapportant au Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) et au questionnaire du Quotient du Spectre Autistique (QSA) afin d'écartier les comorbidités citées précédemment. Le cas échéant, les auto-questionnaires suivants leur étaient distribués. L'équipe du CRP restait à proximité et à disposition en cas de difficultés rencontrées. La durée de passation de l'ensemble de ces questionnaires était de trente minutes approximativement. Le mode de passation était similaire pour les témoins mais en dehors des locaux du CRP et sur un temps plus court de vingt minutes environ.

Les données récoltées étaient ensuite retranscrites dans les cahiers d'observation et sous format numérique dans un tableur Excel (à titre d'exemple, une femme était cotée « 0 » et un homme « 1 ») afin de faciliter la future analyse statistique.

4. Outils d'évaluation

a. Questionnaire socio-démographique

Chaque patient a eu à remplir initialement un questionnaire permettant de récolter les données socio-démographiques le concernant notamment son âge, son sexe, ses situations familiale et professionnelle ainsi que son niveau d'étude (Annexe 1). Il a également été demandé sur le même questionnaire si un suivi et/ou un traitement psychiatrique étaient en cours au moment de l'inclusion. Le nom et les coordonnées du patient ont été requis uniquement pour le joindre durant la récolte des données en cas d'information complémentaire éventuellement nécessaire. Une fois le questionnaire entièrement rempli et validé, les données ont été anonymisées.

b. Mini-International Neuropsychiatric Interview

Dans le but de rechercher des comorbidités pouvant impacter l'empathie comme un épisode dépressif ou la présence de troubles psychotiques⁽³²⁾ mais également un trouble anxieux généralisé⁽³³⁾, il a été convenu de passer à chaque participant de l'étude le Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Annexe 2). Il s'agit d'un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève, explorant de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques en fonction des critères décrits dans le DSM⁽³⁴⁾. Une version française a été validée⁽³⁵⁾. Les catégories correspondant à l'épisode

dépressif caractérisé (EDC), au trouble anxieux généralisé (TAG) et aux troubles psychotiques au sens large (TP) ont été utilisées.

c. Quotient du Spectre Autistique

Le trouble du spectre autistique (TSA), autre comorbidité pouvant influencer la capacité d'empathie⁽³⁶⁾, a été évalué chez les participants par l'intermédiaire du Quotient du Spectre Autistique (QSA) (Annexe 3). Il s'agit d'un outil d'auto-évaluation à dix items⁽³⁷⁾, validés en français⁽³⁸⁾, visant à dépister les traits autistiques chez les adultes à quotient intellectuel normal. Un score seuil supérieur ou égal à 6 sur 10 a été défini pour coter positivement au TSA.

d. Index de Réactivité Interpersonnelle

L'Index de Réactivité Interpersonnelle (IRI) (Annexe 4) a été complété par tout participant, cas ou témoin. Il s'agit d'un auto-questionnaire validé^(26,27) permettant la mesure de l'empathie à partir de vingt-huit items. Pour chaque item, il est proposé cinq niveaux de cotation sous la forme d'une échelle de Likert allant de 0 (ne me décrit pas du tout) à 4 (me décrit tout à fait). L'IRI est divisé en quatre sous-échelles de sept items correspondant à l'adaptation conceptuelle (tendance à adopter spontanément le point de vue d'autrui dans la vie quotidienne), la fantaisie (tendance à s'imaginer dans des situations fictives), la préoccupation empathique (tendance à vivre des sentiments de sympathie et de compassion en réponse à la détresse des autres) et la détresse personnelle (tendance à vivre de la détresse et de l'inconfort en réponse à la détresse d'autrui.) Les deux premières permettent la mesure de l'empathie cognitive alors que les deux dernières sont utilisées pour l'évaluation de l'empathie affective. Le score de chaque sous-échelle varie donc de 0 à 28 et le score total de l'IRI est compris entre 0 et 112. Il n'existe pas de valeur seuil déterminant un manque ou un excès d'empathie.

e. Inventaire des Évènements Traumatogènes

Afin de déterminer le type d'évènement ayant conduit au développement d'un TSPT, chaque cas s'est vu compléter l'Inventaire des Évènements Traumatogènes (IET) (Annexe 5). Il s'agit d'un inventaire validé⁽³⁹⁾ et auto-administré par le patient. Il comporte une liste de vingt-sept évènements traumatogènes répartis en quatre catégories (catastrophes, accidents, violences volontaires et décès) et différenciées selon trois formes d'exposition (« je l'ai personnellement vécu », « j'en ai été témoin » ou « un proche qui l'a vécu me l'a raconté »). Le nombre de fois où l'évènement a été vécu et la ou les date(s) approximative(s) de l'évènement correspondant sont également spécifiées ainsi qu'une

échelle d'intensité de la détresse ressentie sous la forme d'une cotation de Likert allant de 0 (aucune détresse) à 10 (détresse maximale). La date approximative a été simplifiée en 3 rubriques : « enfance », « adolescence » et « âge adulte » pour une lecture statistique plus pertinente.

f. Impact of Event Scale-Revised

La sévérité des symptômes du TSPT pour chaque cas a été cotée via l'outil de mesure Impact of Event Scale-Revised (IES-R)⁽⁴⁰⁾ (Annexe 6) dont une version française a été validée⁽⁴¹⁾. Il s'agit d'un auto-questionnaire standardisé de vingt-deux items répartis en trois sous-échelles correspondant aux symptômes de répétition/intrusion, d'évitement et d'hypervigilance. Pour chaque item, il est proposé cinq niveaux de cotation sous la forme d'une échelle de Likert allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Le score des sous-échelles d'intrusion et d'évitement varie de 0 à 32 et celui de l'hypervigilance de 0 à 24. Le score total de l'IES-R est compris entre 0 et 88. Les patients sont considérés comme syndromiques pour un score total supérieur à 24.

g. International Trauma Questionnaire

L'International Trauma Questionnaire (ITQ) (Annexe 7) est un auto-questionnaire standardisé⁽⁴²⁾ et validé en français⁽⁴³⁾ qui a été passé à l'ensemble des cas pour évaluer la sévérité du trouble en distinguant TSPT simple et TSPT complexe. L'ITQ comprend six items mesurant l'intensité, sur le mois dernier, des symptômes correspondant aux trois catégories suivantes : « Revivre l'expérience », « Évitement » et « Sentiment de Menace ». Trois items y sont associés pour déterminer les déficiences fonctionnelles en lien avec ces symptômes. Le questionnaire compte également six items mesurant les perturbations d'auto-organisation, divisés en trois autres catégories : « Régulation Émotionnelle », « Perception de soi négative » et « Déficit dans les relations ». Trois autres items permettent là encore de quantifier les déficiences fonctionnelles qui s'y rapportent. Chacun de ces items est coté selon une échelle de Likert allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Chaque indicateur de symptôme est considéré comme « présent » pour un score supérieur ou égal à deux. On parle de TSPT simple si les trois premières catégories sont présentes avec au moins un item de déficience fonctionnelle associé. Un TSPT complexe est au contraire diagnostiqué si les trois catégories suivantes sont présentes avec au moins un item de déficience fonctionnelle qui s'y rapporte, en complément des critères du TSPT simple.

h. Questionnaire des Expériences de Dissociation Péri-traumatique

Afin de mieux caractériser le TSPT pour chaque patient, la composante de dissociation péri-traumatique a été évaluée par l'intermédiaire de deux questionnaires dont le Questionnaire des Expériences de Dissociation Péri-traumatique (PDEQ)⁽⁴⁴⁾ (Annexe 8). Il s'agit d'un test auto-administré, validé en français⁽⁴⁵⁾, composé de dix items mesurant les expériences de dissociation vécues pendant l'évènement traumatique et durant les quelques heures qui l'ont suivi. Chaque item est coté de 1 (pas du tout vrai) à 5 (tout à fait vrai). Le score total est la somme de tous les items. Un score à partir de 15 indique une dissociation significative.

i. Inventaire de Détresse Péri-traumatique

L'Inventaire de Détresse Péri-traumatique (PDI) (Annexe 9) a été passé à l'ensemble des cas en complément du PDEQ. Le PDI est une échelle d'auto-évaluation⁽⁴⁶⁾ composée de treize items traduits en langue française⁽⁴⁷⁾ permettant de déterminer les réactions de détresse émotionnelle au moment de l'évènement traumatique et dans les minutes et les heures qui le suivent. Chacun des treize items est coté de 0 (pas du tout vrai) à 4 (tout à fait vrai). Le score total est la somme de tous les items. Un score à partir de 15 indique une dissociation significative.

j. Echelle d'Expériences Dissociatives

Pour évaluer les symptômes dissociatifs à distance du traumatisme, l'Échelle d'Expériences Dissociatives (DES) (Annexe 10) a été utilisée. Cet outil est un bref auto-questionnaire validé⁽⁴⁸⁾ et traduit en français⁽⁴⁹⁾ constitué de vingt-huit items permettant d'évaluer la fréquence des divers symptômes dissociatifs dans la vie quotidienne des patients sous forme de pourcentage allant de 0% (jamais) à 100% (tout le temps). Le score total est obtenu en additionnant les scores de tous les items puis en divisant le résultat par vingt-huit. Il varie donc entre 0 et 100 et est en faveur d'un trouble dissociatif à partir de 25. La DES peut être passée à des adultes ne présentant pas de traumatisme antérieur et permet également d'identifier une forme latente de dissociation pathologique⁽⁵⁰⁾. Les témoins de l'étude ont donc eux aussi répondu à ce questionnaire afin d'éviter un biais dans l'évaluation de leur capacité d'empathie.

5. Analyse statistique

Les statistiques ont été réalisées par un évaluateur extérieur au CRP via le logiciel R (version 4.3.0) et à partir du tableur Excel cité précédemment. Les données ont été décrites à l'aide de moyennes et d'écart-types pour les variables quantitatives et de fréquences et de pourcentages pour les variables qualitatives. Les variables ont été comparées entre le groupe cas et le groupe témoin en utilisant le test de Wilcoxon-Mann-Whitney pour les variables quantitatives et le test du Khi-2 ou le test exact de Fisher pour les variables qualitatives.

Par la suite, seul le groupe des patients TSPT a été étudié. Les facteurs associés aux scores d'empathie ont été recherchés en utilisant la corrélation de Spearman pour les variables quantitatives, le test de Wilcoxon-Mann-Whitney pour les variables qualitatives et le test de Kruskal-Wallis pour les variables qualitatives à 3 modalités.

Une p -valeur inférieure à 0,05 a été considérée comme significative.

Résultats

1. Analyse descriptive

Dix-neuf cas et deux-neuf témoins ont finalement été inclus. Aucun participant n'a été exclu de l'étude. Trois témoins n'ont pas été sélectionnés au fil des inclusions en raison d'une cotation positive respectivement au trouble anxieux généralisé, au trouble psychotique et au trouble du spectre autistique. Trois cas n'ont pas pu répondre aux questionnaires se rapportant au PDEQ et au PDI en raison de la survenue de symptômes dissociatifs au moment de la passation.

a. Comparabilité des groupes

Les données socio-démographiques de l'ensemble des participants sont exposées dans le Tableau 1. L'âge moyen de la population est de 38,1 ans dans les deux groupes avec une prédominance de femmes (13 femmes chez les cas, 12 chez les témoins). On ne retrouve pas de différence significative dans les deux groupes hormis concernant la situation professionnelle. Quatre participants sont sans emploi et trois sont en arrêt maladie dans le groupe TSPT.

Tableau 1 : Données socio-démographiques

Données socio-démographique	Cas (n = 19)	Témoins (n = 19)	p-valeur
	Nombre (%)		
Âge moyen	38,1	38,1	0,988
Sexe			0,732
Féminin	13 (68,4)	12 (63,2)	
Masculin	6 (31,6)	7 (36,8)	
Situation familiale			0,133
Célibataire	9 (47,4)	4 (21,1)	
En couple/marié(e)	8 (42,1)	14 (73,7)	
Séparé(e)/Divorcé(e)	2 (10,5)	1 (5,3)	
Situation professionnelle			0,019*
Sans emploi	4 (21,1)	0 (0,0)	
Étudiant	4 (21,1)	3 (15,8)	
Activité	8 (42,1)	15 (78,9)	
Arrêt maladie	3 (15,8)	0 (0,0)	
Retraite	0 (0,0)	1 (5,3)	
Niveau de scolarité			1,000
Collège	3 (15,8)	4 (21,1)	
Lycée	4 (21,1)	4 (21,1)	
Supérieur	12 (63,2)	11 (57,9)	

b. Analyse descriptive des cas

L'ensemble des cas sont suivis sur le plan psychiatrique, depuis plus d'un an pour la moitié d'entre eux. Plus de 50% sont traités sur le plan médicamenteux et onze patients bénéficient d'une psychothérapie.

Les évènements traumatiques à l'origine du trouble et leurs caractéristiques sont résumés dans le Tableau 2. Trois quarts des patients TSPT présentent des traumatismes multiples et 66,7% d'entre eux cotent pour un TSPT complexe sur le questionnaire ITQ. Quatre cas sur dix-neuf sont considérés subsyndromiques au vu de leur score au questionnaire IES-R (score total inférieur à 24). Les moyennes du score IES-R sont de 50,8 (23,9) au total ; 20,1 (10,2) pour la sous-échelle de répétition/intrusion ; 16,9 (9,0) pour celle d'évitement et 13,7 (7,2) pour la sous-échelle d'hypervigilance.

Trois quarts des cas présentent une dissociation significative avec réactions de détresse émotionnelle au moment de l'évènement traumatique sur le questionnaire PDI et 87,5% d'entre eux ont un score de dissociation significatif à partir du questionnaire PDEQ. La moitié des patients TSPT présentent également des symptômes dissociatifs à distance du traumatisme selon le questionnaire DES.

Tableau 2 : Évènements traumatiques

<u>Type d'évènement</u>	<u>Nombre (%)</u>	<u>Période</u>	<u>Nombre (%)</u>
Catastrophe	3 (15,8)	Enfance	0 (0,0)
		Adolescence	3 (100,0)
		Age adulte	0 (0,0)
Accident	11 (57,9)	Enfance	1 (9,1)
		Adolescence	3 (27,3)
		Adulte	7 (63,6)
Violence	18 (94,7)	Enfance	5 (27,8)
		Adolescence	5 (27,8)
		Adulte	8 (44,4)
Viol	7 (36,8)		
Attouchement sexuel	7 (36,8)		
Agression physique	7 (36,8)		
Agression armée	3 (15,8)		
Agression verbale	2 (10,5)		
Torture, acte terroriste	5 (26,3)		
Décès	12 (63,2)	Enfance	1 (8,3)
		Adolescence	1 (8,3)
		Adulte	10 (83,3)

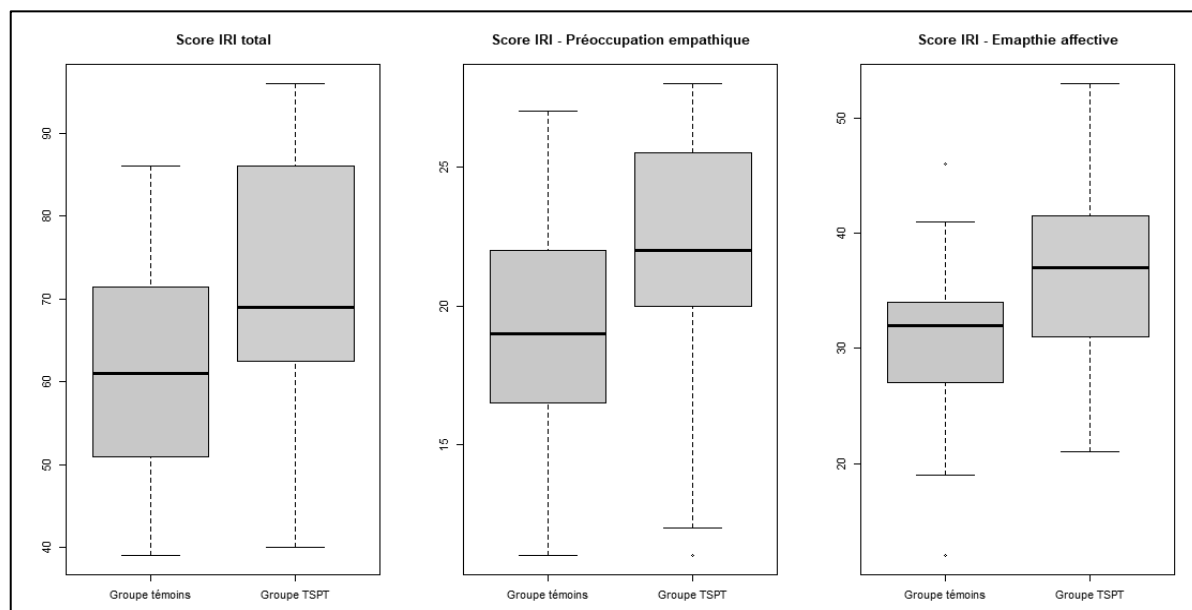
2. Analyse de l'objectif principal

Comparativement au groupe témoin, les scores totaux d'empathie sur le questionnaire IRI sont significativement supérieurs chez les cas avec une moyenne de 72,4 contre 61,0 ($p = 0,023$). On retrouve cette même tendance pour la sous-catégorie d'empathie affective ($p = 0,025$) mais la différence n'est pas significative pour l'empathie cognitive. Concernant les sous-scores de l'IRI, seul celui de la préoccupation empathique est significativement différent, en faveur du groupe des patients TSPT ($p = 0,025$). Les scores de l'IRI sont récapitulés dans le [Tableau 3](#) et les différences significatives sont illustrées sous forme de diagrammes en boîte sur la [Figure 1](#).

Tableau 3 : Scores d'empathie

Catégories de l'IRI	Cas (n = 19)	Témoins (n = 19)	p-valeur
	Moyenne (Écart-type)		
Total	72,4 (16,5)	61,0 (13,6)	0,023*
Sous-catégories			
Empathie affective	36,8 (9,2)	30,6 (7,8)	0,025*
Empathie cognitive	35,5 (9,4)	30,4 (9,3)	0,077
Sous-scores			
Adaptation contextuelle	19,9 (6,1)	18,2 (5,2)	0,219
Fantaisie	15,6 (6,4)	12,2 (6,0)	0,095
Préoccupation empathique	22,1 (4,8)	19,3 (3,9)	0,025*
Détresse personnelle	14,8 (6,2)	11,3 (5,6)	0,082

Figure 1 : Diagrammes en boîte



3. Analyse de l'objectif secondaire

La recherche de facteurs pouvant influencer les capacités d'empathie ne retrouve pas de lien avec l'âge, le sexe ou le niveau d'étude. On ne note pas de corrélation entre le type d'évènement traumatique et les scores de l'IRI excepté entre l'évènement « décès » et le sous-score d'adaptation contextuelle ($p = 0,042$). La période à laquelle survient l'évènement ne semble pas non plus avoir d'impact.

Concernant la sévérité du TSPT, un lien significatif est démontré entre les scores totaux de l'IES-R et les scores totaux de l'IRI ($p = 0,050$), le sous-score de préoccupation empathique ($p = 0,007$) et le sous-score de fantaisie ($p = 0,018$). La sous-échelle de répétition/intrusion de l'IES-R semble également impacter la sous-catégorie d'empathie affective ($p = 0,016$). Le caractère simple ou complexe du TSPT (ITQ) n'influence pas les scores d'empathie de façon significative.

Une corrélation est retrouvée entre l'intensité des symptômes dissociatifs à distance du traumatisme évalués par le questionnaire DES et l'augmentation des scores totaux de l'IRI ($p = 0,022$), des scores de la sous-catégorie d'empathie cognitive ($p = 0,020$) et des sous-scores de préoccupation empathique et de fantaisie ($p = 0,003$) chez les cas. La dissociation péri-traumatique évaluée par les questionnaires PDEQ ($p = 0,002$) et PDI ($p = 0,008$) est aussi positivement corrélée avec le sous-score de préoccupation empathique.

Discussion

1. Résultats principaux

Les résultats de notre étude montrent une augmentation significative des scores totaux d'empathie et de la sous-catégorie d'empathie affective chez les cas comparativement aux témoins. Il est en de même pour le sous-score de préoccupation empathique, c'est-à-dire la tendance à vivre des sentiments de sympathie et de compassion en réponse à la détresse des autres. Ces majorations empathiques semblent être corrélées à la sévérité du trouble en particulier celle du syndrome de répétition/intrusion et à l'intensité du syndrome dissociatif péri-traumatique et à distance du traumatisme.

Sur le plan clinique, l'ensemble de ces données permet une meilleure vision globale et une meilleure compréhension des symptômes du TSPT et d'étayer ainsi l'information et la psychoéducation des patients à propos des répercussions de leur trouble sur leur perception et leur traitement des informations sociales et relationnelles au quotidien.

Afin de mieux comprendre et d'objectiver ces résultats, il pourrait être intéressant de coupler les données recueillies par les auto-questionnaires à des analyses de neuro-imagerie ciblant les zones cérébrales impliquées dans l'empathie (cortex cingulaire antérieur, insula) ⁽²⁰⁾ et d'évaluer les répercussions éventuelles sur les plans neuroanatomique et neurofonctionnel. L'hypothèse du lien entre l'Ocytocine et son rôle dans l'empathie des sujets ⁽²⁹⁾ serait également une piste neurobiologique à approfondir pour obtenir des résultats plus objectifs voire être à l'origine de futures études thérapeutiques sur le TSPT si les analyses sont concluantes...

2. Cohérence externe

Les caractéristiques de notre population en termes de moyennes d'âge sont comparables à celles des études passées avec une prédominance de femmes ⁽²⁾. La situation professionnelle de nos patients TSPT semble également correspondre aux statistiques ⁽³⁾. Les résultats propres aux scores totaux d'empathie chez les cas par rapport aux témoins apparaissent au contraire opposés à ceux retrouvés dans la littérature mais le questionnaire utilisé est différent (Quotient Empathique ou EQ) ⁽²⁸⁾. A noter que le choix a été fait d'utiliser l'IRI dans notre étude au détriment de l'EQ pour une analyse plus précise en sous-scores (non différenciés dans l'EQ) et un temps de passation plus court (28 questions pour l'IRI contre 60 pour l'EQ) ⁽⁶³⁾. Nos tendances sont aussi opposées concernant les sous-catégories

d'empathie affective et d'empathie cognitive où la première est plus faible chez les patients TPST en utilisant l'EQ⁽⁷⁾ et où elles sont toutes deux abaissées chez les cas comparativement aux témoins sur des tests d'empathie médiatisés (Biological Motion Task, Yoni Task...) ⁽²⁹⁾. Les résultats de l'étude de Nietlisbach et al. utilisant l'IRI ⁽³⁰⁾ vont également à l'encontre de ceux de notre travail concernant l'empathie émotionnelle et ne se rejoignent pas vis-à-vis du sous-score de détresse personnelle. On note également de notre côté un impact positif de la sévérité du trouble sur les capacités d'empathie qui n'est pas retrouvé dans cette étude (également évaluée par l'IES-R) mais toutefois démontré dans l'étude de Palgi et al. ⁽²⁹⁾ (où la sévérité du TSPT est évaluée par le Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5 ou CAPS-5).

Ces différences observées peuvent s'expliquer d'une part par l'effectif plus faible et discutable du travail de Nietlisbach et al. avec plus de la moitié des cas sub-syndromiques (contre quatre dans notre étude) et sans prise en compte des TSPT complexes (majoritairement représentés au sein de nos patients). On peut citer aussi la non considération des comorbidités impactant l'empathie de façon négative (critères de non inclusion de notre sujet). Hormis la dissociation (via le questionnaire DES), ces comorbidités n'ont pas non plus été examinées dans l'étude de Schimmenti et al. ⁽³¹⁾ qui retrouve aussi un score d'empathie plus faible mais négativement corrélé à l'intensité de la dissociation. Il peut être intéressant de souligner que nos résultats globaux ne sont pas comparables du fait que l'ensemble de ces études retrouvées dans la littérature soient internationales et datent des années 2010. Or, le contexte sociétal a pu changer depuis (attentats terroristes, guerres, pandémie liée au COVID-19...) et notre population étudiée sur un seul centre régional français évolue dans un environnement tout aussi différent. Ce phénomène pourrait possiblement être confirmé ou infirmé par de futures études sociologiques sur le sujet...

3. Points positifs & limites

La faisabilité pratique de cette étude, sa simplicité et son homogénéité sur un seul centre d'analyse contribuent à sa bonne qualité méthodologique. Peu de patients ont refusé de participer ou n'ont finalement pas été inclus de par des critères d'inclusion peu restrictifs. Le passage des questionnaires sur un temps court et en une seule fois a limité les éventuels biais de suivi et a permis de n'avoir aucun perdu de vue durant la récolte des données. L'évaluation des résultats par un évaluateur extérieur renforce également positivement leur validité.

Il est toutefois nécessaire de reconnaître certaines limites à notre étude. Tout d'abord, les résultats obtenus peuvent apparaître discutables au vu de l'effectif relativement faible et de son caractère

monocentrique entraînant un manque de puissance. La passation des questionnaires, bien qu'étant remplis directement par les participants, peut manquer de précision et d'objectivité et peut pâtir d'un biais de mémorisation de par un mode de recueil uniquement déclaratif, transversal et supervisé par des investigateurs informés du groupe évalué (cas/témoins). Les répercussions symptomatologiques (reviviscences, majoration de l'état dissociatif...) du remplissage de tels questionnaire sur certains patients n'ont pas non plus été analysées alors que certaines données manquantes en sont la conséquence (questionnaires PDEQ et PDI non remplis par exemple). Malgré que certains facteurs de confusion liés à l'analyse de l'empathie aient été pris en compte, il existe d'autres comorbidités associées de façon significative au TPST pouvant influencer les capacités de reconnaissance et de compréhension des sentiments et des émotions d'autrui. Il s'agit notamment des troubles de personnalité borderline⁽⁵¹⁾, antisociale⁽⁵²⁾ et narcissique⁽⁵³⁾ reconnus comme des facteurs de risque de TSPT et associés à des niveaux d'empathie plus faibles chez les patients concernés^(54,55,56). Le mésusage de substances toxiques peut aussi impacter l'empathie émotionnelle des consommateurs⁽⁵⁷⁾ et est également fréquemment associé au TSPT⁽⁵⁸⁾. Ces comorbidités n'ont pas été prises en considération de par des difficultés pratiques liées à des critères d'inclusion qui auraient été alors trop restrictifs et des temps de passation et de cotation des questionnaires diagnostiques correspondant trop longs. Au vu de ces éléments, il serait donc intéressant de réaliser une étude similaire avec un effectif plus important voire une étude multicentrique pour pouvoir tenir compte d'une majorité de facteurs de confusion tout en conservant une puissance suffisante à une bonne interprétation des résultats.

L'étude ne permet pas non plus de conclure si cette élévation des scores empathiques est secondaire au TSPT ou si elle l'a précédé. Pour objectiver cette causalité, il serait nécessaire d'évaluer l'empathie via l'IRI avant et après le psychotraumatisme, ce qui n'est guère faisable en pratique. Certaines données de la littérature peuvent cependant affiner certaines hypothèses. Il a notamment été vu, sur une population de personnels hospitaliers, qu'un niveau d'empathie plus faible serait un facteur de vulnérabilité de développer un TSPT et qu'un niveau plus élevé serait un facteur protecteur⁽⁵⁹⁾. Une empathie plus forte serait également liée à une meilleure résilience⁽⁶⁰⁾. La résilience étant définie comme la capacité à surmonter les difficultés rencontrées dans les différents domaines de sa vie avec persévérance⁽⁶¹⁾ et reconnue elle-même comme un facteur protecteur contre le TSPT⁽⁶²⁾. Ces données semblent aller dans le sens que les caractéristiques d'empathie observées seraient plus une conséquence du TSPT qu'un facteur de vulnérabilité, d'autant qu'elles sont liées à la sévérité du trouble, mais restent à confirmer... L'âge et le stade de développement au moment de la survenue de l'évènement traumatique sont des paramètres à étudier plus en détail également pour prendre en compte cette temporalité sur les répercussions empathiques....

Conclusion

Dans un contexte sociétal et environnemental sur les plans régional, national et mondial où l'incidence du TSPT risque d'augmenter ces prochaines années, cette étude permet de mieux comprendre les caractéristiques et les conséquences de ce trouble en s'intéressant à son aspect cognitif et à ses répercussions sur les capacités de reconnaissance et de compréhension des sentiments d'autrui ou empathie. Contrairement à ceux retrouvés dans la littérature, les résultats de cet essai comparant des patients atteints de TSPT à une population contrôle sont en faveur d'une augmentation des capacités d'empathie chez les cas par rapport aux témoins, plus précisément sur le plan émotionnel, mais méritent d'être étayés par de futurs travaux sur de plus grands effectifs et sur des données plus objectives notamment neuroanatomiques, neuro-fonctionnelles ou neurobiologiques.

Annexes

1. Questionnaire socio-démographique

a. Questionnaire patient

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Âge :
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre	
N° de téléphone :	Mail :
Situation familiale :	
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> En couple/marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e)/Divorcé(e)	
Avez-vous des enfants ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, nombre d'enfant(s) :
Scolarité :	
<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/> Lycée <input type="checkbox"/> Supérieur	
Situation professionnelle actuelle :	
<input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Arrêt maladie <input type="checkbox"/> Retraite	
Si activité, profession :	
<input type="checkbox"/> Agriculteur/exploitant <input type="checkbox"/> Artisan/commerçant <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Ouvrier	
<input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Profession libérale Autre :	
Suivi psychiatrique :	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<u>Si oui, merci de répondre aux questions suivantes :</u>	
Psychiatre traitant :	
Durée du suivi :	
<input type="checkbox"/> < 1 mois <input type="checkbox"/> 1 à 6 mois <input type="checkbox"/> 6 mois à 1 an <input type="checkbox"/> > 1 an	
Diagnostic psychiatrique principal :	
<input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire <input type="checkbox"/> Schizophrénie <input type="checkbox"/> Conduites addictives	
<input type="checkbox"/> Trouble obsessionnel compulsif <input type="checkbox"/> Trouble de stress post-traumatique	
<input type="checkbox"/> Autre :	
Traitement psychiatrique en cours :	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) :	
Suivi psychothérapeutique (psychologue) en cours :	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

b. Questionnaire témoin

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Âge :
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre	
N° de téléphone :	Mail :
Situation familiale :	
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> En couple/marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e)/Divorcé(e)
Avez-vous des enfants ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, nombre d'enfant(s) :
Scolarité :	
<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/> Lycée <input type="checkbox"/> Supérieur	
Situation professionnelle actuelle :	
<input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Arrêt maladie <input type="checkbox"/> Retraite	
Si activité, profession :	
<input type="checkbox"/> Agriculteur/exploitant <input type="checkbox"/> Artisan/commerçant <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Ouvrier	
<input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Profession libérale	Autre :
Suivi psychiatrique :	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Traitement psychiatrique en cours :	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

2. Mini International Neuro-Psychiatric Interview

EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE (EDC) - Actuel	DSM-5	CIM-10
EDC Actuel – ISOLE <input type="checkbox"/>	296.2x	F32.x
EDC Actuel – RECURRENT <input type="checkbox"/>	296.3x	F33.x

Je vais vous poser des questions se rapportant à des symptômes que vous pourriez avoir présentés **ces deux dernières semaines** ou depuis plus longtemps.

Si les questions décrivent des symptômes que vous présentez actuellement, **la plupart du temps au cours de la journée**, et ce, **presque tous les jours** depuis **au moins deux semaines** et qu'ils représentent un changement par rapport à votre état habituel, répondez **OUI**.

Si les questions ne décrivent pas ce que vous ressentez les deux dernières semaines ou que vous en doutez, répondez **NON**. De la même manière, répondez **NON** si les symptômes sont clairement dus à une maladie.

COTATEUR : VERIFIEZ EN CAS DE REPOSE POSITIVE SI TOUS LES CRITERES (PERIODES, DUREES, SEVERITE, SPECIFICITES PAR EX. ICI UN CHANGEMENT PAR RAPPORT A L'ETAT HABITUEL) SONT PRESENTS. DANS LE CAS CONTRAIRE, COTER NON MEME SI LE SUJET A REPONDU OUI.

		OUI	NON
EDCa1	Vous êtes-vous senti(e) ou vous a-t-on fait remarquer que vous étiez particulièrement déprimé(e), triste, cafardeux(se), vide ou sans espoir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDCa2	Avez-vous senti ou vous a-t-on fait remarquer que vous aviez beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir que d'habitude pour toutes, ou presque toutes les activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI VOUS AVEZ COTE NON LES 2 QUESTIONS PRECEDENTES, PASSEZ AU MODULE SUIVANT OU ARRETEZ ICI L'EVALUATION. SI VOUS AVEZ COTE OUI L'UNE OU L'AUTRE DES 2 QUESTIONS PRECEDENTES, PASSEZ A LA QUESTION SUIVANTE		
EDCa3	Votre appétit a-t-il notablement changé ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDCa4	Avez-vous des problèmes de sommeil (par ex. : difficultés à s'endormir, réveils nocturnes ou précoces, sommeil excessif y compris pendant la journée) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDCa5	Avez-vous noté ou vous a-t-on fait remarquer que vous pensiez ou que vous bougiez plus lentement que d'habitude ou que votre manière de parler avait changé (par ex. : ralentissement, augmentation des pauses avant de répondre, pauvreté du discours, baisse du volume, mutisme...), ou au contraire vous sentiez-vous agité(e) (par ex. : fièvre, difficulté à rester assis, faire les cent pas, se frotter les mains, tripoter sa peau, des vêtements ou d'autres objets...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDCa6	Vous êtes-vous senti(e) fatigué(e), sans énergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDCa7	Avez-vous pensé que vous étiez « nul(le) » ou sans valeur, ou avez-vous ruminé à propos d'échecs mineurs passés ou avez-vous été préoccupé(e) par des sentiments de culpabilité (pas seulement à propos de votre incapacité à remplir vos obligations du fait de votre état actuel) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDCa8	Avez-vous noté ou vous a-t-on fait remarquer que vous aviez du mal à réfléchir, à vous concentrer ou à prendre des décisions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDCa9	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal, ou avez fait une tentative de suicide ou établi un plan pour vous suicider ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	NOMBRE DE OUI (EDCa1 à EDCa9) = <input type="text"/>		
	SI 5 OUI OU PLUS AUX QUESTIONS PRECEDENTES, PASSEZ A LA QUESTION SUIVANTE.		
EDCa10	Ces symptômes entraînent-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils de manière significative dans vos activités, votre travail, vos études, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI VOUS AVEZ COTE NON A LA QUESTION PRECEDENTE (EDCa10), PASSEZ AU MODULE SUIVANT OU ARRETEZ ICI L'EVALUATION. SI VOUS AVEZ COTE OUI A LA QUESTION PRECEDENTE (EDCa10), PASSEZ A LA QUESTION SUIVANTE.		
EDCa11	Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres épisodes dépressifs, de deux semaines ou plus, où vous aviez la plupart des symptômes dont nous venons de parler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI LA QUESTION PRECEDENTE (EDCa11) EST COTE **OUI**, COCHER « **EDC actuel – RECURRENT** » en haut de la page.
SI LA QUESTION PRECEDENTE (EDCa11) EST COTE **NON**, COCHER « **EDC actuel – ISOLE** » en haut de la page.

ANXIETE GENERALISEE (AG) - Actuelle	DSM-5	CIM-10
AG Actuelle <input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
ANXIETE ANTICIPATOIRE <input type="checkbox"/>	NA	NA

Je vais vous poser des questions se rapportant à des symptômes que vous pourriez avoir présentés, **la plupart du temps, au cours des six derniers mois** ou depuis plus longtemps.
 Si les questions décrivent des symptômes que vous présentez actuellement la plupart du temps, et ce, depuis au moins 6 mois, répondez **OUI**.
 Si vous n'avez pas présenté les symptômes décrits, la plupart du temps, au cours des six derniers mois ou que vous en doutez, répondez **NON**.
 De la même manière, répondez **NON** si les symptômes sont clairement dus à une maladie (p. ex. hyperthyroïdie) ou aux effets d'un médicament ou d'une drogue.
 COTATEUR : VERIFIEZ EN CAS DE REPOSE POSITIVE SI TOUS LES CRITERES (PERIODES, DUREES, SEVERITE) SONT PRESENTS. DANS LE CAS CONTRAIRE, COTER NON MEME SI LE SUJET A REPONDU OUI.

		OUI	NON
AG1	Vous sentez-vous la plupart du temps préoccupé(e) , inquiet(e), anxieux(se) de manière excessive pour des événements ou des activités de la vie de tous les jours , au travail/dans vos études, à la maison, ou à propos de votre entourage, ou avez-vous eu l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien comme des problèmes domestiques, des retards à des rendez-vous et de ressentir beaucoup d'appréhension pour des événements à venir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI VOUS AVEZ COTEE NON LA QUESTION PRECEDENTE, PASSEZ AU MODULE SUIVANT OU ARRETEZ ICI L'EVALUATION. SI VOUS AVEZ COTEE OUI LA QUESTION PRECEDENTE PASSEZ A LA QUESTION SUIVANTE		
AG2	Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ou ces pensées inquiétantes lorsqu'elles surviennent et à les empêcher de vous gêner pour vous concentrer sur ce que vous avez à faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI VOUS AVEZ COTEE NON LA QUESTION PRECEDENTE, PASSEZ AU MODULE SUIVANT OU ARRETEZ ICI L'EVALUATION. SI VOUS AVEZ COTEE OUI LA QUESTION PRECEDENTE PASSEZ A LA QUESTION SUIVANTE		
AG3	Avez-vous le sentiment d'être fréquemment agité(e), survolté(e) ou énervé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AG4	Vous sentez-vous facilement fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AG5	Avez-vous fréquemment des difficultés pour vous concentrer ou la sensation d'avoir la « tête vide » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AG6	Etes-vous facilement irritable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AG7	Avez-vous souvent l'impression d'avoir tendu(e) ou contracté(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AG8	Avez-vous souvent des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, sommeil agité ou insatisfaisant) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	NOMBRE DE OUI (AG2 A AG8) = <input type="text"/>		
AG9	Ces préoccupations excessives, cette appréhension et ces symptômes physiques entraînent-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils de manière significative dans vos activités, votre travail/vos études, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI VOUS AVEZ COTE NON A LA QUESTION PRECEDENTE (AG9), PASSEZ AU MODULE SUIVANT OU ARRETEZ ICI L'EVALUATION. SI VOUS AVEZ COTE OUI A LA QUESTION PRECEDENTE (AG9), PASSEZ A LA QUESTION SUIVANTE.		
AG10	Est-ce que ces préoccupations excessives, cette appréhension et ces symptômes physiques surviennent uniquement dans des situations bien identifiées qui vous font peur ou que vous redoutez ou lorsque vous êtes séparés(es) des personnes qui vous sont proches, à cause de perceptions de défauts ou d'imperfections physiques, à cause d'inquiétudes concernant une prise de poids, d'un risque de contamination ou d'avoir une maladie grave ou bien encore lorsque vous pensez à des événements traumatiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI LA QUESTION PRECEDENTE (AG10) EST COTEE **OUI**, COCHER « **ANXIETE ANTICIPATOIRE** » en haut de la page.
 SI LA QUESTION PRECEDENTE (AG10) EST COTEE **NON**, COCHER « **AG actuelle** » en haut de la page.

L. TROUBLES PSYCHOTIQUES

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, EN CAS DE REPONSE POSITIVE DEMANDER UN EXEMPLE.
NE COTER OUI QUE SI LES EXEMPLES MONTRENT CLAIEMENT UNE DISTORSION DE LA PENSEE ET / OU DE LA PERCEPTION OU S'ILS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIES.
AVANT DE COTER, EVALUER LE CARACTERE « BIZARRE » DES REPONSES.

IDEES DELIRANTES BIZARRES : LE CONTENU EST MANIFESTEMENT ABSURDE, INVRAISEMBLABLE, ET NE PEUT ETRE BASE SUR DES EXPERIENCES HABITUELLES DE LA VIE.

HALLUCINATIONS BIZARRES : VOIX QUI FONT DES COMMENTAIRES SUR LES PENSEES OU LES ACTES DU PATIENT OU PLUSIEURS VOIX QUI PARLENT ENTRE ELLES.

				BIZARRE	
A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.					
L1 a	Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?	NON	OUI	OUI	1
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI → L6a	2
L2 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?	NON		OUI	3
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON		OUI → L6a	4
L3 a	Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous ? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé ?	NON		OUI	5
b	SI OUI : Actuellement, croyez-vous cela ?	NON		OUI → L6a	6
L4 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?	NON	OUI	OUI	7
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI → L6a	8
L5 a	Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ? NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRESENTE CLAIEMENT DES IDEES DELIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITE, DE RUINE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLOREES PAR LES QUESTIONS L1 A L4	NON	OUI	OUI	9
b	SI OUI : Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ?	NON	OUI	OUI	10
L6 a	Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ? COTER OUI « BIZARRE » UNIQUEMENT SI LE PATIENT REpond OUI A LA QUESTION : Ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ?	NON	OUI	OUI	11
b	SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?	NON	OUI	OUI → L8b	12

3. Auto-questionnaire QSA

Voici une liste de situations. Veuillez lire chacune d'elles très attentivement et précisez en entourant la réponse comme dans les exemples ci-dessous dans quelle mesure vous êtes d'accord ou pas.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Je remarque souvent des bruits discrets que les autres ne remarquent pas				
2. Je me concentre habituellement plus sur l'ensemble d'une image que sur les petits détails de celle-ci				
3. Je trouve qu'il est facile de faire plus d'une chose à la fois				
4. Si je suis interrompu(e), je peux facilement revenir à ce que j'étais en train de faire				
5. Je trouve qu'il est facile de « lire entre les lignes » lorsque quelqu'un me parle				
6. Je sais m'en rendre compte quand mon interlocuteur s'ennuie				
7. Quand je lis une histoire, je trouve qu'il est difficile de me représenter les intentions des personnages				
8. J'aime collectionner des informations sur des catégories de choses (types de voitures, oiseaux, trains, plantes, ...)				
9. Je trouve qu'il est facile de décoder ce que les autres pensent ou ressentent juste en regardant leur visage				
10. Je trouve qu'il est difficile de décoder les intentions des autres				

4. Questionnaire IRI

Pour chaque phrase, indiquez dans quelle mesure elle décrit vos pensées et vos sentiments dans diverses situations. Cotation de 0 (ne me décrit pas du tout) à 4 (me décrit tout à fait).

	0	1	2	3	4
1. Je fais des rêves éveillés et je fantasme assez régulièrement sur ce qui pourrait m'arriver					
2. J'ai souvent des pensées émues pour les gens qui ont moins de chance que moi					
3. Je trouve quelquefois difficile de voir les choses en me mettant à la place des autres					
4. Parfois je ne me sens pas malheureux pour les autres quand ils ont des problèmes					
5. Je m'implique vraiment dans les sentiments des personnages de romans					
6. Dans les situations d'urgence, je me sens angoissé et/ou mal à l'aise					
7. D'habitude je suis objectif(ve) quand je vois un film ou une pièce, et je ne me laisse pas souvent prendre complètement par l'histoire					
8. Avant de prendre une décision, j'essaie de tenir compte des points de vue de chacun					
9. Quand je vois qu'on profite de quelqu'un, je ressens le besoin de le protéger					
10. Parfois je me sens démuni(e) quand je suis dans une situation émotionnelle très intense					
11. Parfois j'essaie de mieux comprendre mes amis en me mettant à leur place					
12. Être totalement absorbé(e) par un bon livre ou un bon film m'arrive assez rarement					
13. Quand je vois que quelqu'un est blessé(e), j'ai tendance à garder mon calme					
14. Généralement, les malheurs des autres ne me gênent pas beaucoup					
15. Si je suis sûr(e) d'avoir raison sur un sujet, je ne perds pas trop de temps à écouter les arguments des autres					
16. Après avoir vu une pièce ou un film, j'ai l'impression d'avoir été l'un des personnages					
17. Être confronté(e) une émotion violente m'effraie					
18. Quand je vois une personne traitée de façon injuste, il peut m'arriver de ne pas avoir beaucoup de pitié					
19. D'habitude je suis assez efficace pour gérer les urgences					
20. Je suis souvent assez ému(e) par ce qui arrive					
21. Je crois qu'il y a deux façons de voir les choses, et j'essaie d'envisager les deux					
22. Je me décrirais comme une personne assez compatissante					
23- Quand je vois un bon film, je peux facilement me mettre à la place du personnage principal					
24. J'ai tendance à perdre mes moyens dans les situations d'urgence					
25. Quand j'en veux à quelqu'un, habituellement j'essaie un instant de me mettre dans sa peau					
26. Quand je suis pris par une histoire ou un roman, j'imagine ce que je ressentirais si cela m'arrivait					
27. Quand je vois quelqu'un qui a vraiment besoin d'aide en urgence, je m'effondre					
28. Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais à sa place					

5. Inventaire des Évènements Traumatogènes

Vous trouverez ci-après une liste d'évènements traumatiques, si vous avez été confrontés à certains, indiquez comment vous les avez vécus, le nombre de fois et les dates correspondantes. Évaluez ensuite l'intensité actuelle de votre détresse ressentie pour l'évènement de 0 (aucune détresse) à 10 (détresse maximale).

	Type d'évènement	Comment l'avez-vous vécu ?						Intensité de détresse actuelle
		Je l'ai vécu personnellement		J'en ai été témoin		Un proche qui l'a vécu me l'a raconté		
		Nombre	Date	Nombre	Date	Nombre	Date	
Catastrophe	Inondation							
	Tempête, tornade							
	Tremblement de terre							
	Explosion							
	Incendie							
	Autre catastrophe :							
Accident	Accident de voiture							
	Accident de deux-roues							
	Autre accident de transport							
	Accident grave au travail							
	Accident grave au domicile							
	Autre accident :							
Violence volontaire	Agression sexuelle avec pénétration (viol)							
	Agression sexuelle sans pénétration (attouchement)							
	Autre expérience sexuelle non désirée/non consentie :							
	Agression physique grave							
	Agression avec une arme							
	Agression verbale (menace de mort)							
	Guerre, torture, acte terroriste							
	Agression du domicile							
	Autre agression :							
Décès	Homicide (meurtre, assassinat)							
	Suicide ou tentative de suicide							
	Décès brutal d'un proche							
	Maladie grave apprise brusquement							
	Blessure grave ou homicide que vous avez causé à quelqu'un d'autre							
	Autre évènement :							

6. Questionnaire IES-R

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un évènement stressant. Veuillez lire attentivement chaque item et indiquez à quel point vous avez été bouleversé(e) pour chacune de ces difficultés au cours de ces 7 derniers jours en ce qui concerne (inscrire l'évènement).

Cotation de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement).

	0	1	2	3	4
1. Tout rappel de l'évènement ravivait mes sentiments face à cet évènement					
2. Je me réveillais la nuit					
3. Différentes choses m'y faisait penser					
4. Je me sentais irritable et en colère					
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser					
6. Sans le vouloir, j'y repensais					
7. J'ai eu l'impression que l'évènement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel					
8. Je me suis tenu(e) loin de ce qui m'y faisait penser					
9. Des images de l'évènement surgissaient dans ma tête					
10. J'étais nerveux(se) et je sursautais facilement					
11. J'essayais de ne pas y penser					
12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'évènement, mais je n'y ai pas fait face					
13. Mes sentiments à propos de l'évènement étaient comme « figés »					
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'évènement					
15. J'avais du mal à m'endormir					
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'évènement					
17. J'ai essayé d'effacer l'évènement de ma mémoire					
18. J'avais du mal à me concentrer					
19. Ce qui me rappelait l'évènement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations					
20. J'ai rêvé de l'évènement					
21. J'étais aux aguets, sur mes gardes					
22. J'ai essayé de ne pas parler de l'évènement					

7. Questionnaire ITQ

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes et de plaintes qu'ont parfois les personnes suite à des expériences de vie stressantes ou traumatiques. Merci de lire chaque item attentivement, puis cocher la case correspondant au chiffre à droite qui indique à quel point vous avez été perturbé par ce problème le mois dernier.

	Pas du tout (1)	Un petit peu (2)	Modérément (3)	Beaucoup (4)	Extrêmement (5)
P1. Avoir des rêves perturbants où se rejoue une partie de l'expérience ou qui sont clairement en relation avec l'expérience					
P2. Avoir des images ou des souvenirs forts (qui viennent à l'esprit) comme si l'expérience se rejoue ici et maintenant					
P3. Éviter les ressentis qui rappellent l'expérience (pensées, sentiments ou sensations physiques)					
P4. Éviter les éléments extérieurs qui rappellent l'expérience (personnes, lieux, conversations, objets, activités, ou situations)					
P5. Être en état de super-alerte, vigilance ou sur ses gardes					
P6. Réaction exagérée de surprise ou sursaut					
P7. Est-ce que cela a affecté vos relations et votre vie sociale ?					
P8. Est-ce que cela a affecté votre travail ou votre capacité à travailler ?					
P9. Est-ce que cela a affecté d'autres parties importantes de votre vie (capacités à s'occuper des enfants, des études ou toutes autres activités importantes) ?					

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes ou de symptômes que peuvent avoir parfois les personnes qui ont connu un évènement stressant ou traumatique. Les questions se rapportent à la manière dont vous vous sentez typiquement, que vous pensez de vous-même typiquement ou les manières dont vous êtes typiquement en relation avec les autres. Répondez à quel point l'énoncé est vrai vous concernant.

	Pas du tout (1)	Un petit peu (2)	Modérément (3)	Beaucoup (4)	Extrêmement (5)
C1. Quand je suis contrarié(e), il me faut beaucoup de temps pour me calmer					
C2. Je me sens insensible ou émotionnellement éteint(e)					
C3. Je me sens nul(le)					
C4. Je me sens sans valeur					

C5. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres					
C6. Je trouve difficile de rester émotionnellement proche des autres					

Durant le mois dernier, le fait d'avoir ce genre de problèmes émotionnels ou de croyance, pour vous et dans les relations aux autres...

	Pas du tout (1)	Un petit peu (2)	Modérément (3)	Beaucoup (4)	Extrêmement (5)
C7. A créé de l'inquiétude ou de la détresse concernant vos relations ou votre vie sociale					
C8. A affecté votre travail ou votre capacité à travailler					
C9. A affecté d'autres parties importantes de votre vie (capacités à s'occuper des enfants, des études ou toutes autres activités importantes)					

8. Questionnaire PDEQ

Complétez, s'il vous plaît, les énoncés qui suivent en cochant la case correspondante au nombre représentant au mieux ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'évènement traumatique. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'évènement, cochez la case correspondant à la réponse « *Pas du tout vrai* ».

	Pas du tout vrai (1)	Un peu vrai (2)	Plutôt vrai (3)	Très vrai (4)	Tout à fait vrai (5)
1. Il y a eu des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait, j'étais complètement déconnecté(e) ou, d'une certaine façon, j'ai senti que je ne faisais pas partie de ce qui se passait.					
2. Je me suis retrouvé(e) en mode "pilote automatique", je me suis mis(e) à faire des choses que (je l'ai réalisé plus tard) je n'avais pas activement décidé de faire.					
3. Ma perception du temps a changé, les choses avaient l'air de se dérouler au ralenti.					
4. Ce qui se passait me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve, ou au cinéma, en train de jouer un rôle.					
5. C'est comme si j'étais le spectateur de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au-dessus de la scène et l'observais de l'extérieur.					
6. Il y a eu des moments où la perception que j'avais de mon corps était distordue ou changée. Je me sentais déconnecté(e) de mon propre corps, ou bien il me semblait plus grand ou plus petit que d'habitude.					
7. J'avais l'impression que les choses qui arrivaient aux autres m'arrivaient à moi aussi, comme par exemple être en danger alors que je ne l'étais pas.					
8. J'ai été surpris(e) de constater après coup que plusieurs choses s'étaient produites sans que je m'en rende compte ; des choses que j'aurais habituellement remarquées.					
9. J'étais confus(e), c'est-à-dire que par moment j'avais de la difficulté à comprendre ce qui se passait vraiment.					
10. J'étais désorienté(e), c'est-à-dire que par moment, j'étais incertain(e) de l'endroit où je me trouvais ou de l'heure qu'il était.					

9. Questionnaire PDI

Veillez compléter le test en cochant la case correspondant au nombre qui décrit le mieux l'expérience que vous avez vécue pendant l'évènement traumatique et dans les minutes et les heures qui ont suivi. Si les items ne s'appliquent pas à votre expérience, cochez la case correspondant à la réponse « *Pas du tout vrai* ».

	Pas du tout vrai (1)	Un peu vrai (2)	Plutôt vrai (3)	Très vrai (4)	Tout à fait vrai (5)
1. Je me sentais incapable de faire quoique ce soit					
2. Je ressentais de la tristesse et du chagrin					
3. Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus					
4. J'avais peur pour ma propre sécurité					
5. Je me sentais coupable					
6. J'avais honte de mes réactions émotionnelles					
7. J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres					
8. J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions					
9. J'avais envie d'uriner et/ou d'aller à la selle					
10. J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu					
11. J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations					
12. J'étais sur le point de m'évanouir					
13. Je pensais que j'allais mourir					

10. Questionnaire DES

Ce questionnaire comprend des questions concernant des expériences que vous pouvez avoir dans votre vie quotidienne. Nous souhaitons déterminer avec quelle fréquence vous arrivent ces expériences (en dehors des moments où vous pouvez être sous l'influence d'alcool ou de drogues). Veuillez répondre à la question en indiquant dans quelle mesure l'expérience décrite s'applique à vous, en entourant le pourcentage correspondant.

1. Certaines personnes font l'expérience alors qu'elles conduisent ou sont dans une voiture (ou dans le métro ou le bus) de soudainement réaliser qu'elles ne se souviennent pas de ce qui est arrivé pendant tout ou partie du trajet.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i> <i>Tout le temps</i>										

2. Parfois, certaines personnes qui sont en train d'écouter quelqu'un parler, réalisent soudain qu'elles n'ont pas entendu tout ou partie de ce qui vient d'être dit.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i> <i>Tout le temps</i>										

3. Certaines personnes font l'expérience de se trouver dans un lieu et de n'avoir aucune idée sur la façon dont elles sont arrivées là.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i> <i>Tout le temps</i>										

4. Certaines personnes font l'expérience de se trouver vêtues d'habits qu'elles ne se souviennent pas avoir mis.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i> <i>Tout le temps</i>										

5. Certaines personnes font l'expérience de trouver des objets nouveaux dans leurs affaires sans se rappeler les avoir achetés.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i> <i>Tout le temps</i>										

6. Il arrive à certaines personnes d'être abordées par des gens qu'elles-mêmes ne reconnaissent pas. Ces inconnus les appellent par un nom qu'elles ne pensent pas être le leur ou affirment les connaître.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i> <i>Tout le temps</i>										

7. Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i> <i>Tout le temps</i>										

8. On dit parfois à certaines personnes qu'elles ne reconnaissent pas des amis ou des membres de leur famille.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i> <i>Tout le temps</i>										

9. Certaines personnes s'aperçoivent qu'elles n'ont pas de souvenir sur des événements importants de leur vie (cérémonies de mariage, de remise d'un diplôme...).										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i> <i>Tout le temps</i>										

10. Certaines personnes font l'expérience d'être accusées de mentir alors qu'elles pensent ne pas avoir menti.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i> <i>Tout le temps</i>										

11. Certaines personnes font l'expérience de se regarder dans un miroir et de ne pas s'y reconnaître.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i>					<i>Tout le temps</i>					

12. Certaines personnes font parfois l'expérience de ressentir comme irréels d'autres gens, des objets ou le monde autour d'eux.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i>					<i>Tout le temps</i>					

13. Certaines personnes ont parfois l'impression que leur corps ne leur appartient pas.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i>					<i>Tout le temps</i>					

14. Certaines personnes font l'expérience de se souvenir parfois d'un événement passé de manière si vive qu'elles ressentent les choses comme si elles étaient en train de revivre cet événement.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i>					<i>Tout le temps</i>					

15. Certaines personnes font l'expérience de ne pas être sûres si les choses dont elles se souviennent être arrivées sont réellement arrivées ou si elles les ont juste rêvées.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i>					<i>Tout le temps</i>					

16. Certaines personnes font l'expérience d'être dans un lieu familier mais de le trouver étrange et inhabituel.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i>					<i>Tout le temps</i>					

17. Certaines personnes constatent que, lorsqu'elles sont en train de regarder la télévision ou un film, elles sont tellement absorbées par l'histoire qu'elles n'ont pas conscience des autres événements qui se produisent autour d'elles.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i>					<i>Tout le temps</i>					

18. Certaines personnes constatent parfois qu'elles deviennent si impliquées dans une pensée imaginaire ou dans une rêverie qu'elles les ressentent comme si elles étaient réellement en train de leur arriver.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i>					<i>Tout le temps</i>					

19. Certaines personnes constatent qu'elles sont parfois capables de ne pas prêter attention à la douleur.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i>					<i>Tout le temps</i>					

20. Il arrive à certaines personnes de rester le regard perdu dans le vide, sans penser à rien et sans avoir conscience du temps qui passe.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i>					<i>Tout le temps</i>					

21. Parfois certaines personnes se rendent compte que quand elles sont seules, elles se parlent à haute voix.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i>					<i>Tout le temps</i>					

22. Il arrive à certaines personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre qu'elles se ressentent presque comme si elles étaient deux personnes différentes.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i>					<i>Tout le temps</i>					

23. Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations elles sont capables de faire avec une spontanéité et une aisance étonnantes, des choses qui seraient habituellement difficiles pour elles (faire du sport, travail, situations sociales...)										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i> <i>Tout le temps</i>										

24. Certaines personnes constatent que parfois elles ne peuvent se souvenir si elles ont fait quelque chose ou si elles ont juste pensé qu'elles allaient faire cette chose (par exemple, ne pas savoir si elles ont posté une lettre ou si elles ont juste pensé la poster).										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i> <i>Tout le temps</i>										

25. Il arrive à certaines personnes de ne pas se rappeler avoir fait quelque chose alors qu'elles trouvent la preuve qu'elles ont fait cette chose.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i> <i>Tout le temps</i>										

26. Certaines personnes trouvent parfois des écrits, des dessins ou des notes dans leurs affaires qu'elles ont dû faire mais qu'elles ne se souviennent pas avoir faits.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i> <i>Tout le temps</i>										

27. Certaines personnes constatent qu'elles entendent des voix dans leur tête qui leur disent de faire des choses ou qui commentent des choses qu'elles font.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i> <i>Tout le temps</i>										

28. Certaines personnes ont parfois la sensation de regarder le monde à travers un brouillard de telle sorte que les gens et les objets apparaissent lointains ou indistincts.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Jamais</i> <i>Tout le temps</i>										

Bibliographie

¹Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria: DSM-5 PTSD Prevalence. *Journal of Traumatic Stress*. oct 2013;26(5):537-47.

²Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1 juill 1998;55(7):626.

³Koenen KC, Ratanatharathorn A, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, Karam EG, et al. Posttraumatic Stress Disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2017 Oct;47(13):2260-2274.

⁴Lauterbach D, Vrana S. Three Studies on the Reliability and Validity of a Self-Report Measure of Posttraumatic Stress Disorder. *Assessment*. mars 1996;3(1):17-25.

⁵Blevins CA, Weathers FW, Witte TK. Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder: A Latent Profile Analysis. *Journal of Traumatic Stress*. aug 2014.

⁶American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. 2013;291.

⁷Mazza M, Tempesta D, Pino MC, Nigri A, Catalucci A, Guadagni V, et al. Neural Activity related to cognitive and emotional empathy in post-traumatic stress disorder. *Behavioural Brain Research*. 2014;0166-4328

⁸Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. juin 2007;27(5):572-81.

⁹Fayyazi-Bordbar M-R, Talaei A, Heydari A-S, Dastgheib M-S, Rezaei-Ardani A. Cognitive Deficits & Memory Disturbances in Patients with Chronic Post-Traumatic Stress Disorder. :6.

¹⁰Vasterling JJ, Duke LM, Brailey K, Constans JI, Allain AN, Sutker PB. Attention, learning, and memory performances and intellectual resources in Vietnam veterans: PTSD and no disorder comparisons. *Neuropsychology*. 2002;16(1):5-14.

- ¹¹Qureshi SU, Long ME, Bradshaw MR, Pyne JM, Magruder KM, Kimbrell T, et al. Does PTSD Impair Cognition Beyond the Effect of Trauma? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2011;13.
- ¹²Moskowitz GB. *Social Cognition: Understanding Self and Others*. New York: Guilford Publications; 2013.
- ¹³Schnurr PP, Lunney CA, Sengupta A. Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *J Traum Stress*. avr 2004;17(2):85-95.
- ¹⁴Maercker A, Horn AB. A Socio-interpersonal Perspective on PTSD: The Case for Environments and Interpersonal Processes: Socio-interpersonal Perspective on PTSD. *Clin Psychol Psychother*. nov 2013;20(6):465-81.
- ¹⁵Gold SD, Marx BP, Soler-Baillo JM, Sloan DM. Is life stress more traumatic than traumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders*. janv 2005;19(6):687-98.
- ¹⁶Pannu Hayes J, LaBar KS, Petty CM, McCarthy G, Morey RA. Alterations in the neural circuitry for emotion and attention associated with posttraumatic stress symptomatology. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. Avr 2009;172(1):7-15.
- ¹⁷Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, Orsillo SM. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development & validation. *Psychological Assessment*. 1999, Vol. 11, No. 3, 303-314.
- ¹⁸Riggs DS, Byrne CA, Weathers FW, Litz BT. The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. *J Traum Stress*. janv 1998;11(1):87-101.
- ¹⁹Gallese V. The Roots of Empathy: The Shared Manifold Hypothesis and the Neural Basis of Intersubjectivity. *Psychopathology*. 2003;36(4):171-80.
- ²⁰Singer T, Seymour B, O'Doherty JP, Stephan KE, Dolan RJ, Frith CD. Empathic neural responses are modulated by the perceived fairness of others. *Nature*. 2006;439, 466–469.
- ²¹Moya-Albiol L, Herrero N, Bernal C. Neural bases of empathy. *Behavioral Neurology. Revue of Neurology*. 2010;50(2):89-100.

²²De Vignemont F, Singer T. The empathic brain: how, when and why? *Trends in Cognitive Sciences*. oct 2006;10(10):435-41.

²³Eslinger PJ. Neurological and Neuropsychological Bases of Empathy. *Eur Neurol*. 1998;39(4):193-9.

²⁴Davis MH. A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*. 1980, 10, p.85.

²⁵Brüne M, Brüne-Cohrs U. Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. janv. 2006;30(4):437-55.

²⁶Davis M-H. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*.1983;44(1):113-126.

²⁷Gilet AL, Mella N, Studer J, Grün D, Labouvie-Vief G. Assessing dispositional empathy in adults: A French validation of the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2013;45(1):42-8.

²⁸Mazza M, Giusti L, Albanese A, Mariano M, Pino MC, Roncone R. Social cognition disorders in military police officers affected by posttraumatic stress disorder after the attack of An-Nasiriyah in Iraq 2006. *Psychiatry Res*. 2012 Jul 30;198(2):248-52.

²⁹Palgi S, Klein E, Shamay-Tsoory S. The role of oxytocin in empathy in PTSD. *Psychology Trauma*. 2017 Jan;9(1):70-75.

³⁰Nietlisbach G, Maercker A, Rösler W, Haker H. Are Empathic Abilities Impaired in Posttraumatic Stress Disorder? *Psychol Rep*. juin 2010;106(3):832-44.

³¹Schimmenti A. Dissociative Experiences and Dissociative Minds: Exploring a Nomological Network of Dissociative Functioning. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2015.

³²Wilde L. Trauma and intersubjectivity: the phenomenology of empathy in PTSD. *Medicine, Health Care and Philosophy*. Aug. 2018.

- ³³Wendt FR, Warriar V, Pathak GA, Koenen KC, Stein MB, Krystal JH, et al. Polygenic scores for empathy associate with posttraumatic stress severity in response to certain traumatic events. *Neurobiology of Stress* 17. 2022;100439.
- ³⁴Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J clin Psychiatry*. 1998;59(suppl 20):22-33.
- ³⁵Duburcq A, Blin P, Charpak Y, Blachier C, Allicar MP, Bouhassira M, et al. Use of a structured diagnostic interview to identify depressive episodes in an epidemiologic study: a posteriori internal validation. *Rev Epidemiol Sante Publique*. oct. 1999;47(5):455-63.
- ³⁶Ratcliffe M. Empathy and Psychiatric Illness. *Routledge Handbook of Philosophy of Empathy*. 2017.
- ³⁷Allison C, Auyeung B, Baron-Cohen S. Toward Brief “Red Flags” for Autism Screening: The Short Autism Spectrum Quotient and the Short Quantitative Checklist in 1,000 Cases and 3,000 Controls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol. 5, Number 2. fév 2012.
- ³⁸Kempnaers C, Braun S, Delvaux N, Linkowski P. The assessment of autistic traits with the Autism Spectrum Quotient: Contribution of the French version to its construct validity. *Revue européenne de psychologie appliquée* 67. 2017;299-306.
- ³⁹Ouagazzal O, Boudoukha AH. Assessing exposure to traumatic events: Construction and validation of the Inventory of Traumatic Events (IET). *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. déc. 2018;1155-1704.
- ⁴⁰Weiss DS, Marmar CR. *The Impact of Event Scale-Revised. Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford .1997;399-411.
- ⁴¹Brunet A, St-Hilaire A, Jehel L, King S. Validation of a French Version of the Impact of Event Scale-Revised. *Can J Psychiatry*. 2003;48(1):56-61.
- ⁴²Cloitre M, Hyland P, Prins A, Shevlin M. The international trauma questionnaire (ITQ) measures reliable and clinically significant treatment-related change in PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psycho-traumatology*. 2021;12:1.

⁴³Cyr G, Bélanger C, Godbout N. French translation and validation of the International Trauma Questionnaire in a Canadian community sample. *Child Abuse and Neglect*. Vol. 128. 2022

⁴⁴Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ. The Peri-traumatic Dissociative Experiences Questionnaire. Assessing psychological trauma and posttraumatic stress disorder. New York: The Guilford Press. 1997;412-428.

⁴⁵Birmes P, Brunet A, Benoit M. Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry*. 2004;226, 1-7.

⁴⁶Brunet A, Weiss DS, Metzler TJ. The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed Measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158, 1480-1485.

⁴⁷Jehel L, Brunet A, Paterniti S. Validation of the French version of the Peritraumatic Distress Inventory. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2005;50, 67-71.

⁴⁸Carlson EB, Putman FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Dec. 1986 ;174(12):727-35.

⁴⁹Darves-Bornoz JM, Degiovanni A, Gaillard P. Validation of a French Version of the Dissociative Experiences Scale in a Rape-Victim Population. *Can J Psychiatry*. 1999;44:271-275.

⁵⁰Waller NG, Putnam FW, Carlson EB. Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*. 1996 ;1(3), 300-321.

⁵¹Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, Mitropoulou V, Schmeidler J, Silverman JM et al. The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry* 2003;160:2018–2024.

⁵²O'Toole BI, Marshall RP, Schureck RJ, Dobson M. Risk factors for posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans. *Aust N Z J Psychiatry*. 1998 Feb;32(1):21-31.)

⁵³Miller MW. Personality and the etiology and expression of PTSD: a three-factor model perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003; 10:373–393.

- ⁵⁴Jeung H, Herpertz SC. Impairments of interpersonal functioning: empathy and intimacy in borderline personality disorder. *Psychopathology*. 2014;47(4):220-34.
- ⁵⁵Yavuz KF, Şahin O, Ulusoy S, İpek OU, Kurt E. Experiential avoidance, empathy, and anger-related attitudes in antisocial personality disorder. *Turk J Med Sci*. 2016 Dec 20;46(6):1792-1800.
- ⁵⁶Baskin-Sommers A, Krusemark E, Ronningstam E. Empathy in narcissistic personality disorder: from clinical and empirical perspectives. *Personal Disord*. 2014 Jul;5(3):323-33.
- ⁵⁷Ferrari V, Smeraldi E, Bottero G, Politi E. Addiction and empathy: a preliminary analysis. *Neurol Sci*. 2014 Jun;35(6):855-9.
- ⁵⁸Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *Am J Psychiatry*. 2001;158(8):1184–1190.
- ⁵⁹Cao X, Li J, Gong S. The relationships of both transition shock, empathy, resilience and coping strategies with professional quality of life in newly graduated nurses. *BMC Nurs*. 2021 Apr 23;20(1):65.
- ⁶⁰Cao X, Chen L. The impact of empathy on work engagement in hemodialysis nurses: The mediating role of resilience. *Jpn J Nurs Sci*. 2020 Jan;17(1):E12284
- ⁶¹Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglioni D, Tambone V. Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina (Kaunas)*. 2019 Nov 16;55(11):745.
- ⁶²Lauterbach D, Vrana S. The relationship among personality variables, exposure to traumatic events, and severity of posttraumatic stress symptoms. *J Traum Stress* 2001; 14:29–45.
- ⁶³Baron-Cohen S, Wheelwright S. The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *J Autism Dev Disord*. 2004 Apr;34(2):163-75.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Résumé

Introduction : Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) correspond à la survenue d'un ensemble de symptômes (syndrome de répétition, syndrome d'évitement et syndrome d'hypervigilance) suite à l'exposition à un événement traumatique où la vie du sujet ou son intégrité physique a été menacée. Ces signes peuvent être associés à des symptômes dissociatifs et des perturbations cognitives notamment au niveau de la cognition sociale. Cette étude propose de vérifier les tendances observées concernant les répercussions du TPST sur un de ces paramètres cognitif, l'empathie (définie comme la reconnaissance et la compréhension des sentiments et des émotions d'un autre individu) via l'Index de Réactivité Interpersonnelle (IRI).

Matériel & Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle de type cas/témoins à visée analytique, transversale et régionale. Elle permet une comparaison entre patients atteints de TSPT et population contrôle. L'objectif principal est d'analyser les résultats du questionnaire IRI entre les deux groupes, chacun constitué de 19 patients. L'hypothèse de départ est l'obtention d'un score total plus faible mais un sous-score de détresse personnelle plus élevé chez les cas par rapport aux témoins. L'objectif secondaire est de décrire les cofacteurs pouvant influencer l'empathie comme certaines données socio-démographiques et certaines caractéristiques du TSPT (IET, IES-R, ITQ) ou du syndrome dissociatif (PDEQ, PDI, DES).

Résultats : Les résultats statistiques montrent une augmentation significative des scores totaux d'empathie ($p = 0,023$) et de la sous-catégorie d'empathie affective ($p = 0,025$) chez les cas comparativement aux témoins. Il est en de même pour le sous-score de préoccupation empathique ($p = 0,025$). Ces majorations empathiques semblent être corrélées à la sévérité du trouble ($p = 0,050$) en particulier celle du syndrome de répétition/intrusion ($p = 0,016$) et à l'intensité du syndrome dissociatif péri-traumatique ($p = 0,002$; $p = 0,008$) et à distance du traumatisme ($p = 0,022$).

Discussion : Les caractéristiques socio-démographiques de notre population sont comparables à celles des études retrouvées dans la littérature mais les résultats sur les scores totaux d'empathie et la sous-catégorie d'empathie affective y sont opposés. Ces différences peuvent s'expliquer par la prise en compte dans notre étude de comorbidités ayant des répercussions négatives sur l'empathie et peu considérées dans les autres travaux. Certaines limites doivent être reconnues dans notre travail, notamment son faible effectif, son caractère monocentrique, les éventuels biais de mémorisation et autres facteurs de confusion. Enfin, il n'est pas possible d'objectiver le lien de causalité entre les scores empathiques et le TSPT uniquement par nos résultats même si certaines hypothèses, à confirmer par de futurs travaux, peuvent en découler.

Conclusion : Dans un contexte sociétal et environnemental où l'incidence du TSPT risque d'augmenter ces prochaines années, cette étude permet de mieux comprendre les caractéristiques et les conséquences de ce trouble en s'intéressant à son aspect cognitif et à ses répercussions sur l'empathie des sujets. Contrairement à ceux retrouvés dans la littérature, les résultats de cet essai comparant des patients atteints de TSPT à une population contrôle sont en faveur d'une augmentation des capacités d'empathie chez les cas par rapport aux témoins, plus précisément sur le plan émotionnel, mais méritent d'être étayés par de futurs travaux sur de plus grands effectifs et sur des données plus objectives notamment neuroanatomiques, neuro-fonctionnelles ou neurobiologiques.