

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 31 octobre 2023 à Poitiers
par **Federica Bruna**

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques du TOC
en fonction du sexe

COMPOSITION DU JURY

Président : Pr Nematollah Jaafari

Membres :
Pr Jean Xavier
Dr Damien Doolub

Directrice de thèse : Dr Ghina Harika-Germaneau

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- 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 – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- 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
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 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 – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – Doyen, Directeur de la section médecine
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

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

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- 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
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FRUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (en dispo 1 an à/c du 31/07/2022)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- 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 – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 3 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

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

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

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- 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 (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

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
- CASTETS Monique, 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)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- 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)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- 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
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- 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

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

A Monsieur le Professeur JAAFARI

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger mon travail. Votre soutien et votre aide ont été indispensables pour réaliser ce travail. Je vous remercie pour la confiance et pour avoir participé activement à mon parcours d'interne en respectant sans jugement mes choix et mes idées.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur XAVIER

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie pour votre bienveillance et votre attention professionnelle et formative à mon égard. Vous avez certainement contribué à améliorer mon parcours et à ma croissance professionnelle grâce à votre précision et à vos connaissances de pédopsychiatrie.

Soyez assuré de tout mon respect.

A Madame le Docteur Harika-Germaneau

Je vous remercie profondément pour votre précieux aide à la réalisation de ce travail et d'avoir acceptée de le diriger. Merci pour les idées et le stimuli que vous m'avez donnés, pour la curiosité que vous m'avez transmis du premier jour de notre rencontre. Pour vos compétences, votre gentillesse, votre bienveillance et la façon de participer à mon internat de manière délicate et essentielle. J'ai été particulièrement impressionnée positivement de votre implication professionnelle et de votre humanité. Pour votre objectivité et votre honnête. Tout mon estime.

Veuillez recevoir, Madame le Docteur, le témoignage de ma respectueuse considération.

A monsieur le Docteur DOOLUB

Je vous remercie de faire partie de mon jury de thèse et de juger mon travail. J'ai sincèrement apprécié votre présence aujourd'hui et votre contribution à mon enrichissement professionnel.

Ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur LEVY-CHAVAGNAT

Je vous remercie de m'avoir accueilli et de m'avoir transmis votre savoir dans un moment délicat de mon parcours. Votre constant soutien a été particulièrement important pour mon avancement professionnel et humain.

Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

Un remerciement particulier à toutes les connaissances faites pendant ce parcours, aux médecins : Mr Le Pr Gicquel et Dr Mallet, Dr Cadet, Jamot et Mary, à Dr Heit, Dr Djellab, Leblanc et Renaudin, Dr Lafay, Dr Guillard-Bouet et Dr Marechal, à Dr Haber, Dr Janssen, Dr Wassouf et aux autres non mentionnés qui m'ont donné des différentes parties à apprendre.

Aux équipes, à tous ce qui m'ont accompagné. A tout ce qui m'ont fait apprécier ce travail.

A toute ma famille

A Francesco pour sa joie de vivre malgré les évènements de la vie

A ma mère, Carmela, pour sa force et son soutien

A Enrico pour sa sensibilité et à Carlo pour sa fermeté et son désir de vivre ses rêves, aux hommes que vous êtes devenus !

A Thomas et à ma belle-famille

Mon petit cœur tout coloré et l'accueil de ses proches et ses personnes de confiance. Merci beaucoup pour tout.

A mes Amis

Merci pour votre participation à mes parties de vie. A votre respect de mes moments de solitude, je ressens votre présence dans ma vie même à distance, à votre façon de m'apprécier, de me critiquer de manière constructive, à vos conseils et à votre être.

Et enfin à moi.

A la possibilité que je me suis donnée d'explorer, de connaître et d'apprendre.

Un psychiatre doit être capable d'aimer la vie et de comprendre les problèmes de l'être humain, percevant cela non comme un problème, mais comme un métier noble, libre de toute barrière en termes de connaissance et de curiosité.

Abréviations

CHHL : Centre Hospitalier Henri Laborit

DSM : Manuel Statistique et Diagnostic des troubles mentaux

EDM : Episode dépressif Majeur

TAG : Trouble Anxieux généralisé

OC : obsession compulsion

OCS : symptôme obsessive compulsive

OMS : Organisation Mondiale de Santé

TAG : Trouble Anxieux généralisé

TCC : thérapie cognitivo-comportamentale

TDAH : trouble de déficit attentionnel avec hyperactivité

TOC : trouble Obsessionnel Compulsif

PTSD : syndrome de stress post-traumatique

URC : Unité de Recherche Clinique

Table des matières

Remerciements.....	6
Abréviations	9
Table des matières	10
Introduction.....	12
Définition et épidémiologie du TOC.....	12
La qualité de vie et la dimension sociodémographique du TOC	13
Clinique et contenu du TOC.....	14
Diagnostic différentielle et comorbidité du TOC.....	16
Différences par rapport aux troubles anxieux	16
Autres comportements compulsifs.....	18
Association entre pensées et comportements suicidaires	18
Caractéristique socio-démographique et clinique du TOC en fonction du sexe	19
Objectifs d'étude	21
Matériel et méthode.....	22
Type d'étude	22
Population.....	22
Critères de sélection	22
Procédure.....	23
Analyse statistique.....	27
Résultats.....	29
Description de la population	29
Dimension du TOC selon le sexe	31
Sévérité et évolution de la maladie	32
Sévérité de la dépression	33
Evaluation de l'insight	34
Evaluation de la Qualité de vie	35
Comorbidité psychiatrique autre.....	36
Discussion.....	38
Dimension du TOC	38
Données Socio-démographiques	39
Sévérité des symptômes et qualité de vie.....	40
Insight	41
Comorbidité	42
Conclusion.....	45
Bibliographie.....	46
Serment d'Hippocrate.....	50
Résumé	51

Introduction

Définition et épidémiologie du TOC

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC), tel que décrit dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition révisée (DSM-5 TR), se caractérise par la présence d'obsessions, de compulsions ou la coexistence des deux. Les obsessions sont des pensées, des images ou des pulsions perçues ou vécues comme intrusives, étranges ou incongrues par rapport aux croyances personnelles, et elles génèrent un inconfort. Les compulsions sont des actions répétitives ou des images mentales que le patient ressent l'obligation de mettre en œuvre selon des règles rigides et précises afin de réduire l'inconfort ressenti. Cependant, ces comportements ou actions mentales ne sont pas véritablement liés à ce qui est censé être neutralisé ou évité.

La présence de ces critères a un impact significatif sur la vie d'un individu en ce qui concerne son fonctionnement psychosocial, professionnel et d'autres sphères importantes de sa vie. La symptomatologie n'est pas attribuable à des effets de substances extérieures. Le trouble obsessionnel compulsif ne peut pas être expliqué par un autre trouble mental tel que le trouble anxieux généralisé, l'épisode dépressif, le syndrome de stress post-traumatique, les troubles du spectre de l'autisme ou de la schizophrénie. La durée dans le temps est estimée à plus d'une heure par jour, qu'elle soit consécutive ou non.

La prévalence à vie du TOC chez les enfants et les adolescents varie entre 1 % et 2 % (Rapoport et al., 2000; Zohar, 1999), avec un âge moyen d'apparition des symptômes compris entre 7,5 et 12,5 ans, le ratio étant de 3 garçons pour 2 filles (Geller, 2006). Une étude de Geller et al., 2006 a mis en évidence des profils symptomatologiques différents entre le début du TOC à l'âge adulte et chez les jeunes adultes. Un début de symptomatologie plus précoce augmente le risque de développer un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), un trouble phobique, l'agoraphobie et le trouble anxieux généralisé. Inversement, les troubles de l'humeur et les troubles de type psychotique sont associés à un début plus tardif à l'adolescence ou chez de jeunes adultes.

Chez les adultes, la prévalence du TOC varie entre 1,6 % et 2,5 % (Stein et al., 2019). Le trouble obsessionnel compulsif est hétérogène et multifactoriel. Il se classe parmi les dix

premières causes de handicap liées à la pathologie mentale (Eaton et al., 2008). La prévalence dans la population varie entre 0,5 % et 2 % (Fontenelle et al., 2006) et il a des bases neurobiologiques. Les femmes montrent un taux légèrement plus élevé à l'âge adulte par rapport aux hommes, tandis que ces derniers développent plus fréquemment ce trouble à l'enfance. Des études épidémiologiques montrent une égalité numérique entre les deux sexes à l'âge adulte.

La qualité de vie et la dimension sociodémographique du TOC

La qualité de vie n'est pas un concept propre au domaine scientifique, en particulier en psychiatrie. Il a été peu étudié jusqu'à présent et englobe plusieurs notions, en fonction du contexte dans lequel il est utilisé. Pour éliminer toute ambiguïté, l'OMS propose deux définitions que l'Académie de médecine reconnaît. La première se réfère à la psychiatrie, en mettant l'accent sur l'évaluation du "bien-être," de "l'insertion sociale," et de "l'autonomie" d'une personne, dans un cadre qui ne se limite pas à la classification des maladies, mais qui vise à améliorer l'ensemble des soins. La seconde définition ne couvre pas toutes les dimensions de la qualité de vie, mais se concentre uniquement sur celles qui peuvent être influencées par la maladie ou son traitement, c'est-à-dire la qualité de vie liée à la santé (Health Related Quality of Life).

Pour mieux comprendre ce concept vaste, j'ai utilisé certains indicateurs développés et adaptés en Suisse en 2014. Le concept de qualité de vie est utilisé pour définir au mieux le bien-être dans divers domaines. Le bien-être dépend des conditions de vie matérielles, telles que le travail, le logement et le revenu, mais aussi de la perception subjective de la qualité de la vie, qui englobe la santé, l'éducation, l'environnement, la sécurité personnelle, l'engagement civique et l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Le TOC est une pathologie invalidante et chronique, caractérisée par un cours épisodique ou continu (Macy et al., 2013). Elle est associée à une diminution de la qualité de vie et à des perturbations des relations interpersonnelles (familiales, sociales, professionnelles). La cause peut être liée à la quantité de temps consacrée aux pensées obsessionnelles et aux rituels, ainsi qu'aux stratégies d'évitement qui les déclenchent.

La grave altération du fonctionnement peut être interdépendante de trois facteurs de risque, ce qui peut prédisposer à l'apparition de la pathologie :

- Le tempérament, notamment chez les sujets les plus inhibés sur le plan comportemental dans l'enfance et présentant une émotivité prédominante négative.
- L'environnement, y compris les événements périnataux, le tabagisme maternel pendant la grossesse, les événements induisant un grand stress, les abus physiques ou psychiques.
- Les facteurs génétiques et physiologiques, avec un taux de TOC environ deux fois plus élevé lorsque les parents au premier degré présentent également la pathologie.

Pour définir les caractéristiques socio-démographiques, nous avons pris en compte la population atteinte de TOC et l'avons classée en fonction de l'âge, de l'âge d'apparition des premiers symptômes, de l'âge au moment du diagnostic, du statut familial et professionnel, du niveau d'éducation, de la présence ou de l'absence d'activité professionnelle, et du type d'activité. En raison de l'hétérogénéité des caractéristiques, il est difficile d'établir des catégories strictes pour mener des études, probablement en partie due au manque de littérature sur le sujet.

Clinique et contenu du TOC

Le contenu des obsessions et des compulsions est varié, mais il existe des thèmes ou des dimensions communs, tels que le nettoyage, la symétrie, la contamination, les pensées interdites/immorales (par exemple, les obsessions sexuelles et religieuses) et les craintes de causer des dommages.

Dans le DSM-IV, les TOC ont été classés parmi les troubles anxieux, aux côtés du trouble panique, du TAG et du PTSD. Cependant, ce classement nosologique n'était pas entièrement satisfaisant en raison de la particularité des phénomènes liés aux TOC (Stein et al., 2010; Storch et al., 2008). Néanmoins, un nombre croissant de preuves montrant que le trouble obsessionnel compulsif partage de nombreuses similitudes avec d'autres troubles anxieux, malgré ses caractéristiques spécifiques (Stein et al., 2010; Storch et al., 2008), a conduit à la

conclusion qu'il serait inapproprié de le retirer du groupe des troubles anxieux dans le DSM-IV.

Dans le DSM IV TR, le TOC fait partie du chapitre consacré au trouble anxieux généralisé. Cette réorganisation en termes de nosographie prend forme dans le DSM-5, où le TOC est regroupé dans un chapitre distinct qui suit le trouble anxieux généralisé. Ce chapitre comprend les catégories diagnostiques suivantes : trouble obsessionnel-compulsif, trouble du dysmorphisme corporel, trouble de l'accumulation, trichotillomanie, trouble d'excoriation de la peau, trouble obsessionnel-compulsif et troubles apparentés induits par des substances/drogues, trouble obsessionnel-compulsif et troubles apparentés induits par une autre affection médicale, trouble obsessionnel-compulsif et troubles apparentés avec une autre spécification, trouble obsessionnel-compulsif et troubles apparentés sans spécification. La trichotillomanie, qui était auparavant classée dans le DSM-IV-TR sous la catégorie "Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs", a été déplacée dans ce chapitre. Le trouble du dysmorphisme corporel figurait dans l'édition précédente du manuel sous la rubrique "Troubles somatoformes".

Les autres troubles obsessionnels compulsifs et apparentés comprennent :

- Le dysmorphophobie corporelle
- La trichotillomanie
- L'excoriation de la peau
- Le trouble d'accumulation

Parmi les caractéristiques associées, on peut noter des phénomènes sensoriels définis par des sensations physiques spécifiques (comme les sensations de perfectionnement "just right") et des sensations d'incomplétude qui précèdent les compulsions. Jusqu'à 60% des personnes atteintes de TOC rapportent ces phénomènes (Sica et al., 2016).

Le TOC est une pathologie répandue et universelle, présentant des similitudes au niveau des cultures, de l'âge de début, des comorbidités et des dimensions symptomatologiques liées au contenu, telles que le nettoyage/symétrie, l'accumulation, les pensées immorales/interdites et la crainte de causer des dommages. Cependant, il existe des variations dans la manifestation des symptômes, avec des influences culturelles pouvant remodeler le contenu des obsessions et des compulsions. Par exemple, les obsessions à

contenu sexuel sont moins fréquentes dans certains groupes culturels et religieux, tandis que les obsessions liées à la violence et à l'agression peuvent être plus répandues en milieu urbain.

Diagnostic différentiel et comorbidité du TOC

Différences par rapport aux troubles anxieux

Il existe une interconnexion entre les deux troubles, des chevauchements, ainsi que des différences entre le TOC et le TAG. L'inquiétude dans le trouble anxieux généralisé est plus liée aux aspects de la vie réelle et à la surestimation du risque, tandis que le contenu des obsessions dans le TOC est ego-dystonique, étrange, voire de nature magique, et plus inhabituel par nature (Barlow et al., 2005). Abramowitz et Foa (Abramowitz and Foa, 1998) ont constaté que le trouble obsessionnel compulsif avec comorbidité de TAG était associé à des taux plus élevés d'indécision et de responsabilité pathologique chez les adultes (Abramowitz et Foa, 1998). Dans la phobie spécifique, l'objet de la phobie est circonscrit, et les stratégies d'évitement visent à réduire la menace, sans qu'il y ait de rituels associés.

La comorbidité spécifique entre les TOC et le TAG chez les adultes est élevée, en particulier chez les personnes atteintes de TOC. Andrews et al., (Andrews, 1991) ont constaté que plus de 30 % des adultes souffrant de TOC avaient des antécédents de TAG au cours de leur vie.

Dans le cadre d'un épisode dépressif majeur, les pensées sont congruentes avec l'humeur et ne sont pas nécessairement vécues comme intrusives ou angoissantes. De plus, les rituels ne sont pas associés aux ruminations, comme c'est le cas dans la manifestation classique des TOCs.

Le syndrome de stress post-traumatique et le trouble obsessionnel compulsif partagent plusieurs éléments communs dans leur symptomatologie. Les deux se caractérisent par des pensées intrusives répétées, un comportement d'évitement grave qui interfère avec le fonctionnement quotidien, et des compulsions visant à réduire l'anxiété (De Silva and Marks, 1999). D'un point de vue étiologique, le syndrome de stress post-traumatique et le trouble

obsessionnel-compulsif sont tous les deux associés à un conditionnement classique à un stimulus anxiogène, et ce lien entre le stimulus et l'anxiété est renforcé par des comportements visant à réduire l'anxiété (De Silva and Marks, 1999; Pallanti et al., 2011). De nombreuses études ont exploré le lien entre les traumatismes et les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif. Récemment, Nacasch et al. (Nacasch et al., 2011) ont décrit une série de cas de cinq vétérans israéliens chez qui un diagnostic de PTSD et de TOC avait été posé à la suite d'un traumatisme lié au combat. Dans cette série de cas, le contenu des obsessions différait considérablement des symptômes intrusifs du PTSD. Les pensées, les flashbacks ou la détresse psychologique en réponse aux souvenirs du traumatisme dans le PTSD étaient distincts des pensées obsessionnelles générales du côté TOC du diagnostic, qui comprenaient la peur de la contamination, le dégoût de la saleté et le doute. En outre, dans cette série de cas, les comportements compulsifs étaient typiques du TOC (par exemple, le lavage excessif et les vérifications), sans lien direct avec le traumatisme. Par conséquent, les auteurs suggèrent que l'évolution des symptômes préconise un rôle potentiel de l'environnement dans le développement des TOC à la suite d'une exposition à un événement traumatique, ce qui sous-entend un lien biologique entre l'exposition à un traumatisme et les TOC.

TIC et mouvements stéréotypés

Le tic est un mouvement involontaire (ou un son vocal) récurrent et répétitif, non utile et non fonctionnel. Normalement, les tics sont moins complexes que les compulsions et ne visent pas à la réduction ou à la neutralisation d'une obsession. Dans le cas des tics, il y a la présence de pulsions sensorielles prémonitoires. Dans certains cas, les individus peuvent présenter les deux types de symptômes, ce qui rend difficile la catégorisation claire dans l'un ou l'autre trouble, mais les deux diagnostics peuvent être justifiés (Shitova et al., 2023).

Trouble psychotique

La subtilité clinique et diagnostique entre les idées délirantes typiques de la schizophrénie et du trouble schizo-affectif rend difficile la distinction en pratique. Tout d'abord, les individus atteints de TOC ne présentent pas de désorganisation du discours ni d'hallucinations. En outre, pour les sujets dont la symptomatologie est un TOC avec un insight absent et des convictions délirantes, ils ne devraient pas être classifiés comme souffrant d'un trouble psychotique (Doubremelle et al., 2000) .

Autres comportements compulsifs

Certains types de comportement, décrits comme compulsifs, tels que les paraphilies, le jeu pathologique et les troubles liés à l'usage de l'alcool, se distinguent des TOCs par le plaisir que les individus en tirent et leur capacité à résister à ces comportements en raison des conséquences néfastes.

Les TOCs se distinguent des troubles des comportements alimentaires car, dans les TOCs, les obsessions/compulsions ne sont pas circonscrites et ne concernent pas le poids ou la nourriture.

Les manifestations cliniques des troubles de la personnalité de type obsessionnel compulsif présentent des différences substantielles par rapport au trouble obsessionnel compulsif, notamment en ce qui concerne la durée, le degré de contrôle, la tendance à la maîtrise et la rigidité. Il est clair que les deux diagnostics peuvent coexister.

Association entre pensées et comportements suicidaires

Dans une revue systématique de la littérature portant sur les idéations suicidaires et les tentatives de suicide dans des échantillons cliniques de personnes atteintes de TOC provenant de différents pays, on signale un taux moyen de tentatives de suicide au cours de la vie de 14,2 %, un taux moyen d'idéation suicidaire au cours de la vie de 44,1 %, et un taux moyen d'idéation suicidaire actuelle de 25,9 % (Pellegrini et al., 2020). Les prédictors d'un risque suicidaire accru dans le TOC sont liés à certaines dimensions cliniques, comme la présence de pensées inacceptables (sexuelles et religieuses), la gravité de la symptomatologie dépressive ou du trouble anxieux comorbide, ainsi que des antécédents de passage à l'acte suicidaire.

Caractéristique sociodémographique et clinique du TOC en fonction du sexe

Le TOC semble affecter de manière égale les hommes et les femmes. Cependant, en ce qui concerne les éventuelles différences entre les sexes, certaines études ont mis en avant des distinctions cliniques et sociodémographiques dans les TOC en fonction du sexe. En moyenne, les hommes présenteraient un début plus précoce (âge moyen de 19 ans) que les femmes (âge moyen de 22 ans) (Bogetto et al., 1999; Jaisoorya et al., 2009; Torresan et al., 2009). Néanmoins, une étude récente (Torresan et al., 2013) portant sur 858 patients atteints de TOC (354 hommes et 504 femmes) n'a pas pu mettre en évidence de différence significative concernant l'âge de début de la maladie. En revanche, contrairement aux femmes, l'âge moyen de début de la période de vie où les symptômes sont les plus sévères et l'âge de la première prise en charge sont significativement plus bas chez les hommes.

L'influence de la parentalité a également été rapportée en ce qui concerne les différences entre hommes et femmes. En effet, la période péripartum et post-partum sont à risque d'apparition ou d'exacerbation du TOC chez les femmes, ce qui peut interférer avec la relation mère-bébé (la crainte de faire du mal au bébé suite à des pulsions d'agression pouvant entraîner un évitement). Cependant, cette période est également à risque chez les hommes. Il est intéressant de mentionner l'observation d'Abramowitz et al., (Abramowitz et al., 2001) concernant 4 cas cliniques d'hommes dont le début du TOC coïncidait avec la grossesse ou l'accouchement de leur femme. Le début rapide et le contenu propre au TOC sont similaires à ceux des études mentionnées ci-dessus, ce qui semble confirmer une base psychologique commune aux deux sexes, notamment un sens accru de responsabilité, plutôt que de mettre en avant une explication hormonale, qui pourrait être valable principalement pour les femmes. D'autre part, certaines femmes rapportent une exacerbation de la symptomatologie en période prémenstruelle, laissant ainsi émettre l'hypothèse d'une influence hormonale à prendre en considération.

Par ailleurs, des différences symptomatologiques existent entre les hommes et les femmes. Ainsi, Lensi et al. (1996) (Lensi et al., 1996) ont montré que les femmes rapportent davantage d'obsessions agressives (26,2 % vs. 15,3 %) et de rituels de lavage (59,6 % vs. 43,7 %) que les hommes, tandis que ces derniers rapportent davantage d'obsessions sexuelles (27 % vs. 12,7 %) et d'obsessions concernant la symétrie et l'exactitude (28,6 % vs. 8 %). Certaines études indiquent que la dimension sexuelle/religieuse est plus fréquemment retrouvée chez les hommes, tandis que chez les femmes, c'est la dimension contamination/nettoyage qui

prédomine (Jaisoorya et al., 2009; Li et al., 2009; Torresan et al., 2009). La symptomatologie du TOC semble être plus grave chez les femmes (Fontenelle et al., 2010; Torresan et al., 2013), et cette population présente une comorbidité dépressive et anxieuse plus sévère (Torresan et al., 2013). De plus, différentes comorbidités ont été signalées. Par exemple, les hommes présentent plus fréquemment des tics (APA, 2013), tandis que les femmes présentent plus fréquemment des troubles de l'alimentation (Bogetto et al., 1999).

Une étude italienne (Lensi et al., 1996) visant à identifier les différences entre les sexes a révélé les distinctions suivantes : les hommes présentent un début précoce de la maladie et ont plus fréquemment des antécédents de vécu traumatique périnatal, ils sont plus susceptibles d'être célibataires, et ils présentent une fréquence plus élevée d'obsessions sexuelles, de précision et de symétrie, ainsi que d'autres rituels inhabituels. En revanche, les femmes ont un début plus tardif de la maladie, elles ont plus de probabilité d'être mariées, elles présentent un taux plus élevé de comorbidité avec le trouble panique survenant après le TOC, une fréquence plus élevée d'obsessions agressives au début du TOC, et une moindre association avec le trouble bipolaire.

En ce qui concerne la qualité de vie, une méta-analyse menée par Coluccia et al., (Coluccia et al., 2016) met en évidence une relation significativement négative entre le sexe et les résultats globaux en termes de qualité de vie. Les résultats indiquent que la qualité de vie est inférieure dans les échantillons comportant un pourcentage plus élevé de femmes.

Dans l'ensemble, cependant, relativement peu de différences basées sur le sexe ont été rapportées, car ces différences ne font pas l'objet d'une étude spécifique dans la majeure partie de la littérature sur le TOC. Par conséquent, il est justifié d'accorder une attention accrue à la possibilité de telles différences, ce qui peut contribuer à améliorer le diagnostic et le traitement des patients atteints de TOC. Ainsi, l'objectif de ce travail est d'examiner les différences entre les hommes et les femmes dans une population de patients atteints de TOC en France, en se penchant sur les dimensions cliniques du TOC, la gravité de la maladie, les caractéristiques sociodémographiques, la présence de comorbidités et la qualité de vie.

Objectifs d'étude

L'objectif principal d'étude est de mettre en évidence les différences de sexe dans les dimensions de TOC.

Les objectifs secondaires mettent en avant l'exploration de différence de sévérité, sociodémographiques, la qualité de vie et comorbidité sur la base de la répartition catégorielle femmes/hommes.

Matériel et méthode

Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, longitudinale qui a eu lieu à l'URC Pierre Deniker du CHHL à Poitiers

Population

L'échantillon de 198 patients faisant l'objet d'étude a été recueilli à l'URC du centre hospitalier Henri Laborit, ayant un diagnostic de trouble obsessionnel compulsif.

Critères de sélection

Les patients ayant été inclus sont des patients qui ont été pris en charge pour leur TOC à l'URC. Ils ont participé à au moins l'un des 4 protocoles de recherche suivants :

- PPG TOC : étude du caractère prédictif du polymorphisme fonctionnel 5-HTTLPR dans la réponse au traitement par l'Escitalopram des patients souffrant de TOC.
- ThetaBurst : étude interventionnelle contrôlée randomisée évaluant l'efficacité de la rTMS par théta burst continue sous neuro-navigation de l'aire motrice supplémentaire dans le traitement du trouble obsessionnel compulsif pharmaco-résistant.
- TDCS pilote : étude interventionnelle réalisée en ouvert évaluant l'efficacité de la stimulation transcrânienne directe à courant continu dans le TOC résistant.
- TDCS étude : étude interventionnelle contrôlée randomisée évaluant l'efficacité de la stimulation transcrânienne directe à courant continu dans le TOC résistant.

Critères de sélection des patients pour les 4 protocoles :

Critères d'inclusion

Les patients ayant participé aux protocoles étaient âgés d'au moins 18 ans, ils présentaient un diagnostic de TOC et ils étaient sous traitement médicamenteux par antidépresseur pour ce trouble. Seule la résistance au traitement variait dans les critères d'inclusions des différentes études, le protocole PPG TOC incluait des patients non résistants ou en 1^{ère} ligne thérapeutique.

Critères d'exclusion

Les patients mineurs ou présentant certaines comorbidités psychiatriques, telles que le trouble psychotique, le trouble bipolaire, ou les addictions (à l'exception du tabac) n'ont pas été inclus dans l'étude. D'autres éléments comme la grossesse ou la présence d'une mesure de protection étaient également des critères de non-inclusions.

Critères de sélection pour notre étude

Les patients inclus ont participé à au moins l'un des protocoles de recherches précédents. Nous avons sélectionné les patients ayant réalisés la visite d'inclusion (J0). Ils devaient également avoir complété les questionnaires Y-BOCS lors de la visite d'inclusion.

Procédure

Dans ces 4 protocoles la procédure était similaire, un entretien médical semi-structuré a été systématiquement réalisé lors de la visite d'inclusion afin de recueillir les données sociodémographiques et cliniques ainsi que l'histoire de la maladie :

- Données sociodémographiques: âge à l'inclusion, sexe, niveau d'étude, statut professionnel, statut familial, nombre d'enfants, lieu d'habitation.

- Données cliniques et anamnestiques : histoire de la maladie (date de début des troubles), âge de la première prise en charge, date de diagnostic, comorbidité psychiatrique. Pour rendre possible l'analyse des données on a regroupés les pathologies comorbide en question en trois sous types selon la fréquence et la présence ou l'absence des comorbidités : comorbidités anxiété, comorbidité dépressive et le troisième groupe « autres » psychiatriques en englobant les restants décrites.

Lors de l'inclusion, tous les patients ont également répondu plusieurs questionnaires :

Hétéro-questionnaires remplis par le psychiatre :

Échelle des obsessions et compulsions de Yale-Brown : Yale-Brown Obsessive and Compulsive Scale (Y-BOCS) pour évaluer les symptômes du TOC et leur sévérité. Cette échelle d'évaluation concernant la sévérité du TOC a été développée en 1989 par Goodman et al. (Goodman, 1989) puis traduite et validée en français (Mollard et al., 1989). C'est l'échelle la plus fréquemment utilisée car elle permet une mesure spécifique de la sévérité des symptômes, sans être influencée par le type d'obsessions ou de compulsions présentes.

Elle est constituée de 2 parties :

- Une échelle qui comprend 10 items qui mesurent 5 dimensions pour les obsessions et les compulsions (durée, gêne, angoisse, résistance, degré de contrôle). Chaque item est coté de 0 (pas de symptôme) à 4 (symptôme extrême). Ainsi le score total se mesure sur 40 points.

≤ 7 : TOC infra cliniques

8→15: TOC légers

16 → 23 : TOC modérés

24 → 31 : TOC sévères

≥ 32 : TOC extrêmes

Un score de 16 ou plus a été retenu pour sélectionner les sujets dans le cadre des études contrôlées. On parle de guérison si le score total à la Y-BOCS est < 8 ; et de rémission si le score total est < 16 .

Échelle de dépression de Montgomery et Asberg : Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) : pour l'évaluation des symptômes dépressifs. Elle est une échelle d'hétéroévaluation. Elle permet une mesure dimensionnelle de la symptomatologie dépressive. L'évaluation de l'anxiété et de la dépression doit être associée à la cotation des TOC, ceci en raison de la coexistence des symptômes anxiodépressifs et obsessionnels. De plus, cette échelle est courte et d'un emploi relativement facile, les indices fournis sont sensibles au changement et permettent d'apprécier l'impact sur l'humeur et l'anxiété à différents temps du protocole.

Échelle d'insight , la Brown Assesment of Beliefs Scale (BABS) : est une échelle d'hétéroévaluation de croyance ou d'insight développée par Eisen et al. (Eisen et al., 1998). L'évaluateur doit repérer la croyance principale du sujet sur la semaine passée et évaluer la solidité de la croyance. L'insight est évalué par 7 items avec un score allant de 0 à 24. Un score supérieur à 12 est considéré comme faible insight et dans le cas inverse il est considéré comme bon insight. L'évaluation du niveau de prise de conscience du trouble (insight) ou du niveau de résistance aux idées obsédantes permet de distinguer idées obsédantes, idées

surévaluées et croyances délirantes (Catapano et al., 2001; Eisen et al., 1998). Elle permettra d'évaluer le niveau de conscience de la maladie à différents moments de ce protocole.

Echelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) : permet d'apprécier, au moment même de la passation, le niveau de fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique qui va de 1, valeur représentant l'individu le plus malade, à 90, valeur représentant un individu quasiment indemne de symptômes (ou présentant des symptômes très minimes) et fonctionnant d'une façon satisfaisante dans son milieu social ou sa famille. L'échelle est divisée en 9 intervalles égaux allant de 1 à 10, 11 à 20, 21 à 30, etc. Cette hétéro-évaluation sera doublée par un'autoévaluation à l'aide de la SDS de Sheehan.

CGI Sévérité : Impression clinique globale (CGI) est une échelle d'hétéro-évaluation largement utilisée dans les études cliniques. Elle permet de donner un score global de gravité initiale à l'inclusion puis sur l'amélioration globale obtenue du patient tout au long du protocole. Sa passation est simple et rapide.

Auto-questionnaires complétés par le patient :

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) pour l'évaluation de l'anxiété et de la dépression. L'HAD est un auto-questionnaire qui sera utilisé pour évaluer des symptômes anxieux et dépressifs (Zigmond and Snaith, 1983). Cette auto-évaluation apportera des informations sur l'anxiété et la dépression.

La SF-36 est une échelle dérivée de l'étude Medical Outcome Study (Ware and Sherbourne, 1992). C'est un auto-questionnaire très fiable, traduit dans plusieurs langues dont le français qui permet d'évaluer 8 dimensions de qualités de vie réparties en 2 catégories : physique et psychique. Il existe également une dimension secondaire qui correspond à l'évaluation de la santé perçue qui n'est que peu utilisée. Cet outil est multidimensionnel générique, il évalue l'état de santé indépendamment de la pathologie causale, du sexe, de l'âge et du traitement. Sa réalisation est facile et il ne requiert qu'un temps de passation court (environ 10 minutes) comprenant 36 questions allant jusqu'à 6 nuances dans les réponses possibles. Son utilisation est validée dans le TOC (Coluccia et al., 2016). Les interprétations des résultats de la SF-36 ont été réalisées à l'aide de l'algorithme issu du guide d'interprétation de Leplège (Leplège et al., 1998). Les scores ont été calculés pour les 8 dimensions de la qualité de vie.

Activité physique (Physical Functioning : PF) : Elle mesure les limitations des activités physiques telles que marcher, monter des escaliers, se pencher en avant, soulever des objets et les efforts physiques importants et modérés.

Limitations liées à l'activité physique (Role Physical : RP) : Mesure la gêne, due à l'état physique dans les activités quotidiennes et le travail : mesure les limitations de certaines activités ou la difficulté pour les réaliser.

Douleur physique (Bodily Pain : BP) : Mesure l'intensité des douleurs et la gêne occasionnée.

Perception générale de la santé (General Health : GH) : Auto-évaluation de la santé en général, résistance à la maladie.

Vitalité (Vitality : VT) : Auto-évaluation de la vitalité, de l'énergie, de la fatigue.

Fonctionnement social (Social Functioning : SF) : Mesure les limitations des activités sociales dues aux problèmes de santé physique et psychique.

Santé psychique (Mental Health : MH) : Auto-évaluation de la santé psychique : anxiété, dépression, bien-être.

Limitations liées à l'état psychique (Role Emotional : RE) : Mesure de la gêne, due aux problèmes psychiques, dans les activités quotidiennes .

Évaluation de la santé perçue comparativement à l'année précédente (Health Transition : HT) .

A chaque dimension correspond un score sur une échelle de 0 à 100, un score élevé correspondant à une meilleure appréciation de la qualité de vie perçue par le patient.

Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel JAMOV (The Jamovi Project 2020 logiciel d'analyse statistique gratuit et open-source). Les variables continues ont été exprimées en moyenne (m) $\pm$ écart-type (SD), et les variables catégorielles en effectif (n) et pourcentage (%). Les analyses ont été réalisées avec un risque d'erreur de 5% (risque $\alpha=5\%$). Ainsi une différence a été considérée comme statistiquement significative lorsque la valeur de significativité était inférieure à 0,05 ($p<0,05$).

Nous avons dans un premier temps analysé de manière descriptive les caractéristiques cliniques et sociodémographiques. Dans ce but, nous avons réalisé un simple calcul des moyennes et des écarts-types ainsi que des effectifs et des pourcentages.

Concernant l'objectif principal de l'étude, nous avons tout d'abord calculé les dimensions du TOC, nous avons déterminé les scores totaux à l'échelle Y-BOCS des obsessions (Y-BOCS obs) et des compulsions (Y-BOCS comp). L'extraction des dimensions principales du TOC a été faite à partir de la « check-list » de la Y-BOCS en utilisant un algorithme statistique développé et validé par Shavitt et al., en 2017. Il y a cinq dimensions cliniques qui se dégagent (la dimension « diverses » n'ayant pas été prise en compte) :

1-la dimension agressive

2-la dimension sexuelle/religieuse

3-la dimension symétrie/ordre

4-la dimension nettoyage/contamination

5 -la dimension « Hoarding ou accumulation »

Une dimension est considérée comme présente lorsque le score est égal ou supérieur à 2.

Un t test a été par la suite effectué afin de comparer les dimensions du TOC en fonction du sexe.

Concernant les objectifs secondaires, nous avons tout d'abord réalisé un t test pour les variables quantitatives cliniques (âge de début de la maladie, Y-BOCS, MADRS, CGI, BABS, HAD, SF-36) et socio-démographiques (âge). Pour les variables catégorielles (sexe, niveau d'étude, activité professionnelle et situation familiale) nous avons utilisé des test U de Mann-

Whitney. Nous avons simplifié les variables niveau d'étude, activité professionnelle et situation familiale en « pré et post-baccalauréat », « avec et sans activité » et « célibataire ou en couple ». Concernant la qualité de vie, nous avons d'abord utilisé un algorithme spécifique pour calculer le score de chaque dimension de la qualité de vie à l'aide de l'ouvrage officiel d'utilisation de la SF-36 pour la population française (Leplège, 2001).

Résultats

Description de la population

Notre groupe de patients est composé de 101 femme et 97 homme. La table 1 représente les paramètres sociodémographiques en fonction du sexe.

Nous observons que les deux groupes présentent un âge similaire, mais également une durée d'évolution de la maladie similaire (âge de diagnostic, âge de début de la maladie).

Concernant les paramètres sociodémographiques la seule différence statistiquement significatif est observée dans la statut de couple. En effet, dans notre groupe, les femmes sont plus souvent en couple que les hommes.

Table 1 : Description de la population F/H

	Femmes (101)	Hommes (97)	p
<i>Age (Moy/SD)</i>	42.75 ±12.612	40.55 ± 12.736	0.222
<i>Age premiers symptômes</i>	19.44 ±9.160	18.49 ± 11.683	0.534
<i>Age de diagnostique</i>	29.07 ± 10.539	28.22 ± 12.046	0.610
Statut familial N(%)			<0.001
<i>En couple</i>	58 (29.0 %)	31(15.5 %)	
<i>Célibataire</i>	44 (22.0 %)	67 (33.5 %)	
Niveau d'études N(%)			0.934
<i>-BAC</i>	65 (32.5 %)	63 (31.5 %)	
<i>-BAC +</i>	37 (18.5 %)	35 (17.5 %)	
Activité professionnelle N(%)			0.176
<i>-employé</i>	37 (18.6 %)	36 (18.1 %)	
<i>-ouvrier</i>	9 (4.5 %)	14 (7.0 %)	
<i>-cadre</i>	14 (7.0 %)	16 (8.0 %)	
<i>-intermédiaire</i>	6 (3.0 %)	7 (3.5 %)	
<i>-artisans</i>	1 (0.5 %)	7(3.5 %)	
<i>-agriculteurs, exploitants</i>	0 (0.0 %)	2 (1.0 %)	
<i>-autre</i>	27 (13.6 %)	14 (7.0 %)	
<i>-aucune</i>	7 (3.5 %)	2 (1.0 %)	
Activité N(%)			0.176
<i>-présence</i>	30 (15.2 %)	38 (19.3 %)	
<i>-absence</i>	70 (35.5 %)	59 (29.9 %)	

Dimension du TOC selon le sexe

La table 2 présente la distribution des 5 dimensions des TOC en fonction du sexe selon les dimensions de la Y-BOCS. Nous observons une différence significative concernant la sévérité de la dimension sexuelle et religieuse. En effet les hommes présentent une sévérité plus importante de cette dimension que les femmes ($p < 0.001$).

Table 2 : Dimension du TOC en fonction du sexe

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
AGGRESSION	t de Student	-0.779	183	0.437
SEXUAL/RELIGIOUS	t de Student	-3.432 ^a	183	< .001
SYMMETRY/ORDERING	t de Student	-0.764	183	0.446
CLEANING/CONTAMINATION	t de Student	1.615	183	0.108
HOARDING	t de Student	0.370	183	0.712

Note. $H_a \mu_{\text{Femme}} \neq \mu_{\text{Homme}}$

^a Le test de Levene est significatif ($p < 0.05$), suggérant une violation de la condition d'égalité des variances

Statistiques descriptives des groupes

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
AGGRESSION	Femme	97	7.77	9.00	4.60	0.467
	Homme	88	8.30	9.00	4.50	0.480
SEXUAL/RELIGIOUS	Femme	97	2.05	0.00	3.69	0.375
	Homme	88	4.19	2.50	4.77	0.509
SYMMETRY/ORDERING	Femme	97	6.93	7.00	5.11	0.519
	Homme	88	7.48	9.00	4.62	0.492
CLEANING/CONTAMINATION	Femme	97	7.91	10.00	5.15	0.523
	Homme	88	6.70	7.00	4.96	0.528
HOARDING	Femme	97	2.07	0.00	3.46	0.351
	Homme	88	1.89	0.00	3.36	0.359

Sévérité et évolution de la maladie

La table 3 représente l'évolution de la maladie dans les deux groupes. Nous constatons une évolution identique dans les deux groupes en terme d'âge d'apparition des symptômes, de l'âge du diagnostic mais également de la durée de la maladie. Concernant le nombre de tentative de suicide les femmes rapportent plus de tentative de suicide que les hommes mais cette différence est à la limite de la significativité.

Table 3 : Evolution de la maladie en fonction du sexe

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
Age des 1er symptômes	t de Student	0.623	188	0.534
Age de diagnostic	t de Student	0.511	183	0.610
Nb de Tentative de suicide	t de Student	1.976 ^a	187	0.050
Durée de la maladie	t de Student	0.767	192	0.444

Note. $H_a \mu_{\text{Femme}} \neq \mu_{\text{Homme}}$

^a Le test de Levene est significatif ($p < 0.05$), suggérant une violation de la condition d'égalité des variances

Statistiques descriptives des groupes

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
Age des 1er symptômes	Femme	96	19.438	18.00	9.16	0.935
	Homme	94	18.489	15.0	11.68	1.205
Age de diagnostic	Femme	92	29.065	28.00	10.54	1.099
	Homme	93	28.215	25.0	12.05	1.249
Nb de Tentative de suicide	Femme	96	0.990	0.00	2.75	0.280
	Homme	93	0.387	0.0	1.06	0.110
Durée de la maladie	Femme	99	22.939	22.00	13.81	1.388
	Homme	95	21.474	20.0	12.77	1.310

La table 4 illustre la sévérité du TOC selon le sexe en fonction de la YBOCS et la CGI- S (Clinical Global Impression Severity). Nous trouvons pas de différence entre les femmes et les hommes en fonction de la sévérité des symptômes évaluées par la Y-BOCS ni au niveau de la sévérité globale évaluée par le médecin.

Table 4 : Sévérité du TOC en fonction du sexe

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
Sous score Obsessions (/20)	t de Student	-1.556	198	0.121
Sous score Compulsions (/20)	t de Student	1.226	198	0.221
Score Total YBOCS (/40)	t de Student	-0.264	198	0.792
Gravité de la maladie	t de Student	1.152	194	0.251

Note. $H_a \mu_{\text{Femme}} \neq \mu_{\text{Homme}}$

Statistiques descriptives des groupes

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
Sous score Obsessions (/20)	Femme	102	13.79	14.00	3.277	0.3245
	Homme	98	14.43	14.50	2.403	0.2427
Sous score Compulsions (/20)	Femme	102	14.53	15.00	2.792	0.2765
	Homme	98	14.07	14.00	2.471	0.2497
Score Total YBOCS (/40)	Femme	102	28.32	28.00	5.379	0.5326
	Homme	98	28.50	29.00	3.915	0.3954
Gravité de la maladie	Femme	101	5.53	6.00	0.701	0.0697
	Homme	95	5.42	5.00	0.678	0.0695

Sévérité de la dépression

La table 5 représente la sévérité de la dépression selon la MADRS et la HAD, dans les deux groupes. Concernant la sévérité des symptômes anxieux et dépressifs pas de différence constaté entre les femmes et les hommes.

Table 5 : Sévérité de la dépression en fonction du sexe

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
MADRS Total (/60)	t de Student	-0.667	195	0.505
Score HAD A	t de Student	0.960	197	0.338
Score HAD D	t de Student	-0.104	197	0.917
Total HAD	t de Student	0.292	198	0.771

Note. $H_a \mu_{\text{Femme}} \neq \mu_{\text{Homme}}$

Statistiques descriptives des groupes

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
MADRS Total (/60)	Femme	101	12.04	11.00	6.65	0.662
	Homme	96	12.67	12.50	6.53	0.666
Score HAD A	Femme	101	11.87	12.00	4.29	0.427
	Homme	98	11.27	11.50	4.62	0.466
Score HAD D	Femme	101	9.51	9.00	4.57	0.455
	Homme	98	9.58	9.50	4.48	0.452
Total HAD	Femme	102	21.18	21.00	8.02	0.794
	Homme	98	20.85	21.00	7.96	0.804

Evaluation de l'insight

La table 6 présente le niveau de l'insight évalué par la BABS dans les deux groupes. Le niveau d'insight concernant la pathologie est similaire dans les deux groupes.

Table 6 : Insight en fonction du sexe

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
BABS Score total	t de Student	1.54	193	0.126

Note. $H_a \mu_{\text{Femme}} \neq \mu_{\text{Homme}}$

Statistiques descriptives des groupes

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
BABS Score total	Femme	99	4.90	5.00	3.64	0.366
	Homme	96	4.14	3.00	3.28	0.335

Evaluation de la Qualité de vie

La table 7 représente la qualité de vie évalué selon la SF-36 dans les deux groupes. Nous observons une différence statistiquement significative concernant une seule dimension de l'échelle. En effet les hommes présentent un moins bon score sur la douleur physique (Bodily Pain BP) que les femmes ($p=0.011$).

Table 7 : la qualité de vie en fonction du sexe

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
Activité physique	t de Student	-1.0831	196	0.280
Limitations liées à l'activité physique	t de Student	-1.1883 ^a	198	0.236
Douleur physique	t de Student	-2.5829 ^a	198	0.011
Perception générale de la santé	t de Student	-0.9520	198	0.342
Vitalité	t de Student	-0.3796	198	0.705
Fonctionnement social	t de Student	-0.0553	198	0.956
Limitations liées à l'état psychique	t de Student	0.1596	198	0.873
Santé psychique	t de Student	-0.5060	198	0.613

Note. $H_a \mu_{\text{Femme}} \neq \mu_{\text{Homme}}$

^a Le test de Levene est significatif ($p<0.05$), suggérant une violation de la condition d'égalité des variances

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
Activité physique	Femme	100	77.4	85.0	23.9	2.39
	Homme	98	80.8	90.0	20.3	2.05
Limitations liées à l'activité physique	Femme	102	28.2	0.0	38.0	3.76
	Homme	98	34.9	0.0	42.4	4.29
Douleur physique	Femme	102	61.0	61.5	31.5	3.12
	Homme	98	71.7	74.0	27.0	2.72
Perception générale de la santé	Femme	102	47.7	47.0	23.3	2.30
	Homme	98	50.6	50.0	19.5	1.97
Vitalité	Femme	102	32.1	30.0	19.5	1.93
	Homme	98	33.1	30.0	17.9	1.81
Fonctionnement social	Femme	102	39.1	37.5	25.3	2.51
	Homme	98	39.3	37.5	23.8	2.41
Limitations liées à l'état psychique	Femme	102	21.9	0.0	35.9	3.55
	Homme	98	21.1	0.0	35.6	3.60
Santé psychique	Femme	102	43.6	50.0	25.8	2.55
	Homme	98	45.4	50.0	23.9	2.41

Comorbidité psychiatrique autre

La table 8 représente les comorbidités selon les sexe. Les comorbidités ont été déterminées à l'aide du questionnaire MINI. Les différentes comorbidités ont été regroupé en trois catégories : troubles anxieux, trouble de l'humeur, et autre trouble psychiatrique. Aucune différence de comorbidité n'est observée selon le sexe.

Table 8 : Comorbidité en fonction du sexe

	<i>Femmes</i>	<i>Hommes</i>	<i>P</i>
Anxiété N (% du total)	0.529		
-présence	38 (19.3 %)	32 (16.2 %)	
-absence	63 (32.0 %)	64 (32.5 %)	
Dépression	0.703		
-présence	61 (30.8 %)	56 (28.3 %)	
-absence	40 (20.2 %)	41 (20.7 %)	
Psychiatrique	0.337		
-présence	73 (36.9 %)	64 (32.3 %)	
-absence	28 (14.1 %)	33 (16.7 %)	

Discussion

Le TOC est une pathologie psychiatrique hétérogène tant sur le plan clinique que neurobiologique. Nous avons souhaité évaluer dans ce travail si cette hétérogénéité est également retrouvée sur le plan démographique. En effet, l'objectif de notre travail est d'évaluer la différence entre les femmes et les hommes en fonction de plusieurs paramètres cliniques et sociodémographiques. L'objectif principal de ce travail étant d'évaluer la différence entre les femmes et les hommes dans l'expression des dimensions du TOC.

Dans la littérature, une revue récente de (Mathes et al., 2019) s'est intéressée aux publications qui ont pris en compte les aspects socio-démographiques et cliniques dans le TOC ainsi que l'expression phénotypique du TOC en fonction du sexe. La revue mentionne le sexe comme un facteur relevant et opportun à prendre en considération chez les personnes atteintes de TOC.

Dimension du TOC

Selon la littérature, certaines dimensions des symptômes du TOC semblent être variées en fonction du sexe, par exemple les obsessions sexuelles, religieuses et les obsessions liées à la symétrie sont plus représentées chez les hommes, et les symptômes de contamination et de thésaurisation chez les femmes (Mathes et al., en 2019). Dans notre étude, les dimensions du TOC ont été évaluées avec l'utilisation de l'échelle Y-BOCS. Nous avons observé une différence significative concernant la dimension sexuelle/religieuse, plus sévère chez les hommes par rapport aux femmes. Ce résultat est en accord avec une étude Brésilienne (Torresan et al., 2013) selon laquelle les femmes étaient plus susceptibles d'avoir des symptômes liés à la contamination et/ou agressivité alors que les hommes présentaient plus la dimension clinique sexuelle/religieuse, ce qui est cohérent avec les travaux antérieurs et conforme au résultat de notre étude.

En revanche, une étude récente ne retrouve aucune différence selon le sexe concernant les dimensions du TOC (Raines et al., 2018). Toutefois les auteurs notent que des symptômes du TOC sont plus exprimés chez les hommes par rapport aux femmes (les hommes peuvent avoir

tendance à signaler des symptômes dans un plus large éventail, alors que les femmes peuvent ne présenter qu'un ou deux symptômes). Cependant, ces résultats devraient être reproduits, en particulier dans un échantillon clinique plus important avant de pouvoir conclure.

Données Socio-démographiques

Concernant notre cohorte le sexe ratio est équilibré, l'âge moyenne est de 41.7(+/-12.7). La population des femmes est plus en couple (58 %), alors que les hommes ont moins tendance à vivre en couple (31 %). Les données descriptives des caractéristiques sociodémographiques telle que l'emploi et le niveau d'étude prise en considération ne montre pas de différence significative entre les deux catégories.

Notre résultat concernant le sexe ratio est cohérent avec la revue de littérature de (Mathes et al., de 2019). En effet les données épidémiologique montrent un sexe ratio proche de 1 dans les études s'intéressant au TOC chez les adultes. Ce résultat est plus controversé dans la population enfants et adolescents. En effet dans cette population la littérature va dans le sens d'un sexe ratio plus important chez les garçons (Mancebo et al., 2008). Quand on s'intéresse à la forme sub-clinique du TOC à savoir les symptômes obsessionnel et compulsif (SOC) les données épidémiologique sur le sexe ratio sont beaucoup plus controversées. En effet, Fineberg et ses collègues (Fineberg et al., 2013) ont constaté que les taux de SOC étaient comparables chez les femmes (9,3 %) et les hommes (10,1 %). En revanche, deux études portant sur des adolescents ont trouvé des taux de SOC étaient significativement plus élevés chez les femmes que chez les hommes (Politis et al., 2017; Vivan et al., 2013). Une étude portant sur des enfants a montré que les garçons étaient plus susceptibles de présenter au moins un symptôme de OC que les filles (Alvarenga et al., 2015).

Concernant l'évolution du TOC, l'âge d'apparition des premiers symptômes, et l'âge de diagnostic, nous n'avons pas observé de différence significative en fonction du sexe. Un récent étude Suisse (Fineberg et al., 2013) nous indique que l'âge d'apparition du TOC est entre 19-20 ans et relativement peu de cas sont apparus après l'âge de 30 ans. En ce qui concerne les différences entre les sexes, des travaux antérieurs ont suggéré que les hommes ont un âge d'apparition plus jeune, ce qui est associé à une plus grande sévérité et chronicité des symptômes (Stewart et al., 2004). Toutefois, les résultats récents sont quelque peu

mitigés (Mathes et al. de 2019). En effet, à ce jour, aucune étude n'ait démontré que les femmes avaient un âge d'apparition plus précoce, il n'est pas certain qu'il y ait des différences constantes entre les sexes. Dans la littérature les hommes ont un âge de début plus jeune (Torresan et al., 2009), une charge familiale plus élevée et une évolution plus grave et continue de la maladie alors que les femmes présentent des début aigu, une évolution épisodique de la pathologie avec des facteurs favorisant. Nos résultats sont comparable de façon cohérente, avec la littérature scientifique récente qui ne retrouve aucune différence en fonction du sexe à l'âge adulte.

Sévérité du symptômes et qualité de vie

La sévérité de TOC évalué avec l'aide de l'échelle Y-BOCS et la sévérité de la dépression évalué par la HAD et la MADRS ne mette pas en évidence des résultats significatifs à signaler. Les hommes et les femmes présentent une sévérité des symptômes identiques.

En accord avec certaines études (Bogetto et al., 1999; Labad et al., 2008; Tükel et al., 2004) mais pas toutes (Fischer et al., 1996; Fontenelle et al., 2002), Nous retrouvons une sévérité du TOC évalué par la YBOCS similaire entre les femmes et les hommes. Contrairement à notre résultat, des études antérieures ont montré que les femmes présentaient des symptômes de TOC plus sévères.

Dans la littérature Denys et al., (Denys et al., 2004) ont constaté que le trouble dépressif était 10 fois plus fréquent chez les patients souffrant de TOC que dans la population générale. Alors que jusqu'à 60-80% des patients souffrant de TOC font l'expérience d'un épisode dépressif au cours de leur vie, la plupart des études reconnaissent qu'au moins un tiers des patients souffrant de troubles obsessionnels compulsifs présentent un trouble dépressif majeur concomitant au moment de l'évaluation (Perugi et al., 1997; Tükel et al., 2002).

En 2009 Dougherty et al. (Dougherty et al., 2009) dans leur étude soutiennent que la symptomatologie anxio-dépressive est importante de la même manière que la qualité de vie des patients atteints de TOC.

Concernant la qualité de vie, les résultats de notre étude sont significatives autour de la dimension Bodily Pain ou «douleur physique » de l'échelle SF-36. En effet les hommes présentent un score plus sévère à cette dimension comparé au femme. Cette dimension est souvent utilisé pour le TOC et sensible au dépistage des changements au cours du temps. Les

limites décrites par Leplege et al. (Leplège et al., 1998) sont la longueur et la non adaptabilité à une population présentant des troubles cognitives ou un niveau d'éducation peu développé et aux personnes institutionnalisés.

Ce paramètre reflète, de manière particulière, une façon individuelle de ressentir la gêne et/ou la douleur physique, dans notre étude il est différente en fonction du sexe. Nous avons pas tenu compte dans notre étude de toutes pathologies organiques ou la perception objective de la douleur. Habituellement la souffrance psychique se reflète en toute sphère personnelle et interpersonnelle avec une intensité et un impact différent (exemple : deux personnes atteintes au même moment des mêmes pathologies auront ou pas des altérations avec les respectives manifestations psychosomatiques diverses). Il est important de mentionner aussi que l'unicité de l'être humain est une variable actuellement non totalement mesurable ou simpliste.

La qualité de vie globale est plus élevée chez les hommes dans notre étude. Peu de littérature est présente pour argumenter de façon exhaustive et satisfaisante ce point. Une hypothèse pourrait être due au fait que les femmes masquent leur souffrance et l'intériorisent de manière plus contrôlé en répercutant les altérations de manière générale sur la qualité de vie alors que les hommes mettraient en acte des stratégies comportementale comme la recherche de consultation, donc d'aide, plus précocement que les femmes. Ceci pourrait être une piste pour l'approfondissement de la question de la qualité de vie avec l'objectif de définir une orientation clinique fine, le cas échéant, l'enrichissement de la littérature. Une autre hypothèse pourrait être le fait qu'il y a des différences transculturelles qui peuvent moduler l'impact éducatif et social parmi les sexes. De manière universelle, il existent certaines caractéristiques similaires parmi le sexe dans le TOC.

Insight

L'insight, ou prise de conscience subjective de l'existence et la reconnaissance de la pathologie et la capacité de résistance à y faire face, se manifeste de manière égalitaire parmi les sexes dans notre étude. En effet l'insight occupe une place centrale dans le TOC et peut conditionner la prise en charge et la stratégie thérapeutique. Il peut être considéré comme un facteur de pronostique et un indicateur d'évolution de cette pathologie. Il ne

dépend pas de manière directe du sexe. Un faible insight normalement est lié à un plus mauvais pronostique. Il est pertinent de prendre en considération l'existence de l'impact cognitif de chaque patient et considérer l'insight comme un « déficit de raisonnement ». Dans le premier cas il serait intéressant d'explorer de manière interdisciplinaire à travers des exploration fonctionnelles type imagerie cérébrale, dans la deuxième hypothèse l'approfondissement pourrait intéresser une approche psychologique et psychothérapeutique.

Marazziti et ses collègues (2002) ont mené une étude corrélationnelle où ils ont comparé le degré d'insight et plusieurs variables sociodémographiques et cliniques; leur recherche n'a pas non plus fait ressortir de liens entre ces variables. De plus, leurs résultats n'ont pas fait ressortir de corrélation entre l'insight et la sévérité du TOC. Dans ces études, l'item 11 du Y-BOCS a été utilisé par ces chercheurs (Marazziti et al., 2002) pour évaluer l'insight des patients TOC, ce qui représente une limite importante de la recherche.

Dans notre étude l'évaluation d'insight est effectuée grâce à un outil standardisé et validé : l'échelle BABS mais il existe d'autres différents outils comme Y-BOCS et OVIS, ce dernier non validé et donc non utilisable dans la recherche scientifique. Il n'est pas à négliger l'évaluation subjective sur l'expérience propre qui est l'essence de notre métier. Eisen et al. (2010) excluent la corrélation entre l'insight et la réponse thérapeutique et l'insight et la qualité de vie.

Comorbidité

Concernant le TOC et les comorbidités il n'y a pas de différence entre les deux sexes à mentionner. Pour simplifier nous avons regroupé les pathologies psychiatriques en trois catégories : anxieuses, comprenant TAG, trouble panique, trouble de stress post traumatique, le trouble dépressif selon la présence ou l'absence de comorbidité dépressive et de manière générale un 3^{ème} group qu'on a appelé troubles psychiatriques qui englobe une sous classification qui ne rentre pas dans les deux premières, ceci comprend trouble de l'usage aigu des substances et les troubles du comportement alimentaire.

Les taux de comorbidité dans les études rapportées varient largement de 19 à 90 %, en grande partie en raison de différences méthodologiques et sémantiques (Overbeek et al., 2002).

Les patients atteints de TOC souvent présentent au moins une pathologie psychiatrique comorbide au cours de leur vie. Une étude avec un total de 382 patients TOC (Benatti et al., 2021), environ 55 % des individus avait des idées suicidaires actuelles et le 78 % environ décrivent avoir eu des idées suicidaires au cours de leur vie. Les comorbidités les plus communes sont en corrélation avec les troubles anxieux, l'humeur et des troubles du spectre du TOC. Ce dernier groupe a été comparé avec les patients TOC.

Hofmeijer-Sevink et al. (Klein Hofmeijer-Sevink et al., 2013) ont découvert que les patients qui présentent deux comorbidités ou plus ont signalé des symptômes de TOC plus sévères et chroniques face aux patients TOC qui présentaient une seule comorbidité et que la présence de toute comorbidité est associée à une évolution plus longue de la pathologie.

En revanche, Torresan et al. (Torresan et al., 2013) n'ont trouvé aucune différence dans la présence des comorbidités selon le sexe. Cependant dans leur étude le sexe peut jouer un rôle dans les troubles comorbides présents. En effet les hommes présenteraient plus de phobie sociale, de trouble sexuel, d'utilisation compulsive d'internet, et des troubles de l'usage de l'alcool alors que pour les femmes présenteraient des phobies spécifiques, des troubles du comportement alimentaire type anorexie et/ou boulimie, des achats compulsifs, skin picking et trichotillomanie. En contraste, dans une étude être femme est statistiquement associée à une consommation majeure d'alcool, phobie, anxiété généralisée, dépression, phobie sociale et agoraphobie (Fineberg et al., 2013).

Ces résultats contradictoires peuvent être attribués au fait qu'il existe des différences communautaires autour des populations des patients inclus dans les études. Ainsi le degré de la gravité des symptômes se reflète donc d'une manière différente dans chaque échantillon. Par conséquent, les hommes et les femmes présenteraient des modèles différents de symptômes comorbides à divers degrés de gravité des symptômes du TOC.

Malgré l'absence de différence dans la présence des comorbidités dépressives, nous constatons dans notre étude un nombre de tentatives de suicide plus élevé chez les femmes. Ce résultat est à la limite de la significativité. Les tentatives de suicide, par définition, incluent toute conduite automutilatrice suicidaire (car il y a une différence avec les conduites mutilatrices non suicidaires) ou auto-agressives dont le but est de mettre fin à sa propre vie. Ceci pourrait être en lien avec une réponse émotionnelle plus prononcée chez le sexe féminin pouvant moduler aussi la coexistence du TOC. Le passage à l'acte peut être corrélé à une pathologie psychiatrique sous-jacente dans la plupart des cas, il n'est pas à exclure que la

tentative de suicide peut se concrétiser en absence de pathologie franche. Dans notre étude tout l'échantillon des patients est atteint de TOC mais de manière générale, en absence de pathologie psychiatrique, la tentative de passage à l'acte suicidaire est plus significative chez les femmes. En absence de nosographie (code de diagnostic de la pathologie psychiatrique) une tristesse de l'humeur non pathologique et périodique pourraient conduire à des gestes extrêmes de type suicidaires plus ou moins répétitives au cours de la vie. Des études concernant la suicidalité ont exprimé l'important pourcentage de passage aux urgences pour cette raison. On peut considérer les tentatives de suicide comme un indicateur de souffrance relative qui parfois permet d'explorer plus finement une prise en charge afin de mettre en place de stratégie de prévention individualisé. En revanche, dans la littérature les décès par suicides sont plus fréquents chez les hommes.

Cette étude est la première à explorer les différences clinique et sociodémographiques du TOC en fonctions du sexe dans une population Française. Certaine limite sont à mentionner. Dans un premier temps les données analysé dans cette étude sont issu de différentes études mené à l'URC. Dans ce cadre les patient ont été sélectionné pour participer à différent protocole de recherche et sont donc non représentatifs de la population générale des patients TOC en ce qui concerne principalement la présence de comorbidité et l'insight de la maladie. Nous avons utilisé ici la Y-BOCS afin de déterminer les dimensions du TOC grâce à un algorithme spécifique. Malgré la validité de cette approche elle ne permet pas d'évaluer d'un manière précise la sévérité de chaque dimension comme la DYBOCS, malheureusement cette échelle n'est pas encore validé en français. En fin, même si le nombre de patient inclus dans cette étude est important, les résultats nécessite d'être confirmé sur un nombre de patient plus important.

Conclusion

Les résultats actuels de la littérature suggèrent que le sexe joue un rôle important dans l'expression phénotypique du trouble obsessionnel-compulsif et que ces différences devraient être étudiées et prises en compte lors de la planification du traitement. En outre, l'étude des caractéristiques phénotypiques des TOC en fonction du sexe pourrait contribuer à l'élucidation des facteurs étiologiques biologiques et environnementaux.

Malgré les progrès réalisés dans la compréhension du TOC, la recherche actuelle ne permet pas de prendre en compte la présentation hétérogène du phénotype du TOC pour la traduire en approches thérapeutiques spécifiques. Cette étude montre que le sexe influence la présentation clinique finale dans plusieurs domaines et à différents moments de la vie. En effet, nos résultats suggèrent que le sexe contribue à l'hétérogénéité clinique du TOC. Les recherches futures pourraient donc bénéficier d'une attention particulière aux variabilités symptomatologique selon le sexe, telles que la suicidalité, et les dimensions cliniques. La connaissance de ces différences peut aider à comprendre les trajectoires des TOC chez les hommes et les femmes, et peut également générer des approches plus adaptées.

En conclusion il serait pertinent de poursuivre l'étude pour enrichir la recherche en prenant en compte un groupe de patients plus important qui pourra permettre de créer de nouvelles classifications dans le TOC et de les examiner plus en détail dans la perspective d'avoir des distinctions plus nettes et une reproduction suffisante.

Bibliographie

- Abramowitz, J., Moore, K., Carmin, C., Wiegartz, P.S., Purdon, C., 2001. Acute onset of obsessive-compulsive disorder in males following childbirth. *Psychosomatics* 42, 429–431.
<https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.5.429>
- Abramowitz, J.S., Foa, E.B., 1998. Worries and obsessions in individuals with obsessive-compulsive disorder with and without comorbid generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 36, 695–700. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00058-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00058-8)
- Alvarenga, P.G., Cesar, R.C., Leckman, J.F., Moriyama, T.S., Torres, A.R., Bloch, M.H., Coughlin, C.G., Hoexter, M.Q., Manfro, G.G., Polanczyk, G.V., Miguel, E.C., Do Rosario, M.C., 2015. Obsessive-compulsive symptom dimensions in a population-based, cross-sectional sample of school-aged children. *Journal of Psychiatric Research* 62, 108–114.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.01.018>
- Andrews, G., 1991. Anxiety, personality and anxiety disorders. *International Review of Psychiatry* 3, 293–302. <https://doi.org/10.3109/09540269109110408>
- Barlow, J.H., Ellard, D.R., Hainsworth, J.M., Jones, F.R., Fisher, A., 2005. A review of self-management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatrica Scand* 111, 272–285. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00499.x>
- Benatti, B., Dell’Osso, B., Shen, H., Filippou-Frye, M., Varias, A., Sanchez, C., Jo, B., Hollander, E., Fineberg, N.A., Stein, D.J., Nicolini, H., Lanzagorta, N., Marazziti, D., Pallanti, S., Van Ameringen, M., Lochner, C., Karamustafalioglu, O., Hranov, L., Figee, M., Drummond, L., Grant, J.E., Denys, D., Fontenelle, L.F., Menchon, J.M., Zohar, J., Pellegrini, L., Rodriguez, C.I., 2021. Prevalence and correlates of current suicide risk in an international sample of OCD adults: A report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) network and Obsessive Compulsive and Related Disorders Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. *J Psychiatr Res* 140, 357–363.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.05.054>
- Bogetto, F., Venturello, S., Albert, U., Maina, G., Ravizza, L., 1999. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur. Psychiatry* 14, 434–441.
[https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(99\)00224-2](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(99)00224-2)
- Catapano, F., Sperandio, R., Perris, F., Lanzaro, M., Maj, M., 2001. Insight and Resistance in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychopathology* 34, 62–68.
<https://doi.org/10.1159/000049282>
- Coluccia, A., Fagiolini, A., Ferretti, F., Pozza, A., Costoloni, G., Bolognesi, S., Goracci, A., 2016. Adult obsessive-compulsive disorder and quality of life outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Asian J Psychiatr* 22, 41–52. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.02.001>
- De Silva, P., Marks, M., 1999. The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 37, 941–951.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00185-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00185-5)
- Denys, D., Tenney, N., Van Megen, H.J.G.M., De Geus, F., Westenberg, H.G.M., 2004. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders* 80, 155–162. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00056-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00056-9)
- Doubremelle, C., Millet, B., Olie, J.P., 2000. [Schizophrenic with obsessive-compulsive disorder or symptoms]. *Encephale* 26, 81–88.
- Dougherty, D.D., Jameson, M., Deckersbach, T., Loh, R., Thompson-Hollands, J., Jenike, M., Keuthen, N.J., 2009. Open-label study of high (30 mg) and moderate (20 mg) dose escitalopram for the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 24, 306–311.
<https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e32833119d8>

- Eisen, J.L., Phillips, K.A., Baer, L., Beer, D.A., Atala, K.D., Rasmussen, S.A., 1998. The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *Am J Psychiatry* 155, 102–108. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.1.102>
- Fineberg, N.A., Hengartner, M.P., Bergbaum, C.E., Gale, T.M., Gamma, A., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., Angst, J., 2013. A prospective population-based cohort study of the prevalence, incidence and impact of obsessive-compulsive symptomatology. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 17, 170–178. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.755206>
- Fischer, D.J., Himle, J.A., Hanna, G.L., 1996. Age and gender effects on obsessive-compulsive symptoms in children and adults. *Depress Anxiety* 4, 237–239. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1996\)4:5<237::AID-DA5>3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(1996)4:5<237::AID-DA5>3.0.CO;2-A)
- Fontenelle, I.S., Fontenelle, L.F., Borges, M.C., Prazeres, A.M., Rangé, B.P., Mendlowicz, M.V., Versiani, M., 2010. Quality of life and symptom dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 179, 198–203. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.04.005>
- Fontenelle, L., Marques, C., Versiani, M., 2002. The effect of gender on the clinical features and therapeutic response in obsessive-compulsive disorder. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 24, 7–11. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000100005>
- Fontenelle, L.F., Mendlowicz, M.V., Versiani, M., 2006. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 30, 327–337. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.11.001>
- Geller, D.A., 2006. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 29, 353–370. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2006.02.012>
- Goodman, W.K., 1989. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, Use, and Reliability. *Arch Gen Psychiatry* 46, 1006. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Jaisoorya, T.S., Reddy, Y.C.J., Srinath, S., Thennarasu, K., 2009. Sex differences in Indian patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 50, 70–75. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.05.003>
- Klein Hofmeijer-Sevink, M., Van Oppen, P., Van Megen, H.J., Batelaan, N.M., Cath, D.C., Van Der Wee, N.J.A., Van Den Hout, M.A., Van Balkom, A.J., 2013. Clinical relevance of comorbidity in obsessive compulsive disorder: The Netherlands OCD Association study. *Journal of Affective Disorders* 150, 847–854. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.014>
- Labad, J., Menchon, J.M., Alonso, P., Segalas, C., Jimenez, S., Jaurrieta, N., Leckman, J.F., Vallejo, J., 2008. Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depress Anxiety* 25, 832–838. <https://doi.org/10.1002/da.20332>
- Lensi, P., Cassano, G.B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J.L., Akiskal, H.S., 1996. Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry* 169, 101–107. <https://doi.org/10.1192/bjp.169.1.101>
- Leplège, A. (Ed.), 2001. *Le questionnaire MOS SF-36: manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. Ed. ESTEM, Paris, France.
- Leplège, A., Ecosse, E., Verdier, A., Perneger, T.V., 1998. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol* 51, 1013–1023. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(98\)00093-6](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(98)00093-6)
- Li, Y., Marques, L., Hinton, D.E., Wang, Y., Xiao, Z.-P., 2009. Symptom dimensions in Chinese patients with obsessive-compulsive disorder. *CNS Neurosci Ther* 15, 276–282. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2009.00099.x>
- Macy, A.S., Theo, J.N., Kaufmann, S.C.V., Ghazzaoui, R.B., Pawlowski, P.A., Fakhry, H.I., Cassmassi, B.J., IsHak, W.W., 2013. Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS Spectr* 18, 21–33. <https://doi.org/10.1017/S1092852912000697>
- Mancebo, M.C., Garcia, A.M., Pinto, A., Freeman, J.B., Przeworski, A., Stout, R., Kane, J.S., Eisen, J.L., Rasmussen, S.A., 2008. Juvenile-onset OCD: clinical features in children, adolescents and adults. *Acta Psychiatr Scand* 118, 149–159. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01224.x>

- Marazziti, D., Dell’Osso, L., Di Nasso, E., Pfanner, C., Presta, S., Mungai, F., Cassano, G.B., 2002. Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *Eur Psychiatry* 17, 407–410. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(02\)00697-1](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(02)00697-1)
- Mathes, B.M., Morabito, D.M., Schmidt, N.B., 2019. Epidemiological and Clinical Gender Differences in OCD. *Curr Psychiatry Rep* 21, 36. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1015-2>
- Mollard, E., Cottraux, J., Bouvard, M., 1989. [French version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale]. *Encephale* 15, 335–341.
- Nacasch, N., Fostick, L., Zohar, J., 2011. High prevalence of obsessive-compulsive disorder among posttraumatic stress disorder patients. *Eur Neuropsychopharmacol* 21, 876–879. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.03.007>
- Overbeek, T., Schruers, K., Vermetten, E., Griez, E., 2002. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptom severity, and treatment effect. *J Clin Psychiatry* 63, 1106–1112. <https://doi.org/10.4088/jcp.v63n1204>
- Pallanti, S., Grassi, G., Sarrecchia, E.D., Cantisani, A., Pellegrini, M., 2011. Obsessive–Compulsive Disorder Comorbidity: Clinical Assessment and Therapeutic Implications. *Front. Psychiatry* 2. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00070>
- Pellegrini, L., Maietti, E., Rucci, P., Casadei, G., Maina, G., Fineberg, N.A., Albert, U., 2020. Suicide attempts and suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 276, 1001–1021. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.115>
- Perugi, G., Akiskal, H.S., Pfanner, C., Presta, S., Gemignani, A., Milanfranchi, A., Lensi, P., Ravagli, S., Cassano, G.B., 1997. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 46, 15–23. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(97\)00075-x](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(97)00075-x)
- Politis, S., Magklara, K., Petrikis, P., Michalis, G., Simos, G., Skapinakis, P., 2017. Epidemiology and comorbidity of obsessive–compulsive disorder in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 21, 188–194. <https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1324038>
- Raines, A.M., Oglesby, M.E., Allan, N.P., Mathes, B.M., Sutton, C.A., Schmidt, N.B., 2018. Examining the role of sex differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Psychiatry Res* 259, 265–269. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.038>
- Rapoport, J.L., Inoff-Germain, G., Weissman, M.M., Greenwald, S., Narrow, W.E., Jensen, P.S., Lahey, B.B., Canino, G., 2000. Childhood Obsessive–Compulsive Disorder in the NIMH MECA Study. *Journal of Anxiety Disorders* 14, 535–548. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(00\)00048-7](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(00)00048-7)
- Shitova, A.D., Zharikova, T.S., Kovaleva, O.N., Luchina, A.M., Aktemirov, A.S., Olsufieva, A.V., Sinelnikov, M.Y., Pontes-Silva, A., Zharikov, Y.O., 2023. Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder: A comprehensive review of structural alterations and neurological mechanisms. *Behav Brain Res* 453, 114606. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2023.114606>
- Sica, C., Bottesi, G., Caudek, C., Orsucci, A., Ghisi, M., 2016. “Not Just Right Experiences” as a psychological endophenotype for obsessive-compulsive disorder: Evidence from an Italian family study. *Psychiatry Res* 245, 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.005>
- Stein, D.J., Costa, D.L.C., Lochner, C., Miguel, E.C., Reddy, Y.C.J., Shavitt, R.G., van den Heuvel, O.A., Simpson, H.B., 2019. Obsessive–compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers* 5, 52. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>
- Stein, D.J., Fineberg, N.A., Bienvenu, O.J., Denys, D., Lochner, C., Nestadt, G., Leckman, J.F., Rauch, S.L., Phillips, K.A., 2010. Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depress Anxiety* 27, 495–506. <https://doi.org/10.1002/da.20699>
- Stewart, S.E., Geller, D.A., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., Faraone, S.V., 2004. Long-term outcome of pediatric obsessive–compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 110, 4–13. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00302.x>
- Storch, E.A., Abramowitz, J., Goodman, W.K., 2008. Where does obsessive-compulsive disorder belong in DSM-V? *Depress Anxiety* 25, 336–347. <https://doi.org/10.1002/da.20488>
- Torresan, R.C., Ramos-Cerqueira, A.T. de A., de Mathis, M.A., Diniz, J.B., Ferrão, Y.A., Miguel, E.C., Torres, A.R., 2009. Sex differences in the phenotypic expression of obsessive-compulsive

- disorder: an exploratory study from Brazil. *Compr Psychiatry* 50, 63–69.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.05.005>
- Torresan, R.C., Ramos-Cerqueira, A.T.A., Shavitt, R.G., do Rosário, M.C., de Mathis, M.A., Miguel, E.C., Torres, A.R., 2013. Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 209, 186–195.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.12.006>
- Tükel, R., Polat, A., Genç, A., Bozkurt, O., Atlı, H., 2004. Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 45, 362–366.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.06.006>
- Tükel, R., Polat, A., Özdemir, Ö., Aksüt, D., Türksoy, N., 2002. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 43, 204–209.
<https://doi.org/10.1053/comp.2002.32355>
- Vivan, A.D.S., Rodrigues, L., Wendt, G., Bicca, M.G., Braga, D.T., Cordioli, A.V., 2013. Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 36, 111–118. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1113>
- Ware, J.E., Sherbourne, C.D., 1992. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 30, 473–483.
- Zigmond, A.S., Snaith, R.P., 1983. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 67, 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zohar, A.H., 1999. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 8, 445–460.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



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

Introduction : Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est une pathologie hétérogène et multifactorielle. Il s'agit d'une maladie chronique et invalidante qui a un impact significatif sur la qualité de vie, entraînant un dysfonctionnement global de la sphère interpersonnelle. Peu d'études se sont intéressées aux différences entre les sexes, en particulier en ce qui concerne les dimensions cliniques et les facteurs sociodémographiques. L'objectif de notre étude est d'évaluer les différences cliniques et sociodémographiques en fonction du sexe chez les patients souffrant de TOC.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, transversale et mono centrique. Les données cliniques et sociodémographiques ont été analysées chez 198 patients présentant des TOC pris en charge à l'Unité de Recherche Clinique (URC) Pierre Deniker au Centre Hospitalier Henri Laborit à Poitiers. Les dimensions et la sévérité du TOC, la qualité de vie, les comorbidités et les données sociodémographiques ont été comparées en fonction du sexe à l'aide de différents outils d'évaluation spécifiques.

Résultats : Dans notre étude, nous avons observé une sévérité plus élevée des dimensions sexuelle et religieuse chez les hommes, ainsi qu'un score moins favorable en ce qui concerne la dimension douleur physique de la qualité de vie. Les femmes de notre groupe ont fait plus de tentatives de suicide que les hommes. Nous n'avons pas trouvé de différence significative concernant les autres variables, notamment le niveau d'éducation, l'évolution de la pathologie, la sévérité du TOC et de la dépression, le niveau d'insight et la présence d'autres comorbidités.

Conclusion : Notre étude est la première en France à explorer les différences cliniques et sociodémographiques du TOC en fonction du sexe. Il est pertinent de tenir compte des différentes manifestations symptomatologiques, et plus généralement, de toutes les différences liées au sexe afin d'améliorer la prise en charge globale de nos patients et de proposer des stratégies d'intervention les plus adaptées.

Mot clefs : TOC, sexe, dimension, qualité de vie, suicide

