



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
Le 17 Octobre 2023 à Poitiers
Par Madame Cassandre BUSSY.

Evaluation de l'empathie chez les patients atteints de Trouble
Obsessionnel Compulsif selon la sévérité de leur pathologie.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres :

- Monsieur le Docteur Pierre-Marie LEBLANC
- Monsieur le Professeur Jean XAVIER

Directeur de thèse :

- Dirigée par Madame le Docteur Ghina HARIKA-GERMANEAU



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
Le 17 Octobre 2023 à Poitiers
Par Madame Cassandre BUSSY.

Evaluation de l'empathie chez les patients atteints de Trouble
Obsessionnel Compulsif selon la sévérité de leur pathologie.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres :

- Monsieur le Docteur Pierre-Marie LEBLANC
- Monsieur le Professeur Jean XAVIER

Directeur de thèse :

- Dirigée par Madame le Docteur Ghina HARIKA-GERMANEAU


LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Asseseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Asseseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Asseseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Asseseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Asseseur pédagogique médecine**
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Asseseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologie
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Asseseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Asseseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Asseseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

Au Président du jury, Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ce travail de thèse. Vous m'avez transmis votre implication et votre détermination à faire rayonner cette spécialité qu'est la psychiatrie. Je vous remercie pour votre bienveillance, votre humanité, votre sens de la convivialité et de la confraternité. Vous m'avez éveillée à cette discipline aujourd'hui devenue passion. Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Voyez en ces quelques mots l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean Xavier,

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse et de juger ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre accessibilité, mais aussi pour votre participation à la formation et l'enseignement dont j'ai bénéficié dans mon cursus.

A Madame le Docteur Ghina Harika-Germaneau,

Ces quelques lignes ne suffiront probablement pas à t'exprimer ma reconnaissance. Je te remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse et de juger ce travail, de m'avoir guidée et rassurée malgré mes doutes et mon évitement certain. Merci pour ta bonne humeur, ta compréhension, ta disponibilité et ta patience qui m'impressionnent encore aujourd'hui.

A Monsieur le Docteur Pierre-Marie Leblanc,

Tu me fais l'honneur de juger aujourd'hui le travail qu'en quelque sorte, tu m'as permis de construire. Merci à toi d'être un modèle professionnel depuis l'externat. Tu as su me former en faisant preuve d'une bienveillance sans faille, m'accompagnant à chaque échec et réussite, sans jamais me juger. J'aspire à devenir une psychiatre aussi inspirante que tu l'es pour moi.

Au Docteur Claudine Luboschinsky,

Apprendre à vos côtés a été pour moi un réel honneur, je n'aurais pas pu écrire de remerciements sans vous mentionner. Votre expérience, votre rigueur, votre charisme sont pour moi sources d'une grande admiration qui m'empêche encore aujourd'hui de vous tutoyer. Je ne désespère pourtant pas, j'ai hâte de travailler à nouveau avec vous, merci de croire en moi.

Au Docteur Jérôme Saint-Martin,

Je garde en tête ces six mois à tes côtés, tu m'as appris à avoir le mot juste et une exigence professionnelle, ce qui me marque encore aujourd'hui. Merci pour ta pédagogie et ces discussions officieuses, tu m'as donné les clés pour naviguer dans ce milieu.

A tous mes collègues,

Merci à vous tous qui m'avez vue évoluer, qui m'avez formée et accompagnée durant ces dures années, que ce soit l'équipe de l'UPA à Niort ; celle de CAPSUL 17 à la Rochelle ; celles d'Euterpe-Erato, de l'UAMP et d'addictologie à Poitiers. J'ai une pensée particulière pour vous, collègues de la Saintonge et de l'UCMP, ces moments à vos côtés m'ont aussi fait grandir personnellement.

A toute l'équipe de l'URC,

Je vous remercie pour votre disponibilité et votre gentillesse. Merci à vous Antoine et Nicolas de m'avoir accompagnée sur la création de ce travail. Merci à vous, Dr Thirioux dont le travail et la franchise m'ont permis d'avancer. Merci à vous également Mme Beau de m'avoir accompagnée pendant tout mon internat.

A mon père,

Merci d'être pour moi ma stabilité et mon repère, cette présence rassurante qui m'apaise. Merci d'avoir toujours fait de moi ta priorité, de me montrer l'importance et la valeur que j'ai à tes yeux. Je suis fière d'être ta fille, merci papa.

A ma mère,

Maman, merci de m'avoir montré l'importance de la détermination et de la volonté. Tu m'as permis de devenir la femme que je suis aujourd'hui ; je ne peux que saluer cette force de caractère que tu n'as eu de cesse de me transmettre.

A mon grand frère,

Aurélien, merci de toujours avoir veillé sur moi, de continuer de me faire évoluer et grandir. Merci pour ces échanges et ces moments de partage, notre histoire commune me permet de me sentir proche de toi, je sais que tu me vois et me comprends. J'admire et je respecte sincèrement l'homme que tu es devenu aujourd'hui, je suis fière d'être ta sœur.

A Aline,

Merci pour ta bienveillance et cet esprit familial que tu nous as apporté à tous. Nous avons tellement partagé durant toutes ces années, je suis si heureuse de te considérer comme ma sœur, celle qui reçoit toutes mes confidences. Merci pour ta patience et ton aide précieuse pour ce travail.

A ma famille,

Malgré la distance et le temps, je vous remercie de votre générosité et votre amour qui me donnent tant de force et de résilience au quotidien. Merci d'être vous et de toujours faire en sorte que je me sente chez moi à vos côtés.

A Anne-Laure,

A toi, mon zombie du JAP, merci de faire de n'importe quel moment un souvenir agréable. Tu me donnes de la joie et de la force pour avancer chaque jour. Je t'épargnerai certains surnoms peu éthiques ici, mais j'attends de trinquer à nouveau au café avec toi. A notre prochaine évolution 😊.

A Driss,

Bien que tu te sois évadé dans une contrée lointaine, merci de faire partie de ma vie. Merci pour tes conseils avisés, les 400 coups dont on ne se souvient que de la moitié. J'ai hâte d'enfin trouver ce volcan avec Ana et toi après un nouveau vase de planteur. Je te laisse sur ce dernier mot qui te définit bien : PEACE.

A Camille,

Ma Camcam, ma camarade de galère, mon modèle de résilience et de combativité, bien qu'on soit souvent « au bout du rolls », je suis vraiment chanceuse de t'avoir dans ma vie. Merci d'être toi et d'être là, j'ai hâte de commander 120 € de sushis dans un hôtel douteux de Paris avec bien trop de stimulations pour une TDAH... Merci « petit cœur de beurre ».

A Guillaume,

J'avais prévu de t'oublier pour t'embêter, mais je n'ai pas osé, tu seras simplement en bout de page le rageux. Plus sérieusement, merci d'être pour moi cette personne indépendante, qui force mon admiration et mon respect. Merci de m'aider à apprivoiser mes doutes et mes peines, d'être là malgré mon tempérament si parfait, sans jamais vouloir me changer.

A tous mes amis et mes proches,

Je pense à vous tous qui m'avez accompagnée toutes ces années. Merci pour tous les souvenirs qui m'ont construite et faite sourire, que ce soit vous, amis de lycée, de l'externat ou de l'internat, ou ceux rencontrés par hasard au détour d'une rue.

ABRÉVIATIONS

BABS : Brown Assessment of Beliefs Scale

BAC : Baccalauréat

BEPC : Brevet d'Études du Premier Cycle

BEP-CAP : Brevet d'Études Professionnelles-Certificat d'Aptitudes Professionnelles

CE : Cognitive Empathie

CHHL : Centre Hospitalier Henri Laborit

CIM : Classification Internationale des Maladies

D-BOCS : Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

DBS : Deep Brain Stimulation (Stimulation Cérébrale Profonde SCP)

DLFT : Démence Lobaire Fronto-Temporale

DMT : Double Mirror Test

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

dTMS : deep Transcranial Magnetic Stimulation

EC : Empathic Concern, préoccupation ou souci empathique

ECT : Electro Convulsivo Thérapie

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

EE : Emotionnal Empathy

EQ : Empathic Quotient

EST : Empathy Sympathy Test

FS : Fantasy Scale, Fantaisie

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

HAD-A : HAD anxiété

HAD-D : HAD dépression

HAD T : HAD totale

IRI : Interpersonnal Reactivity Index

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

ISRNa : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Noradrénaline

IV : Intra-Veineux

LCR : Liquide Céphalo-Rachidien

MADRS : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

Moy : Moyenne

N : effectif
OCI : Obsessive–Compulsive Inventory
OCI-R : Obsessive–Compulsive Inventory – Revised
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OVIS : Overvalued Ideas Scale
PD : Personal Distress, détresse personnelle
PT : Perspective Taking, Adaptation contextuelle ou Prise de perspective
rTMS : Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation
SCP : Stimulation Cérébrale Profonde (Deep Brain Stimulation DBS)
Se : Sensibilité
SD : Standard Deviation, écart-type
Sp : Spécificité
SSC : Soins Sous Contrainte ou Sans Consentement
TCA : Trouble du Comportement Alimentaire
TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale
TDAH : Trouble du Déficit Attentionnel avec ou sans Hyperactivité
TDC : Trouble Dysmorphique Corporel
tDCS : Transcranial Direct Current Stimulation
TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif
TSA : Trouble du Spectre Autistique
TSPT : Trouble de Stress Post Traumatique
URC : Unité de Recherche Clinique Pierre Deniker
VNS : Stimulation du Nerf Vagual
Y-BOCS : Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
Y-BOCS Comp : Y-BOCS compulsions
Y-BOCS Obs : Y-BOCS obsessions
Y-BOCS T : Y-BOCS totale
ZF-OCS : Zohar Fineberg Obsessive Compulsive Screen

Table des matières

1.	INTRODUCTION.....	14
1.1.	Le TOC.....	14
1.1.1.	Historique du TOC.....	14
1.1.2.	Définition du TOC.....	14
1.1.3.	Epidémiologie du TOC	16
1.1.4.	Dimensions du TOC et psychométrie	16
1.1.5.	Résistance et sévérité du TOC	18
1.1.6.	TOC et comorbidités	19
1.2.	L'empathie.....	21
1.2.1.	Naissance du concept, l'empathie émotionnelle ou affective.....	21
1.2.2.	L'empathie cognitive, évolution vers un concept multidimensionnel.....	22
1.2.3.	Empathie et sympathie.....	23
1.2.4.	Rôle de l'empathie.....	24
1.2.5.	Evaluation de l'empathie.....	25
1.2.6.	Empathie et pathologies.....	26
1.3.	Relation entre TOC et empathie	28
1.3.1.	Justification de l'étude	28
1.3.2.	Objectifs de l'étude.....	29
2.	MATERIELS et METHODES	29
2.1.	Type d'étude.....	29
2.2.	Population étudiée	30
2.3.	Critères d'inclusion et d'exclusion	30
2.3.1.	Critères d'inclusion des 3 protocoles de recherche.....	30
2.3.2.	Critères d'exclusion des 3 protocoles de recherche	30
2.3.3.	Critères d'inclusion et d'exclusion pour notre étude	31
2.4.	Procédures	31
2.4.1.	Recueil de données	31
2.4.2.	Méthodes de mesure.....	32
2.4.3.	Acquisition et analyse de données.....	35
3.	RESULTATS.....	37
3.1.	Description des caractéristiques de la population étudiée.....	37
3.2.	Données socio-démographiques et empathie.....	39
3.3.	Sévérité du TOC et empathie	40
3.4.	Empathie et dimensions du TOC	41
3.5.	Empathie et symptômes anxio-dépressifs	42
3.6.	Empathie et insight.....	43
4.	DISCUSSION.....	43
4.1.	Données socio-démographiques et empathie.....	44
4.2.	Discussion des résultats principaux	44
4.3.	Discussion des résultats secondaires	46
4.3.1.	Évaluation de l'empathie selon les dimensions du TOC.....	46

4.3.2 .	Évaluation de l'empathie selon les symptômes anxio-dépressifs	47
4.3.3 .	Evaluation de l'empathie selon l'insight.....	47
4.4.	Forces et limites de notre étude.....	48
4.4.1 .	Points positifs de notre étude	48
4.4.2 .	Limites et biais de notre étude.....	48
5 .	CONCLUSION.....	50
6 .	ANNEXES.....	51
6.1.	Interpersonnal Reactivity Index	51
6.2.	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale	53
6.3.	Obsessive Compulsive Inventory-Revised	56
6.4.	Hospital Anxiety and Depression Scale	57
6.5.	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale.....	58
6.6.	Brown Assessment of Beliefs Scale	61
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	63
	RESUME ET MOTS-CLES.....	67
	SERMENT D'HIPPOCRATE	68

1. INTRODUCTION

1.1. Le TOC

1.1.1. Historique du TOC

Aux prémices de la première classification des maladies mentales, Pinel définit quatre groupes de folie, à savoir la manie, la mélancolie, la démence et l'idiotie. Le panel de patients dont il avait la charge à l'hospice de la pitié Salpêtrière ne permettait pas d'avoir une vision aussi vaste des maladies mentales telles qu'on les connaît aujourd'hui.

Dans ce contexte, J.E. Esquirol évoque des « folies avec conscience, ou folies partielles » qui se limitent à un objet et préservent la quasi-totale intégrité de l'intelligence du sujet. C'est de là que naît le terme « monomanie » (1). En 1838, il évoque alors la « monomanie intellectuelle » ; c'est la première fois que la clinique du Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC), proche de celle utilisée actuellement, est décrite en France.

Plusieurs savants s'y intéressent par la suite, comme H. Legrand du Saulle qui en fait la première synthèse en 1875, Pierre Janet qui l'introduit dans le concept de psychasthénie en 1903 ou Sigmund Freud qui la définit comme une « névrose obsessionnelle ».

Freud évoque un « désordre de la personnalité », un conflit interne entre le Surmoi qu'influencerait l'éducation interdiciatrice des parents, et les pulsions du sujet. La recherche d'un compromis induirait une anxiété et une culpabilité. Cette internalisation contraignante de la responsabilité du sujet face à son entourage donnerait place de façon inconsciente aux idées obsédantes et aux rituels (2).

Pour Janet, le manque d'énergie, la tension psychologique, le sentiment d'incomplétude, associés au doute et l'incertitude forment la psychasthénie. Cet état de « baisse de tension de l'état psychologique » favoriserait l'apparition d'obsessions dont il décrit cinq types (sacrifice, crime, culpabilité, honte et maladie du corps) (3). Ces idées fixes seraient primaires, engendreraient alors un état d'anxiété déplaisant conduisant à une réponse comportementale ayant pour but de réduire l'anxiété. Ce sont les « manies, agitations forcées » ou compulsions (4).

1.1.2. Définition du TOC

En 1980, grâce aux classifications internationales de la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, dixième version) et DSM-III version (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, troisième version), la pathologie est renommée

Trouble Obsessionnel Compulsif. Communément, les TOCs sont aujourd'hui caractérisés par « des pensées, des images, des impulsions persistantes et dérangeantes (les obsessions), ou des comportements répétitifs et ritualisés que la personne se sent poussée à adopter (les compulsions), ou les deux » (5).

Dans la quatrième version du DSM en 1994, le TOC est inclus dans les troubles anxieux et est décrit comme l'existence d'obsessions sources d'anxiété/souffrance prononcée et/ou de compulsions, définies comme des comportements ou des actes mentaux excessifs qui ont pour but de neutraliser l'anxiété (6).

Jusque-là, le TOC est une entité clinique unitaire. Cependant, plusieurs études ont montré que l'expression clinique du TOC pouvait prendre des formes totalement différentes (7,8). Ensuite, le postulat stipulant que les obsessions étaient bien souvent égo dystoniques ; reconnues comme excessives ou déraisonnables par le sujet lui-même ; a été mis à mal par d'autres études (9), faisant ainsi ajouter une spécification de « faible insight » au DSM-IV (10). D'autre part, l'anxiété étant un symptôme non spécifique dans d'autres pathologies de l'axe I, la place des TOC dans les troubles anxieux n'était pas si évidente. Par exemple, dans l'étude de Denys et al. qui comparait la prévalence des comorbidités de l'axe I dans une cohorte de patients TOC versus la population générale, plus que les troubles anxieux, c'est la dépression qui était la plus répandue (11).

Ainsi, dans la cinquième version du DSM, traduite en français en 2015 (12), le TOC ne fait plus partie des troubles anxieux mais devient une entité à part. Les obsessions et/ou compulsions responsables d'une perte de temps significative ou d'une détresse considérable doivent être qualifiées aussi selon l'insight du patient (bon/assez bon ou mauvais ou absent/avec présence de croyances délirantes). Une spécification « avec tics » a également été ajoutée à la définition.

Il arrive que des obsessions centrées sur des peurs irréalistes soient confondues et diagnostiquées à tort comme provenant d'une maladie psychotique. Les patients TOC reconnaissent que les pensées proviennent de leur esprit, ce qui justifie l'importance de catégoriser l'insight afin d'avoir un diagnostic plus précis et d'adapter le plan de traitement (5).

1.1.3 . Epidémiologie du TOC

En population générale, le TOC est la 4^e pathologie psychiatrique la plus fréquemment rencontrée après les phobies, les troubles de l'usage et les troubles dépressifs. Selon l'OMS, c'est la 10^e maladie la plus invalidante. La prévalence de ce trouble chronique oscille entre 2 et 3% (13), impactant la qualité de vie du sujet (14), et ce, d'autant plus que son début est précoce.

Les patients ont fréquemment un fonctionnement interpersonnel et professionnel altérés. Il s'agit d'un handicap social, psychologique et médical, entraînant des coûts directs et indirects (15) ainsi qu'une détresse psychologique caractérisant la sévérité ou gravité de la maladie. Les femmes présenteraient une symptomatologie plus sévère que les hommes avec des comorbidités anxio-dépressives plus graves (16,17).

On considère aujourd'hui qu'il existe un retard diagnostique d'environ 17 ans, s'expliquant par plusieurs facteurs tels que l'âge précoce d'apparition, l'hétérogénéité clinique, la réticence des patients à en parler et le taux élevé de comorbidités. Aussi, il est important de préciser qu'on retrouve dans les cohortes de patients TOC une augmentation de la suicidalité par rapport à la population générale, ce qui en fait un enjeu de santé publique (18).

On estime que 25% des cas débutent avant l'âge de 14 ans, 65% avant 25 ans et seulement 15 % après 35 ans. Si le Sex Ratio est globalement de 1, le début précoce qui est de mauvais pronostic (tant en termes de sévérité que de résistance au traitement), est plus commun chez le garçon (19).

1.1.4 . Dimensions du TOC et psychométrie

La diversité clinique du TOC en a fait un sujet de recherche majeur permettant d'affiner la classification clinique évoquée par Janet par le passé. Aujourd'hui on admet plusieurs dimensions cliniques du trouble, que l'on peut résumer ainsi (2,20) :

- « Les laveurs » qui correspondent aux obsessions de contamination et propreté avec des compulsions de lavage et de nettoyage.
- « Les vérificateurs » qui correspondent aux obsessions de symétrie, d'ordre et d'exactitude ainsi que les pensées magiques. On y associe souvent des compulsions de rangement, de comptage et de vérifications.

- « Les obsessionnels impulsifs » englobent les obsessions à thème agressif, religieux ou sexuel avec des compulsions de vérifications, de toucher ou de comptage.
- « Le syndrome de lenteur primaire » lui, correspond aux patients utilisant des rituels pour les actes de la vie quotidienne. Il se rapproche de ce qu'on peut nommer « les collectionneurs/accumulateurs ».

Il est à noter tout de même que dans le DSM-V, les « collectionneurs » ou « hoarders » sont sortis du TOC et forment une entité à part entière dans les TOC et apparentés, qualifiés alors de « thésaurisation pathologique ou syllogomanie » (12).

La description clinique des diverses dimensions du TOC est rapidement apparue comme nécessaire pour le caractériser au mieux et ainsi établir un plan de traitement adapté. Par exemple, certaines études ont montré que les TOC caractérisés par des obsessions sexuelles ou religieuses et l'absence de compulsions manifestes étaient associés à une réponse plus faible aux traitements de première intention (18). Ainsi, un diagnostic plus précoce et plus précis permettrait de traiter le trouble plus rapidement et efficacement, réduisant le niveau de détresse associé, l'altération de la qualité de vie et ainsi la sévérité de la maladie.

Pour ce faire, plusieurs échelles psychométriques ont été développées, pour la plupart auto-évaluatives. On distingue ainsi :

- La Zohar Fineberg Obsessive Compulsive Screen (ZF-OCS) utile au dépistage du TOC,
- L'Entretien Neuropsychiatrique International (MINI) utilisé pour le dépistage du TOC et de ses comorbidités,
- L'inventaire Obsessionnel compulsif (OCI) qui évalue les dimensions (lavage, vérification, doute, ordre, obsession, thésaurisation et neutralisation mentale) mais aussi la gravité du TOC en fonction d'une cotation de la détresse symptomatique. Elle peut aussi être utilisée en outil de dépistage et il existe une version révisée, plus courte, l'OCI-R (21).
- La Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (D-BOCS), échelle hétéro-évaluative élaborée en 2006 (22) pour évaluer les dimensions du TOC. Cependant, elle n'a pas été validée en français pour l'heure, ne permettant pas son utilisation.

- L'échelle obsessionnelle compulsive de Yale-Brown (YBOCS) et sa Check-list est plus exhaustive, souvent utilisée en complément de l'OCI-R. Elle permet d'évaluer les dimensions et la gravité du TOC à l'aide d'un hétéro-questionnaire.

Comme sus décrit, il est également nécessaire de caractériser au mieux l'insight du patient car un insight faible est prédicteur d'une altération plus prononcée de la qualité de vie, de la sévérité de la maladie, d'une moins bonne réponse au traitement ou d'une confusion avec une maladie du spectre psychotique. La Y-BOCS l'évalue de façon catégorielle à travers l'item 11 mais il existe également d'autres échelles telles que l'échelle d'évaluation des croyances de Brown (BABS) et l'échelle des idées surévaluées (OVIS) qui l'évaluent de façon plus complète avec une approche dimensionnelle (18). L'insight est alors défini comme une capacité variable au cours de temps consistant à pouvoir faire face aux idées intrusives (23).

1.1.5 . Résistance et sévérité du TOC

Nous l'avons vu précédemment, le TOC est souvent responsable d'une altération marquée du fonctionnement du sujet, et ce, sur divers champs de sa vie, entraînant une altération non négligeable de sa qualité de vie. Cette altération fonctionnelle est d'autant plus marquée que le TOC est d'évolution durable (âge de début précoce) et résistant aux traitements.

Plusieurs lignes de traitements ont été définies au fur et à mesure du temps et des études, se basant sur diverses hypothèses explicatives des mécanismes du TOC (13). Parmi elles, on note l'hypothèse moléculaire et notamment sérotoninergique, aboutissant à une première ligne de traitement par des Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) qui ont, à hautes doses, des propriétés anti-TOC. Ils doivent être utilisés sur de longues périodes et peuvent être associés à une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) qui, dans l'hypothèse comportementale, agit directement sur les comportements problématiques, et cherche à modifier les pensées et les émotions associées au trouble (15,19).

Lorsque les symptômes d'un patient sont insuffisamment soulagés malgré un traitement de première ligne bien conduit, soit environ pour 50% des patients, on parle de réponse insuffisante et ainsi de TOC résistant (18,19).

Lorsqu'il existe une résistance ou des tics associés, on peut alors associer des antipsychotiques ciblant la dopamine (19) ou utiliser la Clomipramine, un antidépresseur tricyclique avec une préférence marquée pour le transporteur de la sérotonine, des Inhibiteurs sélectifs de la Noradrénaline (IRSNa) ou des ISRS Intra veineux (IV) (15).

On parle de TOC résistant sévère lorsque les traitements précédents, ou au moins un ISRS associé ou non à de la TCC ont donné une réponse insuffisante. Alors, selon l'hypothèse neuro-fonctionnelle qui consiste à pallier un dysfonctionnement des circuits orbito-fronto-striato-pallido-thalamiques, peuvent être proposées des techniques de neurostimulation. Parmi les formes non invasives, on retrouve la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS), la stimulation magnétique transcrânienne profonde (dTMS) et la stimulation transcrânienne à courant continu (tDCS) notamment étudiée à l'Unité de Recherche Clinique (URC) au Centre Hospitalier Henri Laborit (CHHL). D'autres techniques invasives sont utilisées, comme la Deep Brain Stimulation (DBS) (en Français : stimulation cérébrale profonde ou SCP), la stimulation du nerf vagal (VNS) et l'électroconvulsivo-thérapie (ECT) (15,19).

Face à la proportion de résistance au traitement par ISRS, d'autres études ont été menées et parmi elles, quelques-unes ont montré un taux élevé de glutamate dans le Liquide Céphalo Rachidien (LCR) des patients TOC. Ainsi, plusieurs molécules régulant le glutamate sont à l'étude, comme la N-acétyl-cystéine, le Riluzole, la Kétamine et la Mémantine, utilisée dans la maladie d'Alzheimer (24). D'autres observations ont conduit à d'autres études sur l'effet potentiel d'anti-épileptiques comme le Topimarate agissant sur le système Gabaergique ; ou d'autres substances psychédéliques comme la psilocybine ou le LSD, dérivés de la tryptamine (19).

1.1.6 . TOC et comorbidités

Il est très fréquent qu'il existe une ou plusieurs comorbidités associées chez les patients atteints de TOC. On retrouve notamment l'épisode dépressif caractérisé (EDC), les troubles anxieux avec les phobies et le trouble panique, le trouble bipolaire, les troubles liés à l'usage de substances, le trouble de stress post-traumatique (TSPT), la maladie de Gilles de la Tourette ou les troubles du comportement alimentaires (TCA)(25).

Il est nécessaire de pouvoir évaluer leur présence car certains symptômes peuvent être attribués à tort au TOC, ce qui en fait des facteurs de confusion potentiels. On peut citer par exemple les ruminations anxieuses dans l'EDC, les rituels dans les TCA, la restriction d'activité ou d'intérêts dans l'autisme etc. Ainsi, le dépistage est essentiel afin d'établir un plan de traitement efficace.

TOC et troubles de l'humeur

Environ deux tiers des patients sont confrontés à un EDC au cours de leur vie. Souvent consécutif au TOC, il est associé à des symptômes et conséquences négatives plus sévères. Si les ISRS restent le traitement de choix, l'EDC peut rendre difficile la mise en place d'une TCC.

Chez les patients bipolaires, on note une évolution épisodique de la maladie, avec un âge d'apparition plus précoce. De plus, le traitement du TOC peut induire des décompensations de la maladie bipolaire. La Clomipramine entraînerait moins de variations si on la compare aux ISRS mais les études récentes montrent un rapport bénéfice/risque en faveur d'un traitement prioritaire de la maladie bipolaire avec des stabilisateurs de l'humeur.

TOC et TCA

Les patients TOC atteints de TCA ou de trouble dysmorphique corporel (TDC) (bien qu'il soit sorti du TOC dans le DSM V), auraient un pronostic plus sévère. La co-occurrence des maladies aggrave les symptômes et l'altération fonctionnelle ainsi que la prévalence des comorbidités addictives. Dans le cas du TDC, cela retarde également le diagnostic puisqu'au premier regard du patient le problème semble physique, il se tourne souvent vers la chirurgie esthétique en première intention.

TOC et troubles de l'axe II

Le TOC est également fréquemment associé aux troubles de la personnalité (25%), et plus particulièrement la personnalité obsessionnelle qui aggrave l'altération du fonctionnement et est prédictive d'une moins bonne réponse au traitement. La personnalité émotionnellement labile est associée à une anxiété plus marquée, ce qui favoriserait la récurrence d'automutilations et/ou de suicide.

TOC et psychose

Plusieurs études suggèrent que la présence d'un TOC est associée à un risque accru de développer une psychose qui serait par ailleurs beaucoup plus grave avec un pronostic plus sombre. Il est important de pouvoir diagnostiquer l'un et l'autre le plus précocement possible, d'autant plus que certains antipsychotiques comme la clozapine peuvent aggraver et même induire les TOCs. (26)

TOC et autres

Les patients avec un trouble du spectre autistique (TSA), dont les symptômes sont parfois confondus avec ceux du TOC, présentent une altération fonctionnelle plus marquée, le patient ayant recours aux traitements plus longtemps avec un insight et une réponse moindres.

La littérature retrouve une comorbidité fréquente avec le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), s'expliquant par l'implication de neurotransmetteurs similaires comme le glutamate. Il serait associé à une apparition plus précoce du TOC et ainsi une sévérité plus marquée, tout comme les troubles anxieux.

Le TSPT serait une comorbidité participant à l'échec thérapeutique. Son dépistage est donc important afin de le traiter en amont ou en même temps que le TOC.

Par ailleurs, il est important de préciser qu'on retrouve dans les cohortes de patients TOC une augmentation de la suicidalité par rapport à la population générale. Elle serait significativement augmentée selon la gravité du TOC, les dimensions des symptômes (obsessions agressives, sexuelles et religieuses) et la présence de troubles comorbides de l'Axe I et II. Il est donc nécessaire de dépister et co-traiter toutes les comorbidités du TOC (18).

1.2. L'empathie

1.2.1. Naissance du concept, l'empathie émotionnelle ou affective.

C'est grâce au philosophe Robert Visser que ce concept émerge en 1873. Il utilise alors le terme allemand « Einfühlung », littéralement « sentir » (fühlen) « dans/de l'intérieur » (ein), pour désigner l'état dans lequel un sujet se plonge afin de saisir le sens d'une œuvre d'art qu'il contemple (27). C'est ce qu'on appelle alors l'empathie esthétique.

En 1909, Edward B. Titchener, un psychologue anglais, crée le néologisme « empathy », du grec « empathéin » (affecté, qui se passionne) et apporte l'idée d'un rôle de l'empathie dans les compétences sociales (28). Par la suite, le concept est repris par plusieurs psychologues, philosophes et scientifiques et est ainsi étendu.

Théodore Lipps (1851-1914), un autre philosophe, avance alors l'hypothèse qu'au-delà d'un état, l'empathie est un processus émotionnel par lequel l'expression corporelle d'un individu dans un état émotionnel donné provoquerait de manière automatique ce même état émotionnel chez un observateur (29). Il amène l'idée que l'imitation motrice est essentielle à l'empathie, ce qui sera repris par la suite par Georges Mead (1934) et Buber (1948) (28).

Dans ce contexte et à travers l'essor des neurosciences, plusieurs études ont été menées chez le macaque puis chez l'homme, montrant une participation des neurones miroirs à cette fonction émotionnelle (30). Le modèle voudrait que le sujet observateur utilise ses propres mécanismes émotionnels pour se représenter précisément celui d'autrui, ce qui est également le cas dans la sympathie. D'autres processus viendraient ensuite moduler cette représentation, permettant d'accéder à la sympathie ou à l'empathie qui apparaît alors comme un processus complexe (31).

1.2.2 . L'empathie cognitive, évolution vers un concept multidimensionnel.

Jusqu'alors, l'empathie est définie de façon unidimensionnelle, basée sur l'aspect émotionnel : c'est la capacité à ressentir et partager les émotions d'autrui, ce qui reste une définition réductrice et source de confusion comme nous le verrons par la suite (32).

Les travaux de Jean Piaget en 1932 intègrent la dimension cognitive de l'empathie. Il la définit comme la compréhension des émotions d'autrui grâce au processus de décentration de son propre point de vue (33) en se mettant à la place du sujet observé sans être affecté par ce même état (34). Le concept se rapproche alors de la théorie de l'esprit, définie comme étant la capacité à comprendre les actions d'autrui en induisant ses états mentaux (35).

La prise de perspective d'autrui ou l'empathie cognitive, a été étudiée dans de nombreuses études, permettant d'identifier le rôle du cortex pré frontal médian, la jonction temporo pariétale et le sulcus temporal supérieur. Elles ont montré que les processus cognitifs impliqués permettent l'attribution d'une émotion mais ne suffisent pas en eux même à l'inférence de cette dernière (36).

Alors, l'empathie requiert à la fois l'induction et le déclenchement d'une émotion. On considère ainsi qu'elle résulte d'une alliance entre une contagion émotionnelle primitive et automatique (empathie émotionnelle) lorsque l'on constate l'émotion d'autrui, et de processus contrôlés avec induction émotionnelle (empathie cognitive) correspondant à la prise de perspective.

Il est à noter que la prise de perspective nécessite d'abord une conscience de soi intacte, et pour ce faire, une intégrité du lobule pariétal inférieur (37). C'est un prérequis indispensable à la distinction soi-autrui (30), condition nécessaire à la réalisation du processus empathique.

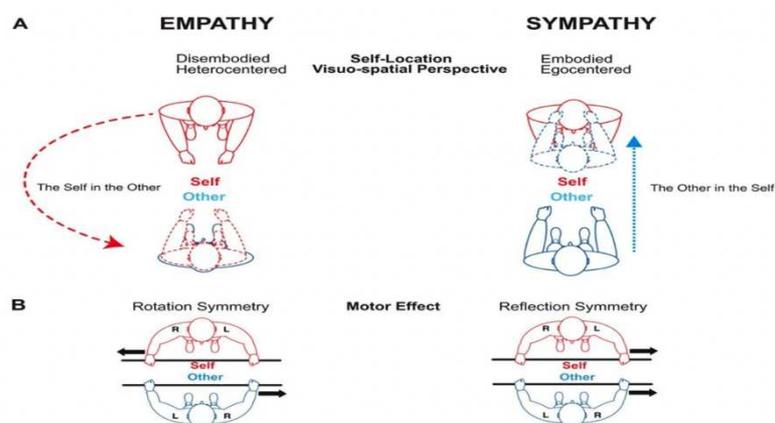
De plus, elle nécessite aussi l'intervention de fonctions exécutives de contrôle de l'action permettant l'inhibition. Plusieurs travaux (38) montrent que les représentations mentales d'un état de la réalité peuvent différer selon les individus ou la temporalité. Il s'agit alors d'intégrer que « l'autre peut penser différemment de soi » et ainsi occulter ses propres convictions ou croyances (égocentrées) pour utiliser les croyances de l'autre (hétérocentrées) (31). C'est ce qui est étudié dans le scénario expérimental de Anne et Sally, proposé par Baron et Cohen en 1985.

Ainsi, l'empathie englobe une dimension émotionnelle et une dimension cognitive. Elle intègre également des prérequis tels que la conscience de soi et des capacités d'inhibition coordonnées et régulées par les systèmes inhibiteurs des fonctions exécutives, ce qui en fait un processus complexe et multidimensionnel.

1.2.3 . Empathie et sympathie

L'empathie devient donc un processus multidimensionnel consistant à ressentir et à comprendre l'expérience globale d'un individu quel que soit le contenu de celle-ci (cognitif, psychique, moteur, sensoriel, émotionnel) et l'état psychique associé tout en distinguant soi et autrui (39).

Cette distinction entre soi et autrui est essentielle à la définition du concept puisqu'elle permet de lever la commune confusion entre l'empathie et la sympathie. Sympathie vient de « Mitgefühl », littéralement « sentir avec », ce qui n'inclut pas de changement de perspective (40,41). Dans les deux processus il s'agit d'un partage de contenus mentaux. Cependant, la dimension visuo-spatiale sera différente. En effet, dans l'empathie « sentir dans », le sujet se désengage de sa perspective égocentrée pour adopter celle de l'autre, hétérocentrée, tout en ayant intégré qu'il n'est pas l'autre (c'est la distinction soi-autrui). Dans la sympathie « sentir avec », il y a confusion ou contagion, l'état mental de l'autre est attribué à soi, le point de vue reste égocentré.



Schématisation basée sur l'approche phénoménologique de la distinction entre empathie et sympathie. D'après Thirioux et al., 2010 et Thirioux et al., 2016.

1.2.4 . Rôle de l'empathie.

Comme nous avons pu le voir, l'empathie est le sujet de nombreuses recherches, passées et actuelles, intéressant plusieurs chercheurs. Elle semble indispensable à la construction de l'être humain tout au long de sa vie. En effet, elle favorise l'attachement entre le nourrisson et ses parents et permet d'acquérir un ensemble de comportements pro-sociaux complexes (42) rendant possibles l'engagement interpersonnel et les interactions sociales (43).

Sur un modèle presque évolutionniste, on lui trouve un rôle dans l'apprentissage, participant ainsi à la survie de l'espèce. Par exemple, l'observation d'une expérience négative d'autrui nous permet d'attribuer une valeur négative à l'expérience sans l'expérimenter soi-même, ce qui en fait un outil efficace pour appréhender l'environnement qui nous entoure (44).

D'autres études suggèrent que l'empathie jouerait également un rôle dans la moralité et dans l'inhibition de l'agressivité. Batson lui, soumet l'hypothèse de l'empathie altruiste en partant du postulat qu'un geste altruiste ne peut être pertinent que s'il est sous-tendu par un processus empathique (30).

1.2.5 . Evaluation de l'empathie.

La définition de l'empathie n'est pas consensuelle, ce qui en fait un concept difficile à modéliser et définir. En ce sens, de nombreuses échelles ont été créées afin de mieux l'étudier. La plupart servent à mesurer l'empathie en population générale. Parmi elles, de façon non exhaustive, on peut citer (45) :

- Carkhuff and Truax Empathy Scales, 1967,
- Interpersonal Reactivity Index (IRI), Davis 1980,
- Empathy Scale, Hogan 1969,
- Questionnaire Measure of emotional Empathy, Mehrabian et Epstein 1972,
- Emotionnal Empathy Scale, Ashraf 2004.

D'autres échelles ont été créées de façon à cibler des populations spécifiques. On peut alors citer :

- Basic empathy Scale, Joliffe et al 2006., chez les adolescents,
- Empathic Quotient (EQ), Baron Cohen et Wheel Wright 2004 chez les patients atteints du syndrome d'Asperger,
- Jefferson Scale of Empathy, Hojat et al. 2002, chez les soignants.

D'autres encore peuvent permettre d'évaluer des sous-processus de l'empathie :

- Empathy Sympathy Test (E.S.T) : sous-processus visuo-spatial (46),
- Double Mirror Test (D.M.T) : capacité à distinguer soi-même (47).

Ces échelles, pour la très grande majorité, sont auto-évaluatives et permettent parfois de ne cibler qu'une dimension de l'empathie. Si elles sont reproductibles et simples, permettant d'obtenir des résultats analysables, le caractère auto-évaluatif leur confère certaines limites. Baron Cohen et Wheel Wright, évoquent d'ailleurs en 2004 les limites de l'EQ et de ces échelles, donnant « uniquement accès aux croyances des individus concernant leurs dispositions empathiques ou à la façon dont ils souhaiteraient être perçus ou pensés ce qui peut être différent de l'empathie dont ils font preuve en réalité ».

Pour notre étude, nous utiliserons l'IRI. D'abord, parce qu'il s'agit d'une échelle internationale validée à de nombreuses reprises, mais aussi car elle étudie la multidimensionnalité de l'empathie. Par ailleurs, cet outil de mesure auto-évaluatif a été traduit en français par Gilet en 2013 (48).

1.2.6 . Empathie et pathologies

L'empathie est un concept complexe utilisant plusieurs systèmes neuronaux en perpétuelle interaction. Tout dysfonctionnement peut ainsi aboutir à un déficit empathique, qu'il soit sur le plan cognitif ou émotionnel.

Nous pouvons constater cette altération dans de nombreuses pathologies psychiatriques comme la schizophrénie ou l'autisme où l'on note une rupture sociale, mais aussi dans certains troubles de la personnalité comme la personnalité antisociale, limite ou narcissique.

Sur le plan addictologique, les études montrent qu'il existe une altération cognitive et émotionnelle de l'empathie, d'autant plus marquée que le trouble est sévère (49).

Le même constat a été fait dans des pathologies neurologiques ou neurodégénératives telles que la démence lobaire fronto-temporale (DLFT), la maladie d'Alzheimer, de Parkinson ou de Huntington (36).

Les troubles de l'axe II

Dans la psychopathie, les patients ont accès à la théorie de l'esprit, mais présentent des difficultés à ressentir l'état émotionnel d'autrui. Cela suggère que le psychopathe intègre uniquement les données cognitives de l'empathie. Leur fonctionnement exécutif ; participant habituellement à l'autorégulation et l'inhibition de la violence par perception de la détresse d'autrui ; est souvent dysfonctionnel, ce qui peut expliquer les conduites socialement inappropriées (42).

Dans la personnalité limite, on remarque des processus exagérés concernant les fonctions émotionnelles, alors qu'on remarque plutôt un hypofonctionnement des fonctions cognitives. Cela peut expliquer le contraste entre la résonance affective marquée et la difficulté à la réguler.

Les patients narcissiques auraient également cet hypofonctionnement des fonctions cognitives, mais aussi une composante affective réduite, ce qui pourrait expliquer la

difficulté à reconnaître les sentiments et besoins d'autrui, le manque d'intérêt réciproque et la froideur émotionnelle.

Les troubles du spectre autistique (TSA)

Les patients atteints de ce trouble neurodéveloppemental présentent des difficultés de communication sociale. Bien que l'hypothèse d'un manque d'empathie globale soit pour le moment controversée, plusieurs études commencent à voir le jour, suggérant que cette patientèle présente des difficultés dans la connexion soi-autrui. Plusieurs hypothèses ont été avancées, comme celle d'un dysfonctionnement des neurones miroirs qui entraînerait plusieurs processus déficients dans l'autorégulation des affects et des cognitions nécessaires à l'empathie (44).

La schizophrénie

Les différentes études s'accordent à dire qu'il existe une altération marquée de l'empathie émotionnelle et cognitive dans la schizophrénie. Récemment, les recherches tendent à préciser cette altération en s'intéressant au modèle à 4 facteurs décrit dans l'IRI comme nous le verrons par la suite. Ainsi, il a été montré une altération globale de l'empathie cognitive se divisant en adaptation contextuelle et fantaisie. Il est à noter que la durée de la maladie impacterait négativement la dimension d'adaptation contextuelle. Concernant l'empathie émotionnelle, les résultats sont en faveur d'une altération du souci empathique, mais à contrario, d'une meilleure sensibilité à la détresse personnelle. Une des hypothèses pour l'expliquer est que cette sensibilité accrue est susceptible de submerger le sujet, le conduisant vers une expérience non empathique ou à se désengager de l'interaction en elle-même (50).

Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux

Concernant l'EDC ou même le Burn-out (bien que ce dernier ne soit pas communément défini dans le DSM V), les études sont encore contradictoires (51). Certaines avancent que l'empathie serait un facteur protecteur alors que d'autres l'identifient comme facteur de risque. Que ce soit selon la théorie de la fatigue par compassion (un excès d'empathie conduirait à l'épuisement), celle de la dissonance émotionnelle (un manque d'empathie favoriserait l'épuisement) ou encore celle avançant que la satisfaction personnelle générée par l'empathie serait protectrice, on remarque que la modulation de l'empathie

en elle-même semble influencer sur l'occurrence de la maladie (32,52) et notamment les dimensions d'adaptation contextuelle et de souci empathique.

Certaines études ont pu montrer également une altération de l'empathie dans la maladie bipolaire. La réduction de l'empathie cognitive et notamment sur la dimension de prise de perspective peut expliquer les difficultés de communication sociale chez ces patients. Par ailleurs, l'augmentation de l'empathie affective dans la dimension de détresse personnelle semble corrélée à une altération du fonctionnement global et à la gravité des symptômes (53).

Si l'on s'attache aux troubles anxieux, on repère là aussi une modulation de l'empathie sans que les études actuelles ne permettent de caractériser cette variation. Par exemple, dans le trouble d'anxiété sociale, une hypothèse soutient qu'il existe une diminution des capacités empathiques par l'existence de biais attentionnels et d'une expérience émotionnelle altérée alors qu'une autre hypothèse soutient que la préoccupation excessive d'être jugé négativement par autrui entraîne une augmentation des capacités empathiques (54).

1.3. Relation entre TOC et empathie

1.3.1 . Justification de l'étude

Les études ont montré une altération des capacités empathiques dans de nombreuses pathologies, et notamment psychiatriques, de même que dans l'insight, notion essentielle à la définition du TOC. Bien que la description clinique du trouble et le concept d'empathie aient beaucoup évolué au cours du temps, les conclusions actuelles restent encore trop vagues pour l'une et l'autre.

Actuellement, la littérature rapporte qu'une altération des capacités empathiques participe à la genèse et au maintien des symptômes du TOC, mais aussi aux difficultés dans le fonctionnement social du patient (55). Une méta-analyse soutient que l'altération de l'empathie cognitive est significativement liée au trouble (56). Jusqu'à maintenant, les études concernant l'empathie dans les TOCs utilisent l'EQ et l'IRI comme échelles de mesure ; l'IRI étant la plus commune.

Si pour la dimension cognitive on constate des capacités de « prise de perspective » diminuées ; exceptés pour les accumulateurs où elles sont augmentées ; la sous dimension « fantaisie » ne montre pas de résultats significatifs (24).

Concernant la sphère émotionnelle, on constate des scores plus élevés dans plusieurs études pour la sous dimension « détresse personnelle ». L'augmentation de cette dernière est plus fréquemment associée aux TOCs avec obsessions agressives, sexuelles et religieuses. L'altération de la préoccupation empathique est quant à elle controversée.

1.3.2 . Objectifs de l'étude

Comme nous l'avons vu, il existe une altération des capacités empathiques dans le TOC. Cependant, les résultats sont encore peu nombreux et parfois controversés et discordants. Nous avons émis l'hypothèse que l'altération des capacités empathiques dans le TOC pourrait être modulée par la sévérité du TOC, ce qui pourrait expliquer certaines différences entre les recherches.

Notre objectif principal est donc d'étudier et évaluer la modulation des capacités empathiques précisées par l'IRI ; selon la sévérité du TOC, définie par la Y-BOCS.

Nos objectifs secondaires étaient :

- Évaluer les modulations empathiques selon la sévérité du TOC, définie par la durée de la maladie et le niveau de résistance au traitement.
- Évaluer les capacités empathiques selon les dimensions du TOC à partir de l'OCI-R.
- Étudier le rôle des symptômes anxio-dépressifs dans la modulation des capacités empathiques chez les patients TOC.
- Étudier le rôle de l'insight dans la modulation des capacités empathiques chez les patients TOC.

2. MATERIELS et METHODES

2.1. Type d'étude

L'étude qui a été menée est observationnelle, descriptive, rétrospective, transversale et monocentrique. Elle a eu lieu à l'Unité de Recherche Clinique (URC) Pierre Deniker, au Centre Hospitalier Henri Laborit (CHHL) à Poitiers. Les patients ayant été inclus avaient tous reçu une information éclairée et donné un consentement écrit pour les études auxquelles ils ont participé. Ils ont été inclus de façon rétrospective à travers trois protocoles d'étude qui ont été menés entre Août 2014 et Février 2022.

2.2. Population étudiée

Dans notre étude, 56 patients ayant été pris en charge à l'URC pour un Trouble Obsessionnel Compulsif ont été inclus. Ils ont fait partie d'au moins l'un des protocoles de recherche suivants :

- TOC-Pilote : il s'agissait d'une étude interventionnelle réalisée en ouvert évaluant l'efficacité de la stimulation transcrânienne directe à courant continu dans le TOC résistant.
- TdCS-TOC : il s'agissait d'une étude interventionnelle contrôlée et randomisée évaluant l'efficacité de la stimulation transcrânienne directe à courant continu dans le TOC résistant.
- TOCINEM : il s'agissait d'une étude observationnelle monocentrique évaluant les capacités empathiques des patients en l'associant à un enregistrement EEG.

2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

2.3.1. Critères d'inclusion des 3 protocoles de recherche

Les 3 précédentes études présentaient les critères d'inclusion suivants :

- Patient majeur ayant signé un consentement libre et éclairé après information,
- Patient bénéficiant d'une couverture par un régime de sécurité sociale,
- Un diagnostic de TOC selon les critères DSM-IV,
- Patients ayant obtenu un score total à la Y-BOCS > 16 avec ou sans traitement,
- Pour les patients traités : stables > 3 mois pour leur TOC,
- Patients stables > 1 mois pour un EDC,
- Patient avec une durée d'évolution de la maladie > 2 ans.

2.3.2. Critères d'exclusion des 3 protocoles de recherche

De la même façon, les critères d'exclusion étaient ceux des études précédentes, à savoir :

- Patient sous mesure de protection ou faisant l'objet de soins sous contrainte (SSC),
- Patient présentant un autre trouble de l'axe 1 en dehors de l'addiction au tabac, confirmé par la MINI,
- Patient bénéficiant de thérapeutiques interventionnelles rTMS, TdCS ou SCP,
- Patient avec une déficience mentale ou neurologique,
- Patient dont les données étaient incomplètes,
- Patientes enceintes.

2.3.3 . Critères d'inclusion et d'exclusion pour notre étude

Pour notre étude, les patients devaient avoir une évaluation complète pour l'IRI et la Y-BOCS. Ceux qui présentaient des données manquantes pour au moins l'une de ces deux échelles ont été exclus.

2.4. Procédures

2.4.1 . Recueil de données

Lors de la première visite des trois protocoles d'étude, de façon systématique, les patients ont bénéficié d'un entretien médical semi-structuré permettant de recueillir les données socio-démographiques, cliniques ainsi que l'histoire de la maladie.

Pour ce qui est des données socio-démographiques, les renseignements fournis concernent l'âge, le sexe, le statut marital, le nombre d'enfants, le niveau d'étude (sans diplôme, Certificat d'Étude, BEPC, BEP-CAP, BAC, Études Supérieures) et le statut professionnel (sans emploi, en activité, arrêt de l'activité en rapport avec le TOC, arrêt de l'activité sans rapport avec le TOC).

De la même façon, les données concernant l'histoire de la maladie ainsi que des données cliniques ont été relevées. On note donc l'âge de début de la maladie, sa durée, l'évolution de cette dernière (épisode ou continue), le niveau de résistance au traitement, mais aussi le nombre d'hospitalisation et de tentatives de suicide.

Pour notre étude, nous avons choisi de regrouper les données concernant la résistance au traitement en trois sous-groupes :

- Le Groupe I concerne l'échec d'un antidépresseur.
- Le Groupe II concerne l'échec de deux antidépresseurs associés à une TCC.
- Le Groupe III concerne l'échec de trois antidépresseurs associés à un antipsychotique atypique.

2.4.2 . Méthodes de mesure

Les patients ont par la suite passé plusieurs questionnaires validés en français, que nous avons pu réutiliser pour notre étude. Parmi eux on compte alors :

Interpersonal Reactivity Index (IRI)

Ce questionnaire auto évaluatif a été réalisé afin d'évaluer les différentes dimensions de l'empathie. Il se décompose en 28 items eux même répartis en groupes de 7 items définissant quatre sous-échelles indépendantes mais interagissant les unes avec les autres. Les énoncés se rapprochent de situations de vie dans lesquelles le patient doit coter sur une échelle allant de 0 (ne me décrit pas très bien) à 4 (me décrit très bien) à quel point la situation décrit ses pensées et émotions.

Ainsi, on distingue d'abord deux sous échelles correspondant à l'empathie cognitive (*cognitive empathie* ou CE) :

- *Perspective Taking* (PT) ou Adaptation Contextuelle/Prise de perspective : elle évalue la capacité d'un individu à adopter la perspective d'autrui de façon spontanée dans des situations du quotidien.
- *Fantasy Scale* (FS) ou Fantaisie : elle évalue la capacité à s'imaginer soi ou à s'identifier dans des situations de fiction telles que dans les livres, le théâtre ou le cinéma.

L'empathie émotionnelle (*emotional empathy* ou EE) est également évaluée à travers deux sous échelles :

- *Empathic Concern* (EC) ou Souci Empathique : elle évalue la capacité à se sentir en compassion avec autrui, à se faire du souci ou se préoccuper de l'autre.
- *Personal Distress* (PD) ou Détresse Personnelle : elle évalue la tendance à ressentir de la détresse face à la détresse de l'autre.

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

Cette échelle a été utilisée en entretien semi-structuré dans sa version hétéro-évaluative afin d'évaluer la présence et la sévérité des symptômes du TOC. Elle comporte 74 items dont 64 concernant les obsessions et les compulsions, organisés en huit thèmes obsessionnels et sept de compulsions. Pour chaque symptôme, il est précisé s'il est actuel ou passé. On compte 5 autres items pour la sévérité des compulsions et 5 également pour

la sévérité des obsessions. Chaque item se cote sur un score allant de 0 (pas de symptômes) à 4 (symptômes extrêmes) (25).

Les scores obtenus sont regroupés en deux sous-groupes Y-BOCS Comp pour les compulsions et Y-BOCS Obs pour les obsessions. La somme de ces deux sous échelles dont le maximum est de 20 pour chacune, donne un score total dont le maximum se trouve être 40. On considère que plus ce score total est élevé et plus les symptômes sont sévères. Ainsi, plusieurs degrés de sévérité ont été décrits (4,57) :

- TOC infraclinique pour un score entre 0 et 7,
- TOC léger pour un score entre 8 et 15,
- TOC modéré pour un score entre 16 et 23,
- TOC sévère pour un score entre 24 et 31,
- TOC extrême ou invalidant lorsque l'on dépasse 31.

The Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)

Il s'agit d'une échelle auto-évaluative de 18 items permettant de classer les symptômes selon 6 sous échelles représentant les dimensions du TOC :

- Le lavage (*washing*), « les laveurs » : elle comprend la difficulté à toucher des objets déjà touchés ainsi que le lavage excessif induit par un sentiment de contamination ;
- La vérification (*checking*), « les vérificateurs » : elle s'intéresse aux vérifications excessives diverses (fenêtres, portes, interrupteurs, robinets ...) ;
- La neutralisation (*neutralizing*), « les compteurs » : elle évalue les compulsions de comptage et la préoccupation excessive par rapport aux chiffres ;
- L'obsession (*obsessing*), « les ruminateurs » : elle s'attache aux difficultés liées aux pensées, que ce soit par leur caractère envahissant et désagréable, mais aussi par les efforts consentis pour tenter de les contrôler ;
- L'ordre/symétrie (*ordering*), « les rangeurs » : elle concerne les difficultés liées à l'ordre et au rangement d'objets ;
- La thésaurisation (*hoarding*), « les accumulateurs » : elle évalue l'accumulation et la conservation excessive d'objets non nécessaires au patient et dont il a du mal à se séparer.

Il est à noter que cette dernière sous-échelle correspond à ce jour au diagnostic de thésaurisation pathologique, sorti du TOC dans le DSM-V. Elle correspond aux items 1, 7

et 13 pour un score total de 12 à son maximum. Le diagnostic est probable au-delà de 6 (Se = 92% et Sp = 93%) et la sévérité est d'autant plus marquée que le score est élevé.

Concernant les items se rapportant au TOC (items 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18), le score s'étend de 0 à 60. Un score de 12 et plus signifie qu'un TOC est probable (Se = 82% ; Sp = 83%), ce qui en fait également un outil de dépistage. Plus le score est élevé, plus on considère que le TOC est sévère (21).

Hospital Anxiety and Depression scale (HAD)

Cette échelle auto-évaluative permet de s'intéresser aux symptômes anxieux et dépressifs. Elle s'articule autour de 14 items permettant d'évaluer l'intensité de la symptomatologie anxio-dépressive au cours de la semaine passée.

Ses deux sous-échelles de l'anxiété (HAD-A) et de la dépression (HAD-D) se composent chacune de 7 items cotés de 0 à 3 pour un score total de 21 pour chacune. On distingue ainsi 3 résultats :

- Score ≤ 7 : Absence de symptomatologie,
- $8 \leq \text{Score} \leq 10$: Symptomatologie douteuse ou modérée,
- Score ≥ 11 : Symptomatologie certaine.

Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

C'est une courte échelle hétéro-évaluative permettant au thérapeute de dépister et évaluer les symptômes dépressifs du patient à travers 10 items cotés de 0 (pas du tout) à 6 (symptômes au maximum). On évalue notamment la tristesse apparente et exprimée, la tension interne, la perturbation des fonctions instinctuelles du sommeil et de l'appétit, les difficultés de concentration, le sentiment de lassitude, l'anesthésie affective, les pensées pessimistes et les idées suicidaires. Lorsque le score total est supérieur ou égal à 15, cela indique la présence d'un EDC.

Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS)

Il s'agit d'une échelle hétéro-évaluative semi-structurée de 7 items cherchant à évaluer le degré d'insight/le caractère délirant des croyances sur la semaine écoulée de façon catégorielle et dimensionnelle. Elle est actuellement l'échelle la plus utilisée pour mesurer l'insight, notamment dans le TOC puisqu'elle est sensible à l'évolution de la pathologie au cours du temps (58).

Les 6 premiers items sont cotés de 0 (non délirant ou le moins pathologique) à 4 (délirant ou le plus pathologique). Leurs scores additionnés donnent un total compris entre 0 et 24. Ils comprennent l'évaluation de la conviction dans les idées, la perception de l'avis d'autrui sur ses idées, une explication de la différence entre les avis, la fixité des idées, les tentatives pour rejeter les idées ainsi que la prise de conscience (23). Plus les scores sont élevés et plus l'insight est mauvais. On considère que l'insight est mauvais au-delà de 12 et bon en dessous.

Le dernier item n'est pas inclus dans les scores totaux car le délire de référence est caractéristique de certains troubles mais pas de la globalité.

2.4.3 . Acquisition et analyse de données

Nous avons pu réaliser les analyses statistiques grâce au logiciel JAMOVI. Les variables quantitatives recueillies ont été exprimées en moyenne (Moy) et en écart-type (Standard Deviation ou SD). Les variables qualitatives quant à elles, ont été exprimées en effectif (n) et en pourcentages (%). Pour cette étude, nous avons établi un risque d'erreur α à 5%. Ainsi, une différence a été considérée comme significative lorsque la valeur de significativité était inférieure à 0,05 ($p < 0,05$).

Les données cliniques et socio-démographiques ont été analysées de façon descriptive grâce à la réalisation de calculs de moyennes, d'écart-types, d'effectifs et de pourcentages.

En premier lieu, nous avons étudié chacune des données socio-démographiques pouvant interagir avec l'empathie. Nous avons utilisé une ANOVA unidirectionnelle afin d'évaluer une modulation éventuelle des sous dimensions empathiques définies par l'IRI, selon le sexe, le statut familial, professionnel et le niveau d'étude. La relation entre les capacités empathiques et l'âge a été étudiée à travers une corrélation partielle de Spearman avec la Y-BOCS totale comme variable de contrôle.

Ensuite, afin d'étudier la modulation des capacités empathiques selon la sévérité du TOC, nous nous sommes basés sur deux échelles validées, à savoir l'IRI pour l'empathie et la Y-BOCS pour la sévérité du TOC. L'étude de ces questionnaires a permis de préciser les scores moyens obtenus pour chacune des sous échelles de l'IRI ; à savoir la PT et la FS pour l'empathie cognitive ainsi que la PD et la EC pour l'empathie émotionnelle. Concernant la Y-BOCS, nous avons recueilli les scores totaux obtenus à l'échelle complète (Y-BOCS T) définissant ainsi la sévérité de la maladie. Les scores moyens obtenus aux sous

échelles concernant les symptômes obsessionnels (Y-BOCS Obs) et les symptômes compulsifs (Y-BOCS Comp) ont été détaillés.

Pour étudier le lien entre la Y-BOCS et les quatre sous-dimensions de l'empathie, nous avons réalisé une analyse de corrélation partielle selon Spearman, avec les scores obtenus à la MADRS et à la HAD comme variables de contrôle. Ensuite nous avons utilisé une régression linéaire afin d'étudier ce lien de façon plus puissante.

Le lien potentiel entre les différentes sous dimensions de l'empathie précisées par l'IRI, et la durée de la maladie a été étudié grâce à une corrélation partielle de Pearson avec la Y-BOCS comme variable de contrôle. Pour le niveau de résistance au traitement et l'évolution de la maladie (épisode ou continue), nous avons utilisé une ANOVA unidirectionnelle de Welch.

Dans notre étude, nous avons choisi d'étudier les dimensions du TOC à travers l'OCI-R. Les scores moyens obtenus pour chacune des 6 sous échelles ont été précisés. Un test de Spearman nous a permis d'étudier une corrélation éventuelle entre les dimensions du TOC et chacune des sous dimensions de l'empathie. Nous avons utilisé les scores de la Y-BOCS totale comme variable de contrôle.

Les données concernant les symptômes anxio-dépressifs ont été recueillies par la HAD et la MADRS. Les scores moyens obtenus à la HAD ont été détaillés en score total (HAD T), score concernant les symptômes anxieux (HAD-A) et score concernant les symptômes dépressifs (HAD-D). Nous avons étudié la relation entre les symptômes anxio-dépressifs et la sévérité du TOC en corrélation partielle et en régression linéaire. Ensuite, les données ont été analysées en corrélation partielle avec les sous dimensions de l'IRI, toujours avec la Y-BOCS totale comme variable de contrôle.

L'insight a quant à lui été évalué à travers la BABS dont nous avons répertorié les scores totaux. Les données ont été analysées en corrélation partielle avec les sous dimensions de l'IRI et la Y-BOCS totale comme variable de contrôle.

3. RESULTATS

3.1. Description des caractéristiques de la population étudiée

Nous avons inclus 56 patients ayant réalisé les échelles Y-BOCS et IRI entre Août 2014 et Février 2022. Nous avons recueilli toutes les données disponibles concernant leurs caractéristiques socio-démographiques et cliniques, ainsi que les échelles qui avaient été passées.

Notre population était composée de 39,3% de femmes et 60,7% d'hommes d'un âge moyen de 39,2 ans ($\pm 12,8$). Parmi eux 60% étaient célibataires contre 40 % en couple ou mariés. Parmi les patients, 65,5% avaient un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat (BAC) alors que 34,5% avaient fait des études supérieures. Sur le plan professionnel, la majorité (60%) d'entre eux étaient sans emploi contre 40% en activité.

Concernant les données cliniques, l'âge moyen de début de la maladie était de 16,8 ans ($\pm 9,1$) pour une durée moyenne de 22,4 ans ($\pm 13,4$). Les patients présentaient une pathologie d'évolution majoritairement épisodique (pour 65,4% de la population). Si l'on s'intéresse à la résistance au traitement, le groupe I (échec d'un antidépresseur) représentait 50,9% de la population ; le groupe II (échec de deux antidépresseurs associés à une TCC) 36,4% et le groupe III (échec de trois antidépresseurs associés à un antipsychotique atypique) 12,7% de la population.

La population étudiée présentait un score moyen de 14,09 ($\pm 3,55$) pour la sévérité des symptômes obsessionnels et 13,82 ($\pm 3,80$) pour la sévérité des symptômes compulsifs. Le score moyen de la Y-BOCS totale était de 27,91 ($\pm 6,24$) ce qui correspond à un TOC modéré à extrême (entre 16 et 40). Le score moyen pour l'OCI-R total était de 27,63 ($\pm 13,42$).

Les scores moyens obtenus à l'IRI étaient les suivants : 15,70 ($\pm 5,59$) pour la PT, 13,07 ($\pm 4,80$) pour la FS, 15,11 ($\pm 5,65$) pour la PD et 19,21 ($\pm 5,11$) pour la EC.

Le score moyen à la MADRS était de 12,06 ($\pm 7,93$) pour un seuil de détection d'un EDC placé à 15. Pour la HAD, le score moyen total était de 20,27 ($\pm 9,29$) avec un score moyen de 11,61 ($\pm 5,13$) pour l'anxiété et 8,66 ($\pm 5,19$) pour la dépression. Le score moyen obtenu à la BABS était de 4,74 ($\pm 3,60$) ce qui correspond à un bon insight.

Les données descriptives se trouvent dans le tableau 1 présenté ci-dessous.

	Effectif	Moyenne	Écart-type
Age	56	39.2	12.8
Sexe (en %)	56		
Femmes	22	39,3 %	
Hommes	34	60,7 %	
Statut Marital (en %)	55		
Célibataire	33	60 %	
En concubinage/Marié	22	40 %	
Nombre d'enfants	55	0.84	0.97
Niveau d'étude (en %)	55		
< BAC	36	65,5 %	
> BAC	19	34,5 %	
Activité professionnelle (en %)	55		
En activité	22	40 %	
Sans emploi	33	60 %	
Age de début de la maladie	54	16.8	9.1
Durée de la maladie	52	22.4	13.4
Évolution de la maladie (en %)	52		
Épisodique	34	65,4 %	
Continue	18	34,6 %	
Nombre d'hospitalisations	54	1.22	1.45
Nombre de tentatives de suicide	55	0.5	1.2
Niveau de résistance (%)	55		
Groupe I	28	50,9 %	
Groupe II	20	36,4 %	
Groupe III	7	12,7 %	
Y-BOCS Obs	56	14.09	3.55
Y-BOCS Comp	56	13.82	3.80
Y-BOCS T	56	27.91	6.24
BABS	34	4.74	3.60
MADRS	34	12.06	7.93
HAD-A	56	11.61	5.13
HAD-D	56	8.66	5.19
HAD T	56	20.27	9.29
IRI PT	56	15.70	5.59
IRI FS	56	13.07	4.80
IRI PD	56	15.11	5.65
IRI EC	56	19.21	5.11
OCIR T	56	27.63	13.42
OCI-R Washing	56	4.41	4.28
OCI-R Obsessing	56	7.14	3.75
OCI-R Hoarding	56	2.75	3.05
OCI-R Ordering	56	4.66	3.42
OCI-R Checking	56	4.89	4.04
OCI-R Neutralizing	56	3.77	4,00

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population étudiée.

3.2. Données socio-démographiques et empathie

Les femmes présentent des scores moyens plus élevés que les hommes dans les dimensions EC, PD et PT. On note des scores moyens plus bas concernant la sous dimension FS (Tableau 2).

	Effectif	Moyenne	Écart-type	F	DDL 1	DDL 2	p
IRI PD							
Homme	34	14,5	6,20	1,1268	1	52,7	$p = 0,293$
Femme	22	16,0	4,66				
IRI PT							
Homme	34	15,5	5,52	0,0742	1	43,3	$p = 0,787$
Femme	22	16,0	5,82				
IRI FS							
Homme	34	13,3	5,30	0,1550	1	52,5	$p = 0,695$
Femme	22	12,8	4,02				
IRI EC							
Homme	34	18,5	4,74	1,4655	1	39,7	$p = 0,233$
Femme	22	20,3	5,57				

Tableau 2 : Analyse de variance des scores moyens de l'IRI selon le sexe.

On observe des scores moyens plus élevés pour les sous dimensions PT, FS et EC chez les patients ayant un niveau d'étude supérieur au BAC. La sous dimensions PD est quant à elle abaissée dans cette même population (Tableau 3).

	Effectif	Moyenne	Écart-type	F	DDL 1	DDL 2	p
IRI PD							
< BAC	36	15,2	6,19	0,1911	1	47,0	$p = 0,664$
> BAC	19	14,6	4,57				
IRI PT							
< BAC	36	14,7	5,27	2,3343	1	34,2	$p = 0,136$
> BAC	19	17,1	5,71				
IRI FS							
< BAC	36	12,8	5,30	0,0946	1	48,7	$p = 0,760$
> BAC	19	13,2	3,71				
IRI EC							
< BAC	36	18,4	4,56	1,4883	1	30,4	$p = 0,232$
> BAC	19	20,3	5,70				

Tableau 3 : Analyse de variance des scores moyens de l'IRI selon le niveau d'étude.

Malgré ces constatations, l'analyse selon l'ANOVA unidirectionnelle de Welch n'a pas montré de différence significative concernant ces résultats, que ce soit pour le sexe (homme ou femme), le statut marital (marié/en concubinage ou célibataire), le niveau d'étude (< ou > BAC) ou le statut professionnel (sans emploi ou en activité).

Les analyses en corrélation partielle selon Spearman, avec la Y-BOCS comme co-variable de contrôle, n'ont pas montré de lien éventuel entre les sous dimensions de l'empathie et le nombre d'enfant, de tentative de suicide ou d'hospitalisation. On observe une corrélation négative significative pour la sous dimension FS selon l'âge des patients (Tableau 4).

		IRI PD	IRI PT	IRI FS	IRI EC
Age	Rho de Spearman	-0.059	0.006	-0.305	-0.082
	Valeur p	0.677	0.966	0.028	0.562

Tableau 4 : Analyse de corrélations entre les sous dimensions de l'IRI et l'âge.

3.3. Sévérité du TOC et empathie

Nous avons également réalisé une analyse de corrélation partielle selon Spearman pour étudier le lien entre la Y-BOCS et les sous dimensions de l'empathie. Les scores obtenus à la MADRS et HAD totale ont été utilisés comme co-variables de contrôle de l'analyse. Les résultats ont montré une corrélation positive significative ($p = 0,036$) pour la dimension FS de l'empathie (Tableau 5).

		IRI PD	IRI PT	IRI FS	IRI EC
Y-BOCS T	Rho de Spearman	0,129	-0,043	0,373	0,133
	Valeur p	0,481	0.817	0.036	0.469

Tableau 5 : Analyse corrélations entre les sous dimensions de l'IRI et la Y-BOCS totale.

L'analyse selon l'ANOVA unidirectionnelle de Welch n'a pas montré de différence significative concernant les niveaux de résistance au traitement et l'empathie, ni concernant l'évolution de la maladie (continue ou épisodique).

La réalisation d'une analyse de corrélation partielle selon Pearson avec la Y-BOCS comme co-variable de contrôle a montré une corrélation négative significative ($p = 0,011$) entre la sous dimension FS et la durée de la maladie (Tableau 6).

		IRI PD	IRI PT	IRI FS	IRI EC
Durée	R de Pearson	0,004	-0,078	-0,355	-0,115
	Valeur p	0.976	0.589	0.011	0.422

Tableau 6 : Analyse de corrélations entre les sous dimensions de l'IRI et la durée de la maladie.

Les variables qui interagissaient entre elles ont été étudiées de façon plus puissante grâce à une analyse en régression linéaire avec la Y-BOCS totale comme coefficient. Nous avons observé un résultat proche de la significativité ($p = 0,065$) pour la sous dimension FS de l'empathie qui corrélait positivement avec la sévérité du TOC (Tableau 7).

Prédicteur	Estimation	Erreur Standard	t	p
Ordonnées à l'origine	15.17418	3.9882	3.805	<.001
IRI FS	0.33873	0.1754	1.931	0,065

Tableau 7 : Régression linéaire des facteurs pouvant influencer la sévérité du TOC selon la Y-BOCS totale.

$R = 0,643$ et $R^2 = 0,414$.

3.4. Empathie et dimensions du TOC

Les différentes dimensions du TOC ont été analysées avec les sous dimensions de l'empathie à travers une corrélation partielle de Spearman dont la co-variable de contrôle était la Y-BOCS totale. Il a été montré une corrélation significative positive entre la sous dimension EC et les TOCs d'accumulation ($p = 0,026$) et de neutralisation (0,038) ; tandis qu'elle était négative ($p = 0,007$) entre la FS et le TOC de lavage (Tableau 8).

		IRI PD	IRI PT	IRI FS	IRI EC
OCI-R Washing	Rho de Spearman	0,218	-0,001	-0,358	0,060
	Valeur p	0,111	0,992	0,007	0,665
OCI-R Obsessing	Rho de Spearman	-0,120	-0,017	-0,070	-0,063
	Valeur p	0,382	0,901	0,613	0,647
OCI-R Hoarding	Rho de Spearman	0,139	0,237	-0,251	0,300
	Valeur p	0,310	0,081	0,064	0,026
OCI-R Ordering	Rho de Spearman	0,068	0,202	-0,110	0,158
	Valeur p	0,624	0,138	0,425	0,250
OCI-R Checking	Rho de Spearman	0,231	-0,046	-0,040	-0,160
	Valeur p	0,090	0,741	0,774	0,244
OCI-R Neutralizing	Rho de Spearman	0,081	0,167	0,010	0,281
	Valeur p	0,556	0,222	0,942	0,038

Tableau 8 : Analyse de corrélations entre les différentes dimensions du TOC et les sous dimensions de l'IRI.

3.5. Empathie et symptômes anxio-dépressifs

Les variables qui interagissaient entre elles ont été étudiées de façon plus puissante grâce à une analyse en régression linéaire avec la Y-BOCS totale comme coefficient. Il existait uniquement une corrélation positive significative ($p = 0,001$) entre la HAD totale et la sévérité du TOC (Tableau 9).

Prédicteur	Estimation	Erreur Standard	t	p
Ordonnées à l'origine	15.17418	3.9882	3.805	<.001
MADRS	-0.29095	0.1727	-1.685	0,104
HAD T	0.53705	0.1463	3.670	0,001

Tableau 9 : Régression linéaire des facteurs pouvant influencer la sévérité du TOC selon la Y-BOCS totale.

$R = 0,643$ et $R^2 = 0,414$.

L'analyse en corrélation partielle n'a pas montré de résultat significatif entre les sous dimensions de l'IRI et les échelle HAD T, HAD-A, HAD-D et MADRS.

3.6. Empathie et insight

L'analyse en corrélation partielle selon Spearman avec la Y-BOCS totale en co-variable de contrôle a montré une corrélation négative entre la sous dimension PT et l'insight (Tableau 10).

		IRI PD	IRI PT	IRI FS	IRI EC
BABS	Rho de Spearman	0,046	-0,451	0,095	-0,151
	Valeur p	0.799	0.008	0.600	0.402

Tableau 10 : Analyse de corrélations entre les sous dimensions de l'IRI et la BABS.

4. DISCUSSION

Au fil des recherches, le TOC est apparu comme une entité clinique hétérogène et complexe, chronique et invalidante, motivant les savants à effectuer de nombreux travaux pour la caractériser au mieux. Alors même que les diverses hypothèses explicatives des mécanismes du TOC ont permis d'élaborer plusieurs traitements et que la définition du TOC s'est affinée au cours du temps, nombre de patients restent insuffisamment soulagés de leurs symptômes, laissant à penser que la pathologie est encore trop vaguement définie. En effet, le diagnostic reste tardif, entraînant ainsi un pronostic plus sévère.

De son côté, le concept d'empathie, essentiel aux interactions sociales, a également beaucoup évolué, aboutissant à une description plus fine du terme. Elle distingue alors deux composantes : l'empathie émotionnelle et l'empathie cognitive. Ces capacités sont sous-tendues par divers mécanismes impliquant la conscience de soi, mais aussi des capacités d'inhibition et d'autorégulation que gèrent les fonctions exécutives.

Ainsi nous avons supposé que si l'on s'intéressait aux capacités empathiques dans le TOC, il serait possible d'en avoir une meilleure compréhension afin d'établir de meilleures stratégies de traitement.

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés à la modulation de l'empathie en fonction de la sévérité du TOC. Dans un deuxième temps, nous avons évalué ces mêmes capacités empathiques en fonction des dimensions du TOC, des symptômes anxio-dépressifs et de l'insight.

4.1. Données socio-démographiques et empathie

Si les résultats n'étaient pas significatifs, on constatait tout de même de meilleures capacités empathiques chez les femmes concernant les dimensions émotionnelles (préoccupation empathique et détresse personnelle) et la sous dimension prise de perspective (PT). Elles étaient plus basses concernant la capacité à s'imaginer des situations de fiction (FS). Cela se rapproche des rares études déjà menées, ayant conclu que le genre féminin avait des capacités empathiques plus développées dans les quatre domaines, même si les résultats n'étaient pas significatifs pour la sous dimension PT (59) ; ou à minima concernant la sous dimension PD (60).

Un des résultats importants de cette étude concerne la corrélation entre l'âge des patients et la capacité à s'imaginer dans des situations de fiction. Elle révèle que plus le patient est âgé, plus cette capacité empathique est diminuée, ce qui corrobore l'étude de Sun et al., qui stipule qu'il existe des altérations de l'empathie cognitive liées à l'âge (61). On peut faire plusieurs hypothèses à partir de cette observation : est-ce alors la conséquence d'une moindre flexibilité mentale, d'une altération cognitive liée à l'âge empêchant le processus empathique ou est-ce l'évolution de la maladie qui altère cette capacité ?

Les autres données n'ont pas révélé de résultats probants, cependant, au-delà du niveau d'étude, nous pouvons nous demander si le type d'études réalisées ou le métier exercé peuvent influencer sur les capacités empathiques. En effet, certaines professions exigent de l'empathie, comme les métiers du soin ou de l'accompagnement à la personne. Nous pouvons nous demander si la différence de capacités empathiques comparées à d'autres professions n'y serait pas plus significative.

4.2. Discussion des résultats principaux

Notre objectif principal était d'étudier le lien entre la modulation des capacités empathique et la sévérité du TOC, représentés respectivement par l'IRI et la Y-BOCS. Pour étudier au mieux la sévérité du TOC, nous avons également pris en compte la durée de la maladie puisque le TOC est d'autant plus sévère que la durée de la maladie est élevée ou que l'âge de début est précoce. Nous nous sommes aussi attachés à étudier le niveau de résistance au traitement car le pronostic du TOC en est aggravé, ce qui participe à sa sévérité.

L'analyse des données a révélé que plus la durée de la maladie est longue, plus la capacité du patient à s'imaginer dans des situations de fiction est altérée. Ce résultat vient étayer le premier résultat et notre hypothèse concernant l'âge du patient. On peut effectivement imaginer que plus que l'âge, c'est la durée de l'évolution de la maladie qui influe sur les capacités empathiques, et notamment la dimension cognitive FS.

Si la résistance au traitement n'avait pas de lien significatif avec l'empathie, l'analyse de la Y-BOCS a permis de mettre en exergue que plus la sévérité de la maladie était prononcée selon la Y-BOCS, plus les capacités de FS étaient développées. Au premier abord, ce résultat vient contredire les précédents concernant le lien entre empathie et sévérité du TOC. Cependant, il est important de considérer que le TOC peut être plus sévère à un âge précoce ou au début de la maladie, ce qui pourrait expliquer que la dimension FS s'exprime différemment en corrélation avec la Y-BOCS. Le sens de ce résultat paraît alors questionnant, ce qui en fait un sujet intéressant. Face à des symptômes invalidants impactant grandement la qualité de vie du sujet (14) et source d'anxiété majeure, le sujet pourrait développer ses capacités imaginatives afin de s'extraire de la réalité de la pathologie. Ainsi, la sous dimension FS serait possiblement un mécanisme de protection face aux symptômes et répercussions du TOC. Si l'on suit cette hypothèse, on peut questionner également la pertinence de ce mécanisme de protection qui apparaît comme un comportement de sécurité face à l'anxiété, et donc, un mécanisme d'entretien du trouble. L'expression de cette sous dimension peut ainsi être vue comme une réponse, une conséquence de la sévérité du TOC ; mais aussi comme une cause de l'aggravation de la sévérité du TOC.

Nous avons donc étudié ce résultat en régression linéaire afin d'affiner la lecture de cette interaction. Si les résultats n'étaient pas significatifs, ils s'en rapprochaient quand même. Il serait donc intéressant de pouvoir réaliser une étude de plus grande envergure, avec de plus grands échantillons de patients. Cela permettrait d'étudier la modulation de la FS en fonction de la sévérité Globale (Y-BOCS T) en prenant en compte les différents seuils de sévérité, les scores de chaque sous-échelle (Y-BOCS Comp et Y-BOCS Obs), tout en détaillant les données en sous-groupes d'âge et de durée de la maladie.

4.3. Discussion des résultats secondaires

4.3.1 . Évaluation de l'empathie selon les dimensions du TOC

L'étude des modulations empathiques en fonction des dimensions du TOC ont permis de relever deux résultats significatifs :

- Plus les symptômes des « accumulateurs » et des « compteurs » sont présents, plus les patients ont la sous-dimension émotionnelle EC développée ; c'est-à-dire qu'ils ont la capacité à se soucier d'autrui.
- A contrario, pour les « laveurs », plus les symptômes sont invalidants et plus la sous-dimension FS est altérée. Ce même résultat est presque significatif concernant les « accumulateurs ».

Les résultats concernant l'EC restent controversés. Notre étude vient contredire les travaux du Dr Chipan-Dager qui montraient une diminution de ces capacités pour les symptômes obsessionnels sexuels et religieux (25). A l'inverse, notre étude vient corroborer et préciser les recherches de Fontenelle et al. (60). En effet leur étude rapportait des niveaux plus élevés d'EC chez les patients TOC ainsi qu'une corrélation entre les symptômes d'accumulation et la FS. Ici, nous amenons l'idée que la modulation de l'EC serait dépendante du type de symptômes du TOC et que la FS pourrait aussi concerner les « laveurs ». Cependant, contrairement à la littérature actuelle, comme l'étude de Kang et al. (55), les résultats ne sont pas significatifs pour les sous dimensions PT et PD. Cette différence peut s'expliquer par la différence entre nos deux populations puisque notre étude porte sur des patients avec un âge, une durée de la maladie et une sévérité en moyennes plus élevés que dans l'étude de Kang et al.,. Nous pouvons aussi expliquer cette différence par la diversité des échelles utilisées pour étudier les dimensions du TOC. En effet, dans les travaux Du Dr Chipan-Dager, les dimensions ont été extraites à partir de la check-list de la Y-BOCS ; l'étude de Kang et al., elle, utilisait le modèle à quatre facteurs de Bloch et al., ; alors que dans l'étude de Fontenelle comme la nôtre, c'est l'OCI-R qui a été utilisée. La D-YBOCS est une échelle hétéro-évaluative plus spécifique, qui n'a jamais été validée en Français. Afin de pouvoir réduire cette hétérogénéité de résultats et standardiser l'évaluation des dimensions du TOC, il paraît important de pouvoir la faire valider.

4.3.2 . Évaluation de l'empathie selon les symptômes anxio-dépressifs

Notre étude a révélé une corrélation positive entre la HAD totale et la sévérité du TOC. Autrement dit, plus le TOC est sévère, plus les symptômes anxio-dépressifs sont sévères ou encore, plus les symptômes anxio-dépressifs sont sévères, plus le TOC est sévère. Ceci va dans le sens des études actuelles montrant que la réponse au traitement est amoindrie lorsqu'il existe une comorbidité anxio-dépressive (62).

Cependant, ces résultats sont à modérer car notre population de patients n'était globalement pas dépressive, ayant un score moyen à la MADRS à 12,06 (\pm 7,93) pour un seuil à 15 ; ainsi qu'un score moyen à la HAD-D de 8,66 (\pm 5,19) ce qui correspond à un score douteux. Les patients présentaient essentiellement des symptômes anxieux avec une HAD-A à 11,61 (\pm 5,13). Ainsi, nous pouvons difficilement conclure sur cette constatation puisque les patients présentaient des symptômes anxio-dépressifs sub-syndromiques.

Ceci pourrait également expliquer pourquoi nos résultats concernant notre objectif secondaire ; à savoir une modulation des capacités empathiques selon les symptômes anxio-dépressifs ; ne sont pas significatifs. Une autre étude avec une analyse plus précise des symptômes anxieux ou une population avec des symptômes anxio-dépressifs plus sévères serait donc intéressante.

4.3.3 . Evaluation de l'empathie selon l'insight

Dans la littérature, on distingue l'insight psychique (reconnaissance de la maladie) et émotionnel (acceptation de la maladie). Pour ces deux composantes, il est nécessaire d'avoir des capacités d'auto-réflexion et de prise de perspective intègres, et donc des capacités empathiques. Ainsi l'insight serait également dépendant de l'empathie. Les processus cognitifs hétérocentrés et objectifs permettraient d'avoir un meilleur insight psychique alors que les études suggèrent que l'insight émotionnel serait sous tendu par des processus affectifs empathiques (63).

Dans notre étude, les résultats suggèrent que plus l'insight est bon, plus la capacité à adopter le point de vue de l'autre (PT) est efficiente. Appliquée à ce que nous décrivons plus haut, cette capacité permettrait au patient de mieux reconnaître sa maladie, ce qui participe à la bonne prise en charge de cette dernière, et donc participe à la modulation

de la sévérité de la maladie par un diagnostic peut être plus précoce et un plan de traitement adapté.

Cependant, il est à noter que dans notre étude, l'insight de nos patients est globalement bon puisque le score moyen est de 4,74 (\pm 3,60) pour un seuil défini à 12 (bon si inférieur et mauvais si supérieur). Les patients ayant participé se sont tous portés volontaires pour les études menées à l'URC. Ils ont de fait, une bonne conscience de leur pathologie, ce qui en fait un résultat logique. Cette particularité de notre population peut expliquer que nous n'ayons pas retrouvé de capacités de la PT globalement abaissées comme dans la littérature (24,55). Si nous pouvons penser qu'une étude de plus grande envergure avec un recrutement de patient plus large pourrait être intéressant, on peut également se demander si le score obtenu à la BABS est réellement pertinent puisqu'il est défini en dehors des rituels, et donc, à un moment où le patient est plus rationnel.

4.4. Forces et limites de notre étude

4.4.1. Points positifs de notre étude

Actuellement, très peu d'études se sont intéressées au TOC et à l'analyse de l'empathie dans le même temps. On peut citer les études de Kang et al., Kim et al., Fontenelle et al. ; bien que cette dernière n'utilisait pas d'échelle pour caractériser la sévérité du TOC (24,55,60). On note également les travaux du Dr Chipan-Dagher à l'URC (25), ce qui renforce l'intérêt de notre étude.

De plus, nous avons utilisé des échelles validées dans de multiples études, que ce soit pour la Y-BOCS qui permet l'étude de la sévérité de la maladie, l'IRI qui évalue la multidimensionnalité de l'empathie, ou l'OCI-R qui permet de définir précisément les différentes dimensions du TOC.

4.4.2. Limites et biais de notre étude

D'abord, nous pouvons évoquer le caractère auto-évaluatif de l'IRI et de l'OCI-R que nous avons utilisés. Par exemple, l'étude de l'empathie selon l'IRI peut induire une évaluation des capacités empathiques selon la vision du patient, ce qui peut-être ne traduit pas tout à fait la réalité de façon objective.

Ensuite, notre étude s'est intéressée à un nombre limité de patients ayant des seuils assez similaires concernant la sévérité de la maladie selon la Y-BOCS, ne nous permettant donc pas d'évaluer les modulations empathiques selon les différents seuils définis par l'échelle. Dans cette même lignée, le nombre de participants ne nous permettait pas non plus d'établir des sous-groupes en fonction de l'âge du patient ou de la durée de la maladie, ce qui pourrait être intéressant par la suite.

De plus, notre population ne présentait pas de d'épisode dépressif caractérisé ou de mauvais insight, ce qui rend les résultats peu interprétables.

Comparée aux études déjà publiées, notre cohorte présentait des âges, durée de la maladie et sévérité plus élevées, ce qui rend les résultats peu extrapolables. En ce sens, il aurait été intéressant de comparer nos résultats à une population témoin avec des caractéristiques socio-démographiques proches. En effet, notre étude était monocentrique, avec un recueil de patients avec une maladie sévère, souvent résistante, pouvant expliquer ces données.

5. CONCLUSION

Notre étude s'est attachée à évaluer les capacités empathiques selon la sévérité du TOC ; le but étant de tenter de mieux comprendre et caractériser cette pathologie afin de pouvoir la soigner de façon plus efficiente.

L'analyse de nos résultats a permis de voir que certaines sous dimensions de l'empathie interagissaient spécifiquement avec certaines dimensions de symptômes. On note une corrélation positive entre l'EC (capacité à se soucier d'autrui) et les symptômes de comptage et d'accumulation ; mais aussi une corrélation négative entre la FS (capacité à s'imaginer à des personnages ou situations de fiction) et les symptômes de lavage.

L'essentiel des résultats montrait des liens avec la sous dimension FS de l'empathie, consistant à pouvoir s'imaginer à des personnages ou situations de fiction. Elle était significativement diminuée lorsque l'âge du patient était élevé ou que la durée de la maladie était longue. Partant de ces résultats, nous pouvons hypothétiser que les capacités empathiques, et notamment la sous-dimension FS s'altèrent avec l'évolution de la maladie au cours du temps.

Concernant l'étude de la Y-BOCS, la FS était d'autant plus élevée que le TOC était sévère. En partant du postulat que le TOC puisse être sévère indépendamment de l'âge du patient ou de la temporalité de sa maladie, nous avons hypothétisé que cette FS se développait comme comportement de sécurité et donc comme facteur de maintien du trouble en réponse à l'anxiété générée. Cette réflexion est intéressante car cette capacité cognitive peut constituer une piste de travail et de traitement pour l'avenir. En effet, une étude menée chez des étudiants de médecine de 4eme année a montré qu'une formation spécifique pouvait amener des variations de cette sous-dimension de l'empathie (64).

En ce sens, il paraît important de pouvoir poursuivre ce travail de recherche, notamment pour en augmenter la puissance grâce à de plus grands échantillons de patients et en l'associant à une cohorte de témoins sains.

6. ANNEXES

6.1. Interpersonnal Reactivity Index

Auto-questionnaire IRI

Pour chaque phrase indiquez dans quelle mesure elle décrit vos pensées et vos sentiments dans diverses situations (cotation de A- Ne me décrit pas vraiment à E- Me décrit très bien)

- 1-J'imagine et fantasme assez régulièrement sur des choses qui pourraient m'arriver
- 2-Je suis souvent sensible à l'égard des gens qui ont moins de chance que moi et me préoccupe de leur sort
- 3-J'ai parfois des difficultés à imaginer les choses du point de vue d'une autre personne
- 4-Parfois je ne me sens pas vraiment désolé(ée) pour les autres lorsqu'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 inquiet (e) et mal à l'aise
- 7-D'habitude je suis objectif(ve) quand je vois un film ou une pièce de théâtre, et je ne me laisse pas souvent captiver entièrement dans l'action
- 8-Avant de prendre une décision, j'essaie de tenir compte des points de vue de chacun
- 9-Lorsque je vois que l'on profite de quelqu'un, j'éprouve une certaine envie de le protéger
- 10-Quand je me retrouve dans une situation très émouvante, je me sens parfois incapable de réagir
- 11-Parfois j'essaie de mieux comprendre mes amis en me mettant à leur place
- 12-Etre totalement absorbé(e) par un bon livre ou un bon film m'arrive assez rarement
- 13-Quand je vois que quelqu'un souffrir, j'ai tendance à garder mon sang-froid
- 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 de théâtre ou un film, j'ai l'impression d'avoir été l'un des personnages
- 17-Etre confronté(e) à une situation émotionnellement tendue m'effraie
- 18-Quand je vois une personne traitée de façon injuste, il peut m'arriver de ne pas avoir beaucoup de pitié pour elle
- 19-D'habitude je suis assez efficace pour gérer les urgences

- 20-Je suis souvent touché(e) par des évènements dont je suis témoin
- 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 d'un des personnages principaux
- 24-J'ai tendance à perdre mon sang-froid dans les situations d'urgence
- 25-Quand je suis en colère contre quelqu'un, habituellement j'essaye un instant de me mettre à sa place
- 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'essaye d'imaginer ce que je ressentirais à sa place

6.2. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

Echelle Y-BOCS

N° d'identification:
n° centre n° inclusion Initiales

YBOCS

Y. BOCS (ECHELLE D'OBSESSIONS- COMPULSIONS DE YALE- BROWN)

Cocher tous les symptômes du patient, mais veuillez marquer les symptômes principaux par un « P » (le cotateur doit s'assurer que les symptômes sont des symptômes du trouble obsessionnel compulsif (TOC) authentiques et non des symptômes d'un autre trouble tel que la Phobie Simple ou l'Hypocondrie). Les symptômes marqués d'un « * » peuvent être ou ne pas être des symptômes du TOC.

I. Liste des symptômes (obsessions):

OBSESSIONS A THEME AGRESSIF

1. Peur de se faire mal.
2. Peur de faire du mal aux autres.
3. Images de violence ou d'horreur.
4. Peur de laisser échapper des obscénités ou des insultes.
5. Peur de faire quelque chose d'autre qui met dans l'embarras*.
6. Peur d'agir sous une impulsion non voulue (par exemple, de poignarder un ami).
7. Peur de voler des choses.
8. Peur de blesser d'autres personnes par négligence (par exemple, provoquer ou subir un accident de la voie publique).
9. Peur que quelque chose d'autre de terrible puisse arriver par sa faute (par exemple, le feu, un cambriolage).
10. Autres

OBSESSIONS DE CONTAMINATION

11. Préoccupation ou dégoût liés aux sécrétions ou aux déchets corporels (par exemple, l'urine, les selles, la salive).
12. Préoccupation liée à la saleté ou aux microbes.
13. Préoccupation excessive liée aux éléments contaminants dans l'environnement (par exemple, l'amiante, les radiations, les déchets toxiques).
14. Préoccupation excessive liée aux éléments touchant la maison (par exemple, les détergents, les solvants).
15. Préoccupation excessive à l'égard des animaux (par exemple, insectes).
16. Préoccupation liée aux substances ou résidus collants.
17. Préoccupé à l'idée d'être malade à cause d'un agent contaminant.
18. Préoccupé à l'idée de communiquer une maladie aux autres (agressivité).
19. Préoccupé simplement par le malaise qu'il ressentirait à la suite d'une contamination.
20. Autres

OBSESSIONS SEXUELLES

21. Pensées, images ou impulsions perverses ou interdites à propos de la sexualité.
22. Le contenu a trait à des enfants ou à l'inceste.
23. Le contenu a trait à l'homosexualité*.
24. Comportement sexuel envers les autres (agressivité).
25. Autres

OBSESSIONS DE COLLECTION, D'ACCUMULATION

26. A distinguer des collections et attrait pour les objets ayant une valeur sentimentale ou monétaire.

OBSESSIONS RELIGIEUSES

27. Préoccupation liée aux sacrilèges ou aux blasphèmes.
28. Préoccupation excessive liée au bien/ mal, ou à la moralité.
29. Autres

OBSESSIONS DE SYMETRIE, D'EXACTITUDE, D'ORDRE

30. Accompagnées d'une pensée magique (par exemple, préoccupé à l'idée que sa mère puisse avoir un accident si les choses ne sont pas rangées à leur place).
31. Non accompagnées d'une pensée magique.

- | Actuelle | Passée | OBSSESSIONS DIVERSES |
|------------------------------|--------------------------|---|
| 32. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Besoin de savoir ou de se souvenir. |
| 33. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Peur de dire certaines choses. |
| 34. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Peur de ne pas dire exactement ce qu'il faut. |
| 35. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Peur de perdre des choses. |
| 36. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Images parasites (neutres). |
| 37. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sons, mots ou musiques parasites et dénués de sens. |
| 38. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gêné par certains sons/ bruits*. |
| 39. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nombres qui portent bonheur ou malheur. |
| 40. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Attribution de significations spéciales aux couleurs. |
| 41. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Peurs superstitieuses. |
| 42. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres |

I. Liste des symptômes (compulsions) :

- | Actuelle | Passée | OBSSESSIONS COMPULSIONS SOMATIQUES |
|------------------------------|--------------------------|--|
| 43. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Préoccupation liée aux maladies*. |
| 44. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Préoccupation excessive liée à une partie du corps ou à son apparence (par exemple, dysmorphophobie)*. |
| 45. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres |

COMPULSIONS DE LAVAGE/ NETTOYAGE

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|--|
| 46. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lavage des mains ritualisé ou excessif. |
| 47. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soins corporels ritualisés ou excessifs (douche, bain, brossage des dents). |
| 48. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nettoyage d'objets appartenant à la maison ou non. |
| 49. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres mesures pour éviter ou supprimer le contact avec des éléments contaminants. |
| 50. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres |

COMPULSIONS DE VERIFICATION

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|---|
| 51. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vérifier les portes, les serrures, la cuisinière, les appareils ménagers, le frein à main dans la voiture, etc. |
| 52. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vérifier que rien ne risque de faire du tort aux autres. |
| 53. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vérifier que rien ne risque de faire du tort à soi même. |
| 54. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vérifier que rien de catastrophique n'est/ ne va arrivé (er). |
| 55. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vérifier l'absence d'erreur. |
| 56. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vérifications en rapport avec les obsessions somatiques. |
| 57. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres vérifications |

RITUELS DE REPETITION

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|--|
| 58. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Re-lecture ou ré-écriture. |
| 59. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Répétition d'activités routinières (par exemple, sortir/ entrer, se lever/ s'asseoir, etc.). |
| 60. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres |

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|---|
| 61. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | COMPULSIONS AYANT POUR THEME LE FAIT DE COMPTER |
|------------------------------|--------------------------|---|

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 62. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | COMPULSIONS D'ORDRE/ DE RANGEMENT |
|------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|

COMPULSIONS DE COLLECTION

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|---|
| 63. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A distinguer des collections et de l'intérêt pour les objets de valeur sentimentale ou monétaire (par exemple, lire soigneusement du courrier sans valeur, empiler les vieux journaux, trier les ordures, collectionner les objets inutiles). |
|------------------------------|--------------------------|---|

COMPULSIONS DIVERSES

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|--|
| 64. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rituels mentaux (autres que vérifier ou compter). |
| 65. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Besoin excessif de faire des listes. |
| 66. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Besoin de dire, de demander, de confesser. |
| 67. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Besoin de toucher, tapoter ou frotter*. |
| 68. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rituels impliquant un clignement d'yeux o un regard fixe*. |
| 69. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mesures (non des vérifications) pour éviter de se faire du mal ; de faire du mal aux autres ; des conséquences catastrophiques |
| 70. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comportements alimentaires ritualisés*. |
| 71. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comportements superstitieux |
| 72. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trichotillomanie*. |
| 73. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres comportements d'auto- agression ou d'auto- mutilation. |
| 74. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres |

Date :					
Nom : Prénom :		Sexe : Âge :			
Liste de symptômes					
Obsessions					
1.					
2.					
3.					
Compulsions (rituels)					
1.					
2.					
3.					
Situations évitées					
1.					
2.					
3.					
Veillez entourer le chiffre que vous avez choisi pour chacun des items					
	Nul	Un peu	Moyen	Important	Extrêmement important
	0 h/j	0-1 h/j	1-3 h/j	3-8 h/j	> 8 h/j
1. Temps passé aux obsessions	0	1	2	3	4
2. Gêne liée aux obsessions	0	1	2	3	4
3. Angoisse associée aux obsessions	0	1	2	3	4
	Résiste totalement				Cède complètement
4. Résistance	0	1	2	3	4
	Contrôle total	Beaucoup de contrôle	Contrôle moyen	Peu de contrôle	Pas de contrôle
5. Contrôle sur les obsessions	0	1	2	3	4
Score Obsessions (additionner les items 1 à 5) :					
	Nul	Un peu	Moyen	Important	Extrêmement important
	0 h/j	0-1 h/j	1-3 h/j	3-8 h/j	> 8 h/j
6. Temps passé aux rituels	0	1	2	3	4
7. Gêne liée aux rituels	0	1	2	3	4
8. Angoisse si on interrompt les rituels	0	1	2	3	4
	Résiste totalement				Cède complètement
9. Résistance aux rituels	0	1	2	3	4
	Contrôle total	Beaucoup de contrôle	Contrôle moyen	Peu de contrôle	Pas de contrôle
10. Contrôle sur les compulsions	0	1	2	3	4
Score Compulsions (additionner les items 6 à 10) :					
Score total (additionner les items 1 à 10) :					

6.3. Obsessive Compulsive Inventory-Revised

Inventaire Révisé

Foa, Huppert, Leiberg, Langner, Kichic, Hajcak, & Salkovskis, 2002
 French translation: Zermatten, A., Jermann, F. & Van der Linden, M.

Les énoncés suivants se rapportent à des expériences que de nombreuses personnes vivent dans leur quotidien. Entourez les chiffres qui décrivent le mieux A QUEL POINT l'expérience vous a PEINE ou DERANGE durant le MOIS DERNIER.

	0	1	2	3	4
	pas du tout	peu	moyennement	beaucoup	extrêmement
1. J'ai conservé tellement de choses qu'elles bloquent le passage.	0	1	2	3	4
2. Je vérifie les choses plus souvent que nécessaire.	0	1	2	3	4
3. Je suis contrarié si les objets ne sont pas rangés correctement.	0	1	2	3	4
4. Je me sens obligé de compter pendant que je fais des choses.	0	1	2	3	4
5. J'éprouve de la difficulté à toucher un objet quand je sais qu'il a été touché par des étrangers ou par certaines personnes.	0	1	2	3	4
6. J'éprouve de la difficulté à contrôler mes propres pensées.	0	1	2	3	4
7. J'accumule des choses dont je n'ai pas besoin.	0	1	2	3	4
8. Je vérifie de manière répétée les portes, les fenêtres, les tiroirs, etc.	0	1	2	3	4
9. Je suis contrarié si les autres changent la manière dont j'ai rangé les choses.	0	1	2	3	4
10. Je sens que je dois répéter certains chiffres.	0	1	2	3	4
11. Je dois parfois me laver ou me nettoyer, simplement parce que je me sens contaminé.	0	1	2	3	4
12. Je suis contrarié par des pensées déplaisantes qui me viennent à l'esprit contre ma volonté.	0	1	2	3	4
13. J'évite de jeter les choses parce que je crains d'en avoir besoin plus tard.	0	1	2	3	4
14. Je vérifie de manière répétée les robinets de gaz et d'eau ainsi que les interrupteurs après les avoir éteints.	0	1	2	3	4
15. J'ai besoin que les choses soient rangées dans un ordre particulier.	0	1	2	3	4
16. Je sens qu'il y a de bons et de mauvais chiffres.	0	1	2	3	4
17. Je me lave les mains plus souvent et plus longtemps que nécessaire.	0	1	2	3	4
18. J'ai fréquemment des pensées malsaines et j'ai de la difficulté à m'en débarrasser.	0	1	2	3	4

6.4. Hospital Anxiety and Depression Scale

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

6.5. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

Echelle MADRS

Des numéros associés à des descriptions d'états possibles sont donnés pour vous permettre d'indiquer votre condition. Les énoncés recouvrent divers degrés de détresse, variant d'aucun (0) au maximum (3). Pour chaque item, encerclez sur l'échelle le numéro que vous pensez indique le mieux votre état au cours de ces 3 derniers jours. Ne consacrez pas trop de temps à réfléchir à vos réponses, mais essayez de remplir le questionnaire assez rapidement.

1. Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se dérider.

- 0 Pas de tristesse
- 1
- 2 Semble découragé mais peut se dérider sans difficulté
- 3
- 4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps
- 5
- 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé

2. Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances
- 1
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté
- 3
- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression
- 5
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation

3. Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère
- 1
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini
- 3
- 4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté
- 5
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante

4. Réduction du sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude
- 1
- 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité
- 3
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures
- 5
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil

5. Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit
- 3
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût
- 5
- 6 Ne mange que si on le persuade

6. Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficulté de concentration
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassemblée ses pensées
- 3
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide

7. Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route ; pas de lenteur
- 1
- 2 Difficultés à commencer des activités
- 3

- 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide

8. Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens
- 1
- 2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels
- 3
- 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances
- 5
- 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis.

9. Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

- 0 Pas de pensées pessimistes
- 1
- 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'autodépréciation
- 3
- 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur
- 5
- 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables

10. Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient
- 1
- 2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères
- 3
- 4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis
- 5
- 6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide

6.6. Brown Assessment of Beliefs Scale

BABS

Pour chaque item, entourez le chiffre qui correspond à la réponse qui caractérise le mieux le patient durant la semaine qui vient de s'écouler. La croyance spécifique au patient peut être intégrée à la question. Par exemple, « A quel point êtes-vous convaincu de cette idée que si vous touchez une poignée de porte vous allez être malade ? ».

Les questions optionnelles sont indiquées entre parenthèses, et les instructions pour l'enquêteur sont en italique.

<p>1) Conviction :</p> <p>A quel point êtes-vous convaincu de ces idées / croyances ? Etes-vous sûrs que vos idées / croyances sont exactes ? (Qu'est-ce qui fait que vous en êtes sûrs ?)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>0. Totalement convaincu que ses croyances sont fausses (0% sûrs)</p> <p>1. Ses croyances sont probablement fausses, ou la conviction est minimale</p> <p>2. Ses croyances peuvent ou ne peuvent pas être vraies, ou incapable de décider si la croyance est vraie ou pas</p> <p>3. Assez convaincu que ses croyances sont vraies mais un élément de doute persiste</p> <p>4. Totalement convaincu de la réalité des croyances retenues (100% sûr)</p>
<p>2) Perception de l'avis des autres sur sa croyance :</p> <p>Qu'est-ce que vous pensez que les autres pensent de vos croyances ? [PAUSE] A quel point êtes-vous sûr que la plupart des gens pensent que vos idées sont réalistes ?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><i>(L'enquêteur doit préciser si nécessaire ce que le patient répond à cette question en admettant que les autres ont donné sincèrement leur avis)</i></p>	<p>0. Totalement certain que la plupart des gens pensent que se croyances sont irréalistes</p> <p>1. Relativement certain que la plupart des gens pensent que ses croyances sont irréalistes</p> <p>2. Les autres peuvent ou ne peuvent pas penser que ses croyances sont irréalistes, ou incertitude concernant l'avis des autres sur ses croyances</p> <p>3. Relativement sûr que la plupart des gens pensent que ses croyances sont réalistes</p> <p>4. Totalement certain que la plupart des gens pensent que ses croyances sont réalistes</p>
<p>3) Explication de la différence entre les avis :</p> <p>Vous avez dit que (reprendre la réponse à l'item 1) mais que (reprendre la réponse à l'item 2). [PAUSE] De quelle manière expliquez-vous la différence entre ce que vous pensez et ce que pensent les autres de la véracité de vos croyances ? Qui a le plus de chance d'avoir raison ?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><i>(L'enquêteur ne doit pas poser cet item si les réponses aux items 1 & 2 sont identiques. Dans ce cas, donnez le même score qu'à ces 2 items)</i></p>	<p>0. Totalement sûr que ses croyances sont irréalistes ou absurdes (par exemple : « mon esprit me joue des tours »)</p> <p>1. Relativement sûrs que ses croyances sont irréalistes</p> <p>2. Incertitude sur le fait que les autres ne sont pas d'accord : croyances peuvent être irréalistes ou les autres peuvent être dans l'erreur</p> <p>3. Relativement sûr que ses croyances sont vraies, le point de vue des autres est moins exact</p> <p>4. Totalement sûr que ses croyances sont vraies, l'avis des autres est inexact</p>
<p>4) Fixité des idées :</p> <p>Si je contestais la véracité de vos croyances, comment réagiriez-vous ? [PAUSE] Pourrais-je vous convaincre que vous êtes dans l'erreur ?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><i>(Si nécessaire fournissez un exemple « non conflictuel ») (Cotez sur la base que le patient pourrait être convaincu et non pas sur la fait que le patient souhaiterait être convaincu)</i></p>	<p>0. Admet volontiers la possibilité que ses croyances puissent être fausses, envisage cette possibilité sans regret</p> <p>1. Admet la possibilité que ses croyances puissent être fausses avec un léger regret</p> <p>2. Conçoit de considérer ses croyances comme pouvant être fausses, mais une résistance est présente</p> <p>3. Clairement réticent à considérer la possibilité que ses croyances puissent être fausses, la réticence est significative</p> <p>4. Refuse totalement de considérer la possibilité que ses croyances puissent être fausses, les croyances sont fixées</p>

<p>5) Tentative pour rejeter les idées :</p> <p>Essayez-vous activement de remettre en question ou de rejeter vos croyances / idées ? A quel point faites-vous des efforts pour vous convaincre que vos idées sont inexactes ?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>(L'enquêteur doit évaluer les tentatives que le patient a fait pour se dissuader de ses croyances et non pas les tentatives pour chasser hors de son esprit ou pour penser à autre chose)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 0. Essayer en permanence de contredire ses croyances ou pas de nécessité de contredire ses croyances puisqu'elles sont fausses 1. Tentatives fréquentes pour contredire ses croyances 2. Quelques fois essaie de contredire ses croyances 3. Essaie rarement de contredire ses croyances 4. Aucune tentative pour contredire ses croyances
<p>6) Prise de conscience :</p> <p>D'après vous, quelle est la cause de vos croyances ? [PAUSE] Est-ce qu'elles ont une cause psychiatrique ou psychologique, ou sont-elles réellement vraies ?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>(L'enquêteur doit déterminer ce que le patient croit réellement et non pas ce qu'on a pu lui dire ou ce qu'il espère. Une cause psychologique doit être considérée comme l'équivalent d'une maladie psychiatrique) (La reconnaissance par le patient que ses pensées sont excessives, c'est-à-dire prenant trop de temps, ou génèrent des problèmes ne doit pas être considérée comme l'équivalent d'une étiologie psychiatrique ou psychologique. Évaluez plutôt si le patient a conscience que la cause de ses croyances est psychologique ou psychiatrique)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ses croyances ont assurément une cause psychiatrique ou psychologique 1. Ses croyances ont probablement une cause psychiatrique ou psychologique 2. Ses croyances ont éventuellement une cause psychiatrique ou psychologique 3. Ses croyances n'ont probablement pas une cause psychiatrique ou psychologique 4. Ses croyances n'ont absolument pas une cause psychiatrique ou psychologique
<p>SCORE TOTAL BABS (SOMME DES SCORES DE L'ITEM 1 à 6) = I _ I _ I</p>	
<p>Item supplémentaire (ne pas inclure dans le score total)</p> <p>7) Idées de référence :</p> <p>Avez-vous l'impression que les gens parlent de vous ou vous prêtent une attention particulière à cause de (remplacer par la croyance) ? OPTIONNEL : Est-ce que vous recevez des messages particuliers de votre environnement à cause de (remplacer par la croyance) ? (A quel point êtes-vous sûr de cela ?)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><i>(Cette question concerne seulement les croyances évaluées par ce questionnaire, et non pas d'autres croyances qui seraient importantes pour le patient. L'enquêteur ne doit pas baser son évaluation sur un comportement observable ou une compulsion, cotez la cotation subjective du patient)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 0. Les autres ne font absolument pas attention à moi 1. Les autres ne font probablement pas attention à moi 2. Les autres peuvent ou ne peuvent pas faire attention à moi 3. Les autres me prêtent une attention particulière 4. Les autres me prêtent absolument une attention particulière

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Binet A, Simon T. Folie avec conscience. *Année Psychol.* 1909;16(1):123-63.
2. Guelfi JD, Rouillon F, Mallet L. Manuel de psychiatrie. Elsevier Health Sciences; 2021. 1051 p.
3. Clair AH. Chapitre 2. Théories psychologiques du TOC. In: Comprendre et traiter les TOC [Internet]. Paris: Dunod; 2022 [cité 30 août 2023]. p. 20-9. (Psychothérapies; vol. 3e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/comprendre-et-traiter-les-toc--9782100824991-p-20.htm>
4. Cottraux J. Trouble obsessionnel compulsif. *EMC - Psychiatr.* 1 janv 2004;1(1):52-74.
5. Goodman WK, Grice DE, Lapidus KAB, Coffey BJ. Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1 sept 2014;37(3):257-67.
6. American Psychiatric Association H. Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, quatrième version révisée.
7. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC do, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* févr 2005;162(2):228-38.
8. Leckman JF, Bloch MH, King RA. Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. *Dialogues Clin Neurosci.* 2009;11(1):21-33.
9. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* janv 1995;152(1):90-6.
10. Bartz JA, Hollander E. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* mai 2006;30(3):338-52.
11. Denys D, Tenney N, van Megen HJGM, de Geus F, Westenberg HGM. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* juin 2004;80(2-3):155-62.
12. Elsevier Masson SAS [Internet]. [cité 30 août 2023]. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux | Livre | 9782294739293. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294739293.html>
13. Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, Miguel EC, Reddy YCJ, Shavitt RG, et al. Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primer.* 1 août 2019;5(1):52.
14. Bobes J, González MP, Bascarán MT, Arango C, Sáiz PA, Bousoño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* juin 2001;16(4):239-45.
15. Rapinesi C, Kotzalidis GD, Ferracuti S, Sani G, Girardi P, Del Casale A. Brain Stimulation in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): A Systematic Review. *Curr Neuropharmacol.* août 2019;17(8):787-807.
16. Torresan RC, Ramos-Cerqueira ATA, Shavitt RG, do Rosário MC, de Mathis MA, Miguel EC, et al. Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 30 sept 2013;209(2):186-95.
17. Fontenelle LF, Guimarães Barbosa I, Victor Luna J, Pessoa Rocha N, Silva Miranda A, Lucio Teixeira A. Neurotrophic factors in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 30 oct 2012;199(3):195-200.
18. Pampaloni I, Marriott S, Pessina E, Fisher C, Govender A, Mohamed H, et al. The global assessment of OCD. *Compr Psychiatry.* 1 oct 2022;118:152342.
19. Inserm [Internet]. [cité 29 août 2023]. Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-obsessionnels-compulsifs-toc/>

20. Summerfeldt LJ, Richter MA, Antony MM, Swinson RP. Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behav Res Ther.* avr 1999;37(4):297-311.
21. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychol Assess.* déc 2002;14(4):485-96.
22. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry.* mai 2006;11(5):495-504.
23. Jaafari N, Daniel ML, Lacoste J, Bacconnier M, Belin D, Rotge JY. Insight, obsession et vérification dans le trouble obsessionnel-compulsif. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* août 2011;169(7):453-6.
24. Kim HW, Kang JI, Hwang EH, Kim SJ. Association between glutamate transporter gene polymorphisms and obsessive-compulsive disorder/trait empathy in a Korean population. *Mei L, éditeur. PLOS ONE.* 5 janv 2018;13(1):e0190593.
25. Chipan-Dagher C. Dimensions cliniques du trouble obsessionnel compulsif et modulation des capacités empathiques. [Internet]. [cité 8 sept 2023]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/62838>
26. Sharma LP, Reddy YCJ. Obsessive-compulsive disorder comorbid with schizophrenia and bipolar disorder. *Indian J Psychiatry.* janv 2019;61(Suppl 1):S140-8.
27. Vischer, Robert - Über das optische Formgefühl. Ein Beitrag zur Ästhetik [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: <https://echo.mpiwg-berlin.mpg.de/ECHODOCUVIEW?url=/permanent/vlp/lit39646/index.meta>
28. Brunel ML. Les conceptions de l'empathie avant, pendant et après Rogers. 2004;9.
29. Romand D. Theodor Lipps (1851-1914), théoricien de l'empathie. In: Romand D, Bernard J, Arnaud (dir.) SP et J, éditeurs. *Biomorphisme Approches sensibles et conceptuelles des formes du vivant*[e-book] [Internet]. Editions Naima; 2021 [cité 30 août 2023]. p. 745-99. Disponible sur: <https://hal.science/hal-03219315>
30. Decety J, Lamm C. Human Empathy Through the Lens of Social Neuroscience. *Sci World J.* 2006;6:1146-63.
31. Leblanc PM, Heit D, Jaafari N, Thirioux B. Étude des bases neurales sous-tendant la relation entre le déficit d'auto-compassion et le trouble de l'empathie dans la schizophrénie. *Fr J Psychiatry.* déc 2019;1:S117.
32. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Front Psychol* [Internet]. 26 mai 2016 [cité 7 août 2023];7. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fpsyg.2016.00763/abstract>
33. Eisenberg N. Emotion, regulation, and moral development. *Annu Rev Psychol.* 2000;51:665-97.
34. Rum Y, Perry A. Empathic Accuracy in Clinical Populations. *Front Psychiatry.* 3 juin 2020;11:457.
35. Brothers L, Ring B. A neuroethological framework for the representation of minds. *J Cogn Neurosci.* 1992;4(2):107-18.
36. Narme P, Mouras H, Loas G, Krystkowiak P, Roussel M, Boucart M, et al. Vers une approche neuropsychologique de l'empathie: *Rev Neuropsychol.* 1 déc 2010;Volume 2(4):292-8.
37. Gil R. [Self-consciousness, consciousness of the other and dementias]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* juin 2007;5(2):87-99.

38. Samson D, Apperly IA, Kathirgamanathan U, Humphreys GW. Seeing it my way: a case of a selective deficit in inhibiting self-perspective. *Brain*. 1 mai 2005;128(5):1102-11.
39. Thirioux B, Mercier MR, Blanke O, Berthoz A. The cognitive and neural time course of empathy and sympathy: an electrical neuroimaging study on self-other interaction. *Neuroscience*. 16 mai 2014;267:286-306.
40. Berthoz A, Thirioux B. A Spatial and Perspective Change Theory of the Difference Between Sympathy and Empathy. *Paragrana*. 1 nov 2010;19(1):32-61.
41. Jorland G, Thirioux B. Note sur l'origine de l'empathie. *Rev Métaphys Morale*. 2008;58(2):269-80.
42. Decety J, Svetlova M. Putting together phylogenetic and ontogenetic perspectives on empathy. *Dev Cogn Neurosci*. janv 2012;2(1):1-24.
43. Decety J, Moriguchi Y. The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: implications for intervention across different clinical conditions. *Biopsychosoc Med*. 2007;1(1):22.
44. de Vignemont F, Singer T. The empathic brain: how, when and why? *Trends Cogn Sci*. oct 2006;10(10):435-41.
45. Lancelot A, Costantini-Tramoni ML, Tarquinio C, Martinet Y. Première étape de l'élaboration d'une échelle d'empathie perçue: *Cah Int Psychol Soc*. 1 juin 2009;Numéro 82(2):25-42.
46. Thirioux B, Jorland G, Bret M, Tramus MH, Berthoz A. Walking on a line: a motor paradigm using rotation and reflection symmetry to study mental body transformations. *Brain Cogn*. juill 2009;70(2):191-200.
47. Keromnes G, Motillon T, Coulon N, Berthoz A, Du Boisgueheneuc F, Wehrmann M, et al. Self-other recognition impairments in individuals with schizophrenia: a new experimental paradigm using a double mirror. *NPJ Schizophr*. 28 nov 2018;4(1):24.
48. Gilet AL, Mella N, Studer J, Grün D, Labouvie-Vief G. Assessing dispositional empathy in adults: A French validation of the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Can J Behav Sci*. 2013;45(1):42-8.
49. Haber PE. Lien entre empathie et profil phénotypique des patients atteints de trouble de l'usage de l'alcool.
50. Bonfils KA, Lysaker PH, Minor KS, Salyers MP. Empathy in schizophrenia: A meta-analysis of the Interpersonal Reactivity Index. *Psychiatry Res*. 1 mars 2017;249:293-303.
51. Yan Z, Zeng X, Su J, Zhang X. The dark side of empathy: Meta-analysis evidence of the relationship between empathy and depression. *PsyCh J*. 2021;10(5):794-804.
52. Borges MM, Bomfim AJ de L, Chagas MHN. Depression and empathy in health professionals who work in the long-term care institutions for older adults. *Dement Neuropsychol*. 2021;15(3):381-6.
53. Cusi A, MacQueen GM, McKinnon MC. Altered self-report of empathic responding in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Res*. 30 juill 2010;178(2):354-8.
54. Pittelkow MM, Aan Het Rot M, Seidel LJ, Feyel N, Roest AM. Social Anxiety and Empathy: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Anxiety Disord*. mars 2021;78:102357.
55. Kang JI, Namkoong K, Yoo SW, Jhung K, Kim SJ. Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. déc 2012;141(2-3):286-93.
56. Bora E. Social cognition and empathy in adults with obsessive compulsive disorder: A meta-analysis. *Psychiatry Res*. oct 2022;316:114752.
57. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry*. nov 1989;46(11):1012-6.

58. Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale: Reliability and Validity. *Am J Psychiatry*. janv 1998;155(1):102-8.
59. Lucas-Molina B, Pérez-Albéniz A, Ortuño-Sierra J. Dimensional structure and measurement invariance of the Interpersonal Reactivity Index (IRI) across gender. *Psicothema*. nov 2017;(29.4):590-5.
60. Fontenelle LF, Soares ID, Miele F, Borges MC, Prazeres AM, Rangé BP, et al. Empathy and symptoms dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res*. janv 2009;43(4):455-63.
61. Sun B, Luo Z, Zhang W, Li W, Li X. Age-related differences in affective and cognitive empathy: self-report and performance-based evidence. *Aging Neuropsychol Cogn*. 3 sept 2018;25(5):655-72.
62. Overbeek T, Schruers K, Vermetten E, Griez E. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptom severity, and treatment effect. *J Clin Psychiatry*. déc 2002;63(12):1106-12.
63. Thirioux B, Harika-Germaneau G, Langbour N, Jaafari N. The Relation Between Empathy and Insight in Psychiatric Disorders: Phenomenological, Etiological, and Neuro-Functional Mechanisms. *Front Psychiatry*. 6 févr 2020;10:966.
64. Dr Perrault Florence - Étude contrôlée, randomisée, évaluant l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie clinique des étudiants en 4ème année de médecine.

RESUME ET MOTS-CLES

Introduction : Le Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) est une pathologie chronique et invalidante. L'hétérogénéité de symptômes cliniques explique en partie la difficulté à le diagnostiquer, le classer et le traiter ; ce qui participe à sa sévérité. L'empathie quant à elle, permet de ressentir et comprendre l'expérience d'un individu et l'état psychique associé tout en distinguant soi et autrui. Ce processus multidimensionnel complexe aux composantes émotionnelles et cognitives, participe à l'apprentissage et aux interactions sociales. La littérature rapporte que son altération, présente dans de nombreuses pathologies, participe à la genèse et au maintien des symptômes du TOC. Notre objectif principal était d'étudier la modulation des capacités empathiques en fonction de la sévérité du TOC.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective, transversale et monocentrique menée à l'Unité de Recherche Clinique (URC) Pierre Deniker, au Centre Hospitalier Henri Laborit (CHHL) à Poitiers. 56 patients atteints de TOC ont été inclus à travers 3 protocoles d'étude menés entre Août 2014 et Février 2022. Les capacités empathiques ont été mesurées par l'IRI ; et la sévérité du TOC par la Y-BOCS, la durée de la maladie et le niveau de résistance au traitement. Dans un second temps, nous avons étudié les modulations empathiques selon les dimensions de la pathologie grâce à l'OCI-R.

Résultats : Il n'y avait pas de modulation significative des capacités empathiques selon le niveau de résistance au traitement. Les résultats étaient significatifs uniquement pour la sous dimension fantaisie qui corrélait négativement ($p = 0,011$) avec la durée de la maladie ; et positivement ($p = 0,036$) avec la Y-BOCS totale ; bien que ce ne soit pas retrouvé en régression linéaire ($p = 0,065$). Concernant les dimensions du TOC, la fantaisie corrélait négativement ($p = 0,007$) avec le TOC de lavage, alors que la préoccupation empathique corrélait positivement avec les TOCs d'accumulation ($p = 0,026$) et de neutralisation ($0,038$).

Discussion : Notre étude révèle que la capacité à s'imaginer à des personnages ou des situations de fiction est altérée par la durée de la maladie, et améliorée par la sévérité des symptômes. En hypothétisant que la sévérité est indépendante de la durée de la maladie ; que la FS se développe en réponse à l'anxiété ; notre étude est une piste intéressante pour élaborer des stratégies de traitements autour de ce facteur de maintien potentiel. De plus, nous amenons l'idée que la modulation des sous dimensions préoccupation empathique et fantaisie serait dépendante du type de symptôme du TOC. Une étude de plus grande envergure serait intéressante pour augmenter la puissance de notre travail.

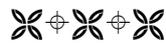
Mots-clés : TOC, Capacités empathiques, Sévérité, Dimensions du TOC, Y-BOCS, IRI, OCI-R.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, 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 gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur 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. 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 et mots-clés

Introduction : Le Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) est une pathologie chronique et invalidante. L'hétérogénéité de symptômes cliniques explique en partie la difficulté à le diagnostiquer, le classer et le traiter ; ce qui participe à sa sévérité. L'empathie quant à elle, permet de ressentir et comprendre l'expérience d'un individu et l'état psychique associé tout en distinguant soi et autrui. Ce processus multidimensionnel complexe aux composantes émotionnelles et cognitives, participe à l'apprentissage et aux interactions sociales. La littérature rapporte que son altération, présente dans de nombreuses pathologies, participe à la genèse et au maintien des symptômes du TOC. Notre objectif principal était d'étudier la modulation des capacités empathiques en fonction de la sévérité du TOC.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective, transversale et monocentrique menée à l'Unité de Recherche Clinique (URC) Pierre Deniker, au Centre Hospitalier Henri Laborit (CHHL) à Poitiers. 56 patients atteints de TOC ont été inclus à travers 3 protocoles d'étude menés entre Août 2014 et Février 2022. Les capacités empathiques ont été mesurées par l'IRI ; et la sévérité du TOC par la Y-BOCS, la durée de la maladie et le niveau de résistance au traitement. Dans un second temps, nous avons étudié les modulations empathiques selon les dimensions de la pathologie grâce à l'OCI-R.

Résultats : Il n'y avait pas de modulation significative des capacités empathiques selon le niveau de résistance au traitement. Les résultats étaient significatifs uniquement pour la sous dimension fantaisie qui corrélait négativement ($p = 0,011$) avec la durée de la maladie ; et positivement ($p = 0,036$) avec la Y-BOCS totale ; bien que ce ne soit pas retrouvé en régression linéaire ($p = 0,065$). Concernant les dimensions du TOC, la fantaisie corrélait négativement ($p = 0,007$) avec le TOC de lavage, alors que la préoccupation empathique corrélait positivement avec les TOCs d'accumulation ($p = 0,026$) et de neutralisation ($0,038$).

Discussion : Notre étude révèle que la capacité à s'imaginer à des personnages ou des situations de fiction est altérée par la durée de la maladie, et améliorée par la sévérité des symptômes. En hypothétisant que la sévérité est indépendante de la durée de la maladie ; que la FS se développe en réponse à l'anxiété ; notre étude est une piste intéressante pour élaborer des stratégies de traitements autour de ce facteur de maintien potentiel. De plus, nous amenons l'idée que la modulation des sous dimensions préoccupation empathique et fantaisie serait dépendante du type de symptôme du TOC. Une étude de plus grande envergure serait intéressante pour augmenter la puissance de notre travail.

Mots-clés : TOC, Capacités empathiques, Sévérité, Dimensions du TOC, Y-BOCS, IRI, OCI-R.